GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

En allvarlig folksjukdom – representationer av depression i Socialstyrelsens riktlinjer för vård av depression och ångestsyndrom

Anna Ahlbertz och Cornelia Forsberg

Examensarbete 30 poäng
Psykologprogrammet
PM 2519
Höstterminen 2021
Handledare: Jennifer Strand

En allvarlig folksjukdom – representationer av depression i Socialstyrelsens riktlinjer för vård av depression och ångestsyndrom

Anna Ahlbertz och Cornelia Forsberg

Sammanfattning. Syftet med studien var att undersöka vilka representationer av depression som har företräde i Socialstyrelsens riktlinjer för vård av depression och ångestsyndrom, vilka subjektspositioner som blir möjliga för deprimerade patienter, samt hur förståelsen upprätthålls och utmanas av vårdpersonal. Uppsatsen var en kvalitativ studie i två delar. I delstudie ett genomfördes en Foucauldiansk diskursanalys av riktlinjerna. I delstudie två genomfördes ett fokusgruppsamtal med vårdpersonal och materialet analyserades med tematisk analys. Genom analysen i delstudie ett såg vi olika representationer av depression och av deprimerade patienter. Dessa kan tänkas bidra till att dra upp gränser mellan "normalt" och "avvikande", forma vilken vård som blir möjlig samt påverka subjektens upplevelse av sig själva och vilka roller de tillåts inta för att vara "begripliga". Idealet som därmed konstrueras är bland annat att vara frisk, arbetsför, självständig och aktiv. Resultatet i delstudie två visade på att vårdpersonal i vissa fall utmanade representationerna av depression i riktlinjerna. Avslutningsvis vill vi framhålla vikten av att fortsätta undersöka den typ av policydokument som riktlinjerna utgör, eftersom de representationer som förekommer explicit och implicit kan få reella och kännbara konsekvenser för patienter och vårdgivare.

Uttrycket för det som idag kallas depression har förändrats med tiden och kulturen det funnits i, och har fyllts med olika innebörd för den som upplevt lidandet. Johannisson (2009) skrev om det melankoliska lidandets föränderliga natur genom historien, att uttrycket för lidandet har sett olika ut; melankolin kunde vara "självmords-svart, depressions-grå, tomhets-vit eller stämnings-blå" (s.15). Hur melankoli har benämnts i olika tider verkar ha haft en formande kraft på dess uttryck (Jansson, 2021). Under 1600-talet kunde lidandet uttryckas förkroppsligat som förvandlingar av självet till ömtåliga glasmänniskor eller vargar. Vidare in på 1700-talet kännetecknades det melankoliska uttrycket av en svärta och tröghet som förklarades av en obalans av kroppsvätskor. På 1800-talet hade melankolin en mer romantiserad ställning – och melankolikern betraktades som en kreativ person som frigjorde sig själv från det allmänna, ett slags kritisk hållning mot den för givet tagna samhällsordningen (Johannisson, 2009). Depressivt lidande som fenomen har genom historien tillskrivits olika status: glamorös manlig melankoli blev till oglamorös kvinnlig depression (Johannisson, 2009). Dagens berättelser om depression verkar skilja sig åt: depressionen varierar inte bara i allvarlighetsgrad utan också i hur den förstås. Depression har i nutid beskrivits som ett "vidrigt mörker", "som att leva i en svart-vit värld av sorg och självförakt" (Zandén, u.å.), som "smittsam" (Yle, 2015a) eller som att leva i "ett stort svart hål" (Yle, 2015b).

Idag förstås mycket av det melankoliska lidandet som uttryck för sjukdom och faller inom ramen för den psykiatriska diagnosen depression, vilket kan ses som en utveckling som hade sin start i början av 1900-talet (Jansson, 2021). Depression som psykiatriskt tillstånd associeras idag bland annat med nedstämdhet, orkeslöshet, förlust av intresse och glädje, låg

självkänsla, kognitiva störningar, sömnstörningar, förändrad aptit, tankar på döden och självmordstankar (1177 Vårdguiden, 2021; Världshälsoorganisationen [WHO], 2021). Enligt Folkhälsomyndigheten (2021) har 4 % av den svenska befolkningen mellan 16 och 84 år under det senaste året diagnostiserats med depression, vilket gör den till en av de vanligaste psykiatriska diagnoserna idag.

Den kulturella förståelsen kring psykiska fenomen, såsom depression, kan påverka såväl hur enskilda människor upplever fenomenet i sig, som hur de värderar sig själva, i både positiv och negativ riktning. Kroska och Harkness (2008) visade exempelvis i en studie av patientdata på kopplingen mellan att tilldelas en diagnostisk kategori och negativ självvärdering. Detta var särskilt tydligt för personer diagnostiserade med affektiva tillstånd, såsom depression. De drog slutsatsen att patienternas negativa värdering av sig själva var en följd av stigmatiserande kulturella normer kring diagnoser och psykisk ohälsa (Kroska & Harkness, 2008). Stigma har funnits vara nära sammankopplat med föreställningar om den enskildes eget ansvar för sina depressiva symtom (Boardman et al., 2011). Om personer med depressiva besvär kan ta avstånd från föreställningen om att depressionen är deras eget personliga ansvar, kan det minska de negativa effekterna av stigma (Boardman et al., 2011). Depressionsdiagnosen kan också få positiva effekter för individer som kan uppleva en ökad acceptans för sitt mående och verka som brygga för att prata med andra om hur en mår (Petersen & Madsen, 2017). Diagnoser kan få både positiva och negativa effekter för den som diagnosticeras (Kokanovic et al., 2013). Diagnosen kan fungera validerande av den enskildes upplevelser, samtidigt som den kan påverka hur denne upplever sig själv. I en studie av Kokanovic et al. (2013) beskrev en person hur diagnosen blev en språngbräda för att genomföra förändringar i livet, som i slutändan stärkte hans självuppfattning. För en annan person blev depressionsdiagnosen del av ett narrativ, där han tolkade sitt liv i ljuset av den, vilket medförde hopplöshetskänslor (Kokanovic et al., 2013).

Ett återkommande tema av brist eller förlust har alltid funnits närvarande genom det melankoliska lidandets historia (Johannisson, 2009). Freud beskrev exempelvis melankoli som en förlust av något som man inte vet vad det är – jagets tomhet (Freud, 1917/1997). Synen på depression som brist har kritiserats, bland annat av Chowdhury (2020) som i en intervjustudie fann att unga karriärkvinnor med depression konstruerar sin identitet utifrån en samhällelig förståelse av depression som en sjukdom till följd av undermålig självdisciplin. Chowdhury argumenterade för att använda andra förståelseramar för depression som återknyter kvinnors depression till dess sociokulturella och materiella kontexter (Chowdhury, 2020). Nödvändigheten av att sätta depressivt lidande i sin kontext har lyfts även av andra (t.ex. Johansson et al.., 2009). Johansson et al. (2009) menade att en biomedicinsk modell av depression leder till ett åsidosättande och en marginalisering av psykosociala orättvisor och sociala kategoriers påverkan på depression.

Hur lidandet har förståtts och behandlats har också varierat med tid och rum. Under tiden för det mesopotamiska riket, ca 2000 f.Kr., ansågs depression vara ett själsligt tillstånd orsakat av att personen absorberade trolldom och därigenom hamnat under en illvillig andes kontroll. Behandlingen gick ut på att genom ritualer utförda av helande präster, minska andens ilska och förflytta de depressiva symtomen till dockor som begravdes (Parys, 2014). Under 1600-talet ansåg läkare att boten för deprimerade personer låg i att behandla det patienten föreställde sig lida av, exempelvis genom att påtvinga vargen disciplin för att återställa det mänskliga (Foucault, 1988). På 1800-talet ansågs medicinska kuranläggningar, behandlingar och lyssnande nerv- och själsläkare vara de rätta insatserna för dåtidens adliga melankoliker (Johannisson, 2009). Idag är den gängse uppfattningen i väst att depression bör behandlas inom vården genom bland annat förändrade levnadsvanor, psykoterapi och/eller psykofarmaka (se t.ex. 1177 Vårdguiden, 2021; WHO, 2021).

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen utformat riktlinjer för vård av depression som bland annat syftar till att göra vården mer jämlik genom att ta fram ett antal rekommendationer för vårdgivare (Socialstyrelsen, 2021). Genom att fråga oss vilken typ av förståelse och vilken berättelse det är som får företräde i riktlinjerna, kan vi förstå något om hur depressionen konstrueras och vem den deprimerade patienten blir.

I den här uppsatsen har vi utgått ifrån en socialkonstruktivistisk syn på kunskap som socialt producerad. Den mänskliga naturen, såväl som förnuftet och kunskapen, ses som sociala konstruktioner som formats av sina respektive historiska kontexter, och mening produceras genom språket (David & Sutton, 2016). På det följer att språket och ”verkligheten” inte kan skiljas från varandra (Boréus & Bergström, 2018; Nilsson, 2008). Språket har oundvikligen både en formande och konstituerande sida, det levererar ett perspektiv, av många möjliga, på världen (Boréus & Bergström, 2018).

Genom att förstå uttryck för depression som beroende av den kontext de befinner sig i, ser vi hur berättelserna om och upplevelserna av depression också formas av kontexten. Redan i skillnaden mellan psykoanalytisk förståelse av lidande som olösta inre konflikter (McWilliams, 2015) och en biomedicinsk förståelse av lidande som obalans i hjärnans produktion av signalsubstanser (Shenal et al., 2003) blir det synligt att det går att förstå samma fenomen på olika sätt och att det i sin tur mobiliserar olika praktiker och upplevelser. Detta kan sägas utgöra ett exempel för en av grundansatserna i vår metod: beroende på hur ”problem” beskrivs – representeras – kommer vissa ”lösningar” framstå som de rätta, vilket kommer leda till diskursiva, materiella och identitetsformande effekter (Bacchi, 2009). Genom att klargöra vilka implicita antaganden som finns bakom problemrepresentationer kan maktrelationer synliggöras, och formuleringarnas påverkan på och styrning av individer kan därigenom göras tydligare (Bacchi, 2009).

Genom att använda sig av biomedicinska förklaringsmodeller av depression kan både patienter och behandlare bidra till medikaliseringen av depression genom att förstå psykosocial stress, sorg och förlust som inneboende biologiska brister som kan behandlas farmaceutiskt (Johansson et al., 2009). LaFrance (2007) visade att upplevelsen av depression förändrades när deprimerade personer förhöll sig till en medicinsk berättelse – eller diskurs – om depression. Berättelsen som återfanns på individnivå, men också på samhällsnivå, fick stor inverkan på hur personer skapade mening av erfarenheter av depression, där upplevelser som grundade sig i biologiskt mätbara faktorer legitimerades, medan mentala upplevelser som är svåra att mäta på liknande sätt snarare ifrågasattes (LaFrance, 2007). MacKay och Rutherford (2012) visade hur kvinnliga feminister som blivit diagnostiserade med depression konstruerade sina upplevelser. Majoriteten av kvinnorna i studien använde sig av en kontextuell förklaringsmodell, som externaliserade deras upplevelser snarare än att förklara upplevelserna med personliga brister. Externaliseringen bidrog till ökad empowerment och motivation till återhämtning (MacKay & Rutherford, 2012).

Vi ansluter oss till Bacchi och Bonhams (2014) definition av diskurs i Foucaults bemärkelse, som kunskaps- eller sanningsregimer som begränsar vad som är möjligt att tänka om tillvaron (Bacchi & Bonham, 2014). Diskurserna utgör således gränserna för vetande och “sanning”, utifrån vilka subjektens – människornas – förståelse av sig själva och världen formas (Bacchi & Bonham, 2014). Det vi i den här uppsatsen menar med ”sanning” är det som vi vanligtvis inte reflekterar över eftersom det upplevs som självklart. Genom att vi agerar som om det vore sant reproducerar vi den sanningen. Det innebär att andra “sanningar”, utifrån vilka vi skulle agerat annorlunda, inte får utrymme (Bacchi & Bonham, 2014). Utifrån vår förståelse existerar inte subjekt självständigt, utan de “blir till” i relation till andra och de diskurser som omger dem. Människorna kommer under livets gång inta flera olika subjektspositioner – olika identiteter och roller – där den status som kroppen diskursivt tillskrivs, spelar en konstituerande roll (Nilsson, 2008). Det innebär inte att subjekten blir tömda på agens och utlämnade till

diskursen, däremot att utrymmet för handling begränsas av diskursens ramar (Nilsson, 2008).

Mot denna teoretiska bakgrund blir Socialstyrelsens (2021) nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom (hädanefter riktlinjerna) en förmodad viktig del i diskursen om depression. Riktlinjerna har stor spridning och syftar till att påverka vilken typ av vård som bedrivs i landets regioner (Socialstyrelsen, 2021). Det går alltså att påstå att riktlinjerna har betydelse för människor som söker sig till vården och för de professionella som möter dessa människor.

I vår förståelse av diskurser spelar maktbegreppet en central roll. Makten opererar både genom normaliseringsprocesser, utifrån vilka människorna bedöms på ett kontinuum från normalt till onormalt, och genom att etablera motsatspar (Nilsson, 2008) – dikotomier – där ena delen av motsatsparet tillskrivs högre status eller uppfattas som bättre än den andra delen (Mattsson, 2010). Exempel på dikotomier är rätt/fel (Nilsson, 2008), normalt/avvikande, friskt/sjukt, manligt/kvinnligt, oberoende/beroende, aktiv/passiv samt förnuft/känsla (Mattsson, 2010).

Det är inte de enskilda människorna som kan sägas ha makt, de är snarare platser för denna, och genom uteslängningsmekanismer innebär makten begränsningar för vissa och möjligheter för andra (Boréus & Bergström, 2018). I Foucaults definition är makt sammanflätat med etablerad kunskap (Boréus & Bergström, 2018). Genom att kunskapen reglerar vad som är acceptabelt att säga, hur och av vem (Boréus & Bergström, 2018), bidrar den till konstruktionen av normalitet och avvikelse (Mattsson, 2010). Crowe (2000) lyfte i en diskursanalys av DSM-IV fram att kategoriseringen av beteende och språk som avvikande (disordered) konstruerar avstånd mellan de personer som upplever psykiskt lidande och resten av samhället. DSM-IV bidrar till att konstruera det socialt önskvärda, genom att definiera det avvikande, vilket skapar en drivkraft hos individer att befinna sig inom gränserna för normaliteten (Crowe, 2000).

Kunskapen, “sanningen”, om vad psykiska tillstånd är kommer, utifrån ovanstående teoretiska resonemang, inverka på hur personer med diagnoser upplever sig själva (jfr. Kroska & Harkness, 2008; Boardman et al., 2011; Petersen & Madsen, 2017; Kokanovic et al., 2013), hur de agerar, men också hur andra agerar i relation till dem (Bacchi & Bonham, 2014). För att själv uppfattas som ”begriplig” måste den enskilde stå i dialog med diskursen (Bacchi & Bonham, 2014).

Diskurser upprättas, upprätthålls och förändras genom diskursiva praktiker, där vissa kunskaper legitimeras, men inte andra (Bacchi & Bonham, 2014). Det sker genom olika slags uteslängningsmekanismer, som till exempel när något definieras som sjukt eller ses som rätt eller fel (Boréus & Bergström, 2018). I varje samhälle finns det alltid samtidiga motstridiga och undantryckta diskurser, vilka konkurrerar med rådande diskurser om att etablera sina förståelser (Boréus & Bergström, 2018), något som den kritik som finns mot riktlinjerna kan antas vara ett exempel på.

Riktlinjerna har kritiserats för att felaktigt återge aktuella forskningsresultat (Amundsen Nissen-Lie et al., 2017), för att värdera forskning utifrån olika måttstockar och ge ovetenskapligt grundade rekommendationer (Granberg, 2017) samt för brister i saklighet och opartiskhet i framtagandet av riktlinjerna (Justitieombudsmannen [JO], 2020). Kritiken har framhållit att kunskapen i riktlinjerna inte kan ses som självklar. Eftersom Socialstyrelsen gör anspråk på att efterlevnaden av riktlinjerna borgar för god vård och omsorg samt att de ska styra hur vården organiseras (Socialstyrelsen, 2021), är det relevant att undersöka vilka diskurser som dokumentet är en del av.

Genom att tillämpa en Foucauldiansk diskursanalys på språket som används i riktlinjerna har vi haft som ambition att undersöka problemformuleringar och representationer av depression i dokumentet. Därigenom har det också varit möjligt att undersöka vilka roller

och identiteter riktlinjerna bidrar till att skapa och upprätthålla för de personer som söker sig till vården och diagnostiseras med depression.

Vår avsikt med uppsatsen var att undersöka vilken förståelsehorisont med medföljande praktiker som Socialstyrelsens riktlinjer för vård av depression och ångestsyndrom (2021) är en del av. Syftet med föreliggande studie var således att undersöka vilka representationer av depression som har företräde i riktlinjerna, vilka subjektspositioner som blir möjliga för deprimerade patienter samt hur förståelsen upprätthålls och utmanas av vårdpersonal.

Vi har uppsatsen igenom använt benämningarna deprimerade patienter/personer och patienter/personer med depression utbytbart. Enligt American Psychological Association (2021) kan en blandad användning av benämningar för en grupp eller individ vara fördelaktig om det inte är känt vilken benämning gruppen eller individen föredrar.

Vi utgick ifrån följande frågeställningar: (1) Vilka representationer av depression finns i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård av depression och ångestsyndrom? (2) Vilken position får den deprimerade patienten inom representationerna i riktlinjerna? (3) Hur upprätthålls och/eller utmanas representationerna av depression i riktlinjerna i ett samtal mellan vårdpersonal?

Metod

Design

Uppsatsen var en kvalitativ studie bestående av två delstudier. Den första delstudien var en Foucauldiansk diskursanalys (FDA) av Socialstyrelsens riktlinjer för vård av depression och ångestsyndrom (Socialstyrelsen, 2021). Vi valde att använda oss av FDA eftersom syftet var att undersöka hur depression representeras i riktlinjerna och möjliga konsekvenser av detta.

Som metod använde vi oss av en variant av FDA kallad “What’s the Problem Represented to be” (WPR, Bacchi, 2009) och har i enlighet med metoden undersökt representationer av problem och lösningar i riktlinjerna. Vi valde att utgå ifrån WPR då den är utformad för att undersöka diskurser i policydokument (Bacchi, 2009), vilket riktlinjerna kan sägas vara.

Den andra delstudien bestod av en tematisk analys (Braun & Clarke, 2013) av ett fokusgruppsamtal som utgick från vad som framkommit i den första delstudien. Den tematiska analysen var särskilt passande för vår uppsats, då den inte är låst till en specifik teori, utan är möjlig att anpassa efter ontologiska och epistemologiska utgångspunkter. Delstudie två syftade till att besvara vår tredje frågeställning; hur representationerna av depression i riktlinjerna upprätthålls och/eller utmanas i ett samtal mellan vårdpersonal.

Deltagare

Delstudie två

Inklusionskriteriet för deltagande i fokusgruppen var att deltagarna skulle arbeta med vård av patienter med depression inom psykiatrin i Västra Götalandsregionen. Fokusgruppen bestod av tre deltagare. Samtliga var legitimerade psykologer som arbetade inom specialistpsykiatrin. Deltagarna hade varit yrkesverksamma psykologer mellan 5 och 22 år.

Material

Delstudie ett

Materialet bestod av Socialstyrelsens (2021) nationella riktlinjer för vård av depression och ångestsyndrom. Socialstyrelsen (2013) har som uppdrag att ta fram nationella riktlinjer för sjukdomar och andra tillstånd som drabbar många personer och som tar mycket resurser i anspråk. Enligt Socialstyrelsen (2021) har de nationella riktlinjerna som syfte att höja kvaliteten i hälso- och sjukvården och ”bidra till att patienter och brukare får en jämlik och god vård och omsorg” (s.9). Riktlinjerna innehåller ett antal rekommendationer om vilka åtgärder hälso- och sjukvården bör erbjuda vid ett visst tillstånd (Socialstyrelsen, 2013) samt vilka åtgärder som inte bör utföras alls (Socialstyrelsen, 2021).

Delstudie två

Fokusgruppen utgick ifrån en semistrukturerad intervjuguide (se Bilaga A) som sammanställts utifrån de teman som framkommit under diskursanalysen. Intervjuguiden innehöll utdrag från Socialstyrelsens riktlinjer som vi såg som särskilt meningsbärande för vår analys i delstudie ett. Dessa fungerade som stimulusmaterial som både visades för deltagarna samtidigt som det lästes upp. Intervjuguiden innehöll också ett antal följdfrågor med syfte att stimulera till diskussion i gruppen, exempelvis: “Vad väcker det här för tankar hos er?”, “Stämmer [utdraget] överens med er förståelse av depression?”, “Går det att ställa rätt diagnos?” (se Bilaga A).

Tillvägagångssätt

Delstudie ett

Syftet med delstudie ett var att undersöka hur depression representeras i Socialstyrelsens riktlinjer för vård av depression och ångestsyndrom (Socialstyrelsen, 2021). Inledningsvis gjorde vi en läsning av hela dokumentet i syfte att bedöma vilka delar av riktlinjerna som var relevanta för att besvara våra frågeställningar. Vi valde att analysera de delar som handlar om depression, undantaget tabeller. Riktlinjerna är relativt tydligt uppdelade efter diagnos och diagnosspecifika rekommendationer, och vi har gjort bedömningen att delarna i materialet om depression kan stå för sig själva. Vi valde således att analysera sidorna 7-37, 52-64, 67-69 samt 85-91.

Delstudie två

Deltagarna till fokusgruppen rekryterades via mejlinbjudan till affektiva mottagningar inom psykiatrin i Västra Götalandsregionen. Fokusgruppen var tänkt att bestå av fyra deltagare. Till följd av svårigheter att hitta en gemensam tid för samtalet deltog tre personer i fokusgruppen. Av tids- och utrymmesskäl valde vi att begränsa materialet i delstudie två till en fokusgrupp. Syftet med delstudie två var att få en klinisk förankring som komplement till diskursanalysen, vilket vi ansåg uppnåddes med ett fokusgruppsamtal. Fokusgruppen genomfördes digitalt via videokonferenstjänsten Zoom under ca en timme och spelades in med en inbyggd funktion i mjukvaran. Vi turades om att föra diskussionen och att inta en mer observerande hållning. Det insamlade materialet från fokusgruppen transkriberades på ortografisk nivå, vilket innebär att transkribera talat språk utan markeringar för språkliga variationer såsom emfas och uttal (Braun & Clarke, 2013). Efter transkriberingen raderades inspelningen.

Dataanalys

Delstudie ett

För att besvara våra frågeställningar (1) Vilka representationer av depression finns i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård av depression och ångestsyndrom? och (2) Vilken position får den deprimerade patienten inom representationerna i riktlinjerna? använde vi oss av WPR (Bacchi, 2009). Metoden utgår från en konstruktivistisk ansats (Bacchi, 2009), vilken är densamma som vår teoretiska utgångspunkt.

WPR är, såsom tidigare nämnts, ett systematiskt tillvägagångssätt för att genomföra Foucauldianska diskursanalyser på policydokument. WPR syftar till att undersöka på vilka sätt makt utövas genom policydokument och bjuder in till en kritisk blick på implicita antaganden i policybeslut, som till följd av den styrande roll de innehar ofta ses som självklara (Bacchi, 2009). Bacchis angreppssätt möjliggjorde för oss att se samband mellan styrdokument och effekter på individers upplevelse av sig själva och materiella omständigheter kring dem (Bacchi, 2009).

För analysen i delstudie ett följde vi Bacchis rekommendationer för diskursanalys av policydokument (2009). Metoden innehåller sex olika frågor för att synliggöra det som implicit eller explicit konstrueras som ett problem i dokumentet (Bacchi, 2009). Följande frågor hör till metoden: (1) Vad representeras problemet som?; (2) Vilka antaganden ligger till grund för den här representationen av problemet?; (3) Hur har den här representationen av problemet blivit till?; (4) Vad problematiseras inte i den här problemrepresentationen? Var är tystnaderna? Kan problemet tänkas kring på ett annat sätt?; (5) Vilka effekter produceras av den här representationen av problemet?; (6) Hur/var har den här representationen av problemet producerats, spridits och försvarats? Hur skulle den kunna bli ifrågasatt, hejdad och ersatt?. Alla frågor kan inte eller måste inte nödvändigtvis besvaras i varje fall, olika frågor kan komma att bli mer forskningsmässigt intressanta i vissa sammanhang. Genom att undersöka dikotomier och nyckelbegrepp – centrala begrepp som kan fyllas med olika innebörd (Bacchi, 2009) – i materialet kunde vi se hur patienten positioneras som subjekt och hur normalitet, ideal och avvikelse konstrueras.

Vi genomförde en första analys utifrån WPR på en mindre del av materialet (s.7-8 av riktlinjerna) utifrån de frågor som hör till metoden. I det resterande analysarbetet fokuserade vi på den första, andra, fjärde och femte analysfrågan, eftersom de var mest relevanta för att besvara våra frågeställningar. Under analysens gång gjorde vi separata läsningar av dokumentet och markerade manuellt stycken som besvarade de olika frågorna i tur och ordning. Därefter jämförde vi koder och slog samman det som varit överlappande till ett antal teman. Allt eftersom vi skapade gemensamma koder kunde dessa användas för vidare analys och kodning av materialet. Efter en första läsning av materialet hade vi 17 olika teman som efter sortering slogs samman till åtta eftersom de var delvis överlappande. Två teman sållades bort eftersom de inte besvarade frågeställningen. Vi förhöll oss reflexivt och återupprepade frågorna till materialet kontinuerligt i enlighet med metoden, vilket möjliggjorde nya tematiseringar under analysarbetets gång.

Delstudie två

Det transkriberade materialet från fokusgruppen analyserades med tematisk analys enligt Braun och Clarke (2013). Syftet med delstudie två var att undersöka hur deltagarna upprätthöll eller utmanade de representationer vi sett i delstudie ett. Först bekantade vi oss med materialet, den ena genom att transkribera fokusgruppsamtalet, den andra genom att lyssna på inspelningen och samtidigt läsa transkriptionen. Sedan gick vi var för sig igenom materialet fråga för fråga och kodade det manuellt utifrån teman från den första delstudien. Därefter jämförde vi och diskuterade likheter och olikheter utifrån frågeställningarna. I analysen

försökte vi få en representativ fördelning av deltagarnas utsagor samt skapa teman som på ett rättvist sätt representerade deltagarna. Analysen genererade sex teman som besvarade frågeställning (3).

I analysen applicerades en latent tolkning, eftersom uppsatsen utgår från en socialkonstruktivistisk kunskapssyn. Det innebär att texten tolkades i syfte att kunna se implicit mening i sammanställningen av teman i analysen (Willig, 2013).

Reflexivitet

I syfte att stärka kvaliteten av uppsatsen förhöll vi oss till Yardleys (2000) föreslagna kvalitetskriterier för kvalitativ forskning. Eftersom diskursanalys förhåller sig till en bredd av teori inom och mellan olika kunskapsfält, har underlaget för uppsatsen varit brett och våra epistemologiska och ontologiska antaganden tydliggjorts. I syfte att upprätthålla en metodologisk kvalitet tog vi del av såväl tidigare diskursanalyser som Bacchis beskrivningar av metoden, däribland ett flertal exempel på genomförande av WPR. Under analysen av materialet i den första delstudien hade vi som ambition att kontinuerligt ställa oss frågan varför vi kommer till de slutsatser vi gör och vad det är vi inte ser i materialet (Bacchi, 2009).

I fokusgruppsamtalet strävade vi efter en öppenhet i hur vi ställde våra följdfrågor, för att minska risken att med ledande frågor stänga möjligheterna till diskussion.

Utifrån förståelsen att det inte går att uppnå en objektiv ”sanning” om verkligheten följer att kunskap aldrig kan vara neutral (Boréus & Bergström 2018). Den är alltid avhängig sin sociala och historiska kontext och måste därför relateras till vem som producerar den (Mattsson, 2010) och på vilket vis den blivit till (Nilsson, 2008). För den här uppsatsen har det inneburit det att vår analys, liksom andras, inte kan ses som neutral och objektiv, den har tvärtom varit beroende av vår förförståelse. Vi gör inte anspråk på att kunna se allt av vikt eller säga den enda sanningen. Vi ville undvika att göra vad Haraway (1988) har kallat ”gudstricket”; att se sig som ansikts-, kropps- och kontextlösa forskarsubjekt, som tror sig kunna förhålla sig objektivt till det som analyseras och uttala sig sant om världen. Haraway (1988) menade att det forskaren gör snarare är att skapa en historia som hon själv är högst delaktig i, och som är möjlig just på grund av hennes subjektivitet och position.

Etik

Vår uppsats kommer att bli del av en kunskapsproduktion (akademiska studier) som kan anses ha ett sanningsanspråk. Därmed blir våra tolkningar del av den akademiska diskursen och kan i sin tur komma att ha effekter på förståelsen av depression och framtida utformning av riktlinjer. Utifrån en socialkonstruktivistisk förståelse av språk och diskurs som en skapande kraft, försökte vi göra våra tolkningar med försiktighet. I och med vår förståelse av att det inte går att inta en objektiv position i forskning, ansträngde vi oss för att vara transparenta i utformningen av studien och vårt förhållningssätt. På så vis hoppas vi att det blir tydligt för läsaren att det vi kommit fram till är en av många möjliga tolkningar.

Som följd av att ämnet som behandlades i fokusgruppen kan anses vara känsligt, ställde vi inga frågor som efterlyser information om en deltagares eller annans psykiska ohälsa. I enlighet med Vetenskapsrådets etiska riktlinjer för forskning (Vetenskapsrådet, 2017) informerade vi deltagare till delstudie två, vid inbjudan samt innan genomförandet av fokusgruppen, om studiens syfte, att deltagande är frivilligt, samt rätten att närsomhelst avbryta sitt deltagande. När studier genomförs digitalt är det möjligt att känna sig mer anonym än man

egentligen är, vilket medför risker att dela med sig av mer än man egentligen vill (Fielding et al., 2017). Därför informerade vi även deltagare om denna risk.

Innan vi påbörjade inspelning av fokusgruppen, samlade vi in deltagarnas muntliga samtycke till medverkan i studien. För att försvåra att enskilda deltagare identifieras bytte vi ut namn på personer och platser. Av hänsyn till deltagarna och med insikt om att de kan komma att läsa studien genomfördes en försiktig tolkning av intervjumaterialet.

Resultat

Delstudie ett

Det läggs för lite resurser på depression eftersom depression har låg status

En betydande del av riktlinjeuppdraget handlar om fördelning av resurser (Socialstyrelsen, 2021, s.9). Socialstyrelsen konstaterar att "de direkta kostnaderna för hälso- och sjukvården endast utgör en mindre del av den totala kostnaden för samhället [//] de indirekta kostnaderna till följd av sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning [utgör] den stora delen" (Socialstyrelsen, 2021, s.53). Frågan om resursfördelning begränsas alltså inte till hälso- och sjukvården.

I dokumentet argumenterar Socialstyrelsen för att hälso- och sjukvården och samhället i förlängningen kan tjäna på att resurser satsas på vård av personer med depression (Socialstyrelsen, 2021, s.54, s.57). Genom implementering av riktlinjerna menar Socialstyrelsen att vården i längden blir mer effektiv, även om kostnaderna för hälso- och sjukvården på kort sikt ökar:

> De ekonomiska konsekvenserna av rekommendationerna innebär generellt sett ökade kostnader för hälso- och sjukvården på kort sikt, på grund av att fler får rätt behandling och väntetider kortas. [//] [R]esurser som satsas tidigt i vårdkedjan gör det möjligt att undvika lika stora eller större kostnader längre fram. Tidig upptäckt och effektiv behandling i primärvården förväntas till exempel minska behovet av sluten vård. (Socialstyrelsen, 2021, s.53)

Samtidigt som Socialstyrelsen verkar anse att vården av personer med depression ska få kosta pengar i och med att de lägger fram rekommendationer som innebär ökade ekonomiska kostnader, rättfärdigas de ökade kostnaderna med att de kommer att "bekosta sig själva" (Socialstyrelsen, 2021, s.57) eller leda till minskade kostnader på sikt. Utifrån riktlinjernas fokus på långsiktig resursbesparing, kan bristande resurser i vården av personer med depression ses som en central problemrepresentation.

Socialstyrelsens rekommendationer om resurseffektiva insatser går emot en fastslagen etisk princip om att behandling av allvarligare sjukdomstillstånd ska prioriteras framför lindrigare (Prop. 1996/97:60). Bland annat argumenterar Socialstyrelsen för varför det är viktigt att vården arbetar med tidiga och förebyggande insatser utifrån ett kostnadsperspektiv:

> Rekommendationer om förebyggande åtgärder och till exempel levnadsvanor får ofta stå tillbaka för rekommendationer som gäller redan sjukdomsdrabbade personer. Samtidigt finns det mycket att vinna på både förebyggande och tidiga insatser, så det är inte resurseffektivt att vänta tills människor blir allvarligt sjuka och då prioritera dem högt. (Socialstyrelsen, 2021, s.69)

I utdraget ställs rekommendationer om förebyggande åtgärder och förändrade levnadsvanor mot rekommendationer om åtgärder för att behandla sjukdom. Resurseffektivitet blir ett argument för att göra andra prioriteringar.

Ytterligare en aspekt som Socialstyrelsen lyfter är att depression utifrån statusmarkörer såsom kön, förlopp och behandlingsteknologi, har låg status, vilket påverkar dess position i vårdens informella prioriteringssystem:

> Forskning har till exempel synliggjort statusordningar för sjukdomar och medicinska specialiteter [//]. Ordningarna påverkar det informella prioriteringssystemet i hälso- och sjukvården. Neurokirurgi och hjärtmedicin har till exempel hög status, medan äldrevård och psykiatri har låg. Statusen blir högre när sjukdomen är akut, har en dramatisk eller högteknologisk behandling och drabbar eller behandlas av män.
>
> Du som ska implementera dessa nationella riktlinjer [//] bör tänka på att dessa sjukdomar [depression och ångestsyndrom] ligger lågt i den hierarki som forskningen har synliggjort. [//] I relation till hur många som drabbas av depression och ångestsyndrom är vården också underfinansierad. (Socialstyrelsen, 2021, s.68-69)

I och med att Socialstyrelsen skriver om bristande resurser till vården av personer med depression samtidigt som de konstateras att psykiska sjukdomar har låg status, antyds ett samband mellan dessa faktorer. Den låga statusen går därför att förstå som en underliggande orsak till underfinansieringen. Av den låga statusen följer att personer med depression tillskrivs positionen "den lågprioriterade patienten".

Depression är en allvarlig folksjukdom som ska behandlas i vården

En representation av depression som framkommer i läsningen av riktlinjerna är att depression är en sjukdom som om den inte "upptäcks" och behandlas effektivt innebär lidande för det stora antalet individer som får sjukdomen. Socialstyrelsens framställning av depression som folksjukdom framgår redan i sammanfattningen: "Depression och ångestsyndrom tillhör de stora folksjukdomarna och drabbar människor i alla åldrar. Risken att insjukna i en depression är cirka 36 procent för kvinnor och 23 procent för män" (Socialstyrelsen, 2021, s.16).

Depression drabbar inte bara många människor, den som varit deprimerad antas ha hög risk att återinsjukna (Socialstyrelsen, 2021). Det motiverar enligt Socialstyrelsen återfallsförebyggande behandling, även om personen inte har symptom på depression. Depression lyfts även fram som ett tillstånd som blir allt vanligare, framför allt ökar förekomsten av diagnosen hos ungdomar (Socialstyrelsen, 2021). Genom att Socialstyrelsen lyfter fram att förekomsten ökar, läggs grunden för förslag om åtgärder som innebär att mer resurser behöver avsättas för behandling och uppföljning.

I och med att depression förstås som ett allvarligt hälsotillstånd som innebär stora risker för individen, förstås därmed depression som en sjukdom som behöver behandlas i vården. Om adekvat behandling inte ges i tid finns det en risk att tillståndet försämras: "En person med medelsvår depression som inte får adekvat behandling löper risk för att successivt försämras och få ytterligare nedsättning av funktionsförmågan. Risken för suicidhandlingar ökar också när depressionen fördjupas" (Socialstyrelsen, 2021, s.85). Den går inte lätt över av sig själv om den lämnas obehandlad och riskerar att försämras och i värsta fall leda till död genom suicid: "Tillståndet är allvarligt eftersom det är vanligt med suicidtankar, och det finns även en ökad risk för suicid" (Socialstyrelsen, 2021, s.36). Även lindriga varianter av depression där lidandet och funktionen påverkas i liten utsträckning bör få tidig och aktiv behandling, eftersom det

alltid finns en risk att tillståndet försämras om det får gå obehandlat (Socialstyrelsen, 2021). En sådan formulering motiverar att diagnostisering och vård av depression prioriteras i fördelningen av sjukvårdens resurser.

Suicidrisken framställs som överhängande vid depression, varvid sjukvårdspersonal måste ompröva tidigare bedömningar. Genom att beskriva depression som ett allvarligt hälsotillstånd med en överhängande risk för suicid ges en bild av depression som mer dramatisk och kan på så vis förstås som ett sätt för Socialstyrelsen att höja statusen för depression. De behandlingsinsatser som Socialstyrelsen vill se en ökad användning av är bland annat sådant som kan förstås som "högteknologiska" såsom elektrokonvulsiv behandling (ECT) och repetitiv transkraniell magnetstimulering (rTMS) (Socialstyrelsen, 2021, s. 88, 91).

I och med att depression definieras som en sjukdom positioneras den som diagnostiserats som patient, en som är drabbad av sjukdomen. Positionen medför en förväntan på subjektet som mottagare av vårdens hjälp och legitimerar behandlingsinsatser. Genom att subjektet internaliserar synen på sig själv som patient i behov av vård upprätthålls maktbalansen mellan vårdinstitution och individ genom en ökad följsamhet. Personen med depression skrivs inte bara fram som patient, den antas också lida: "Depression och ångestsyndrom är allvarliga hälsotillstånd som ofta innebär ett svårt lidande … Personer med depression eller ångestsyndrom som inte får rätt behandling i tid riskerar en försämrad funktionsförmåga, långvarig sjukdom och återinsjuknande" (Socialstyrelsen, 2021, s.7). Vad svårt lidande innebär är inte definierat, men det framställs som något negativt som motiverar insatser. Subjektspositionen "den lidande patienten" ställs implicit mot ett normaltillstånd av att vara frisk och inte lida.

Depression innebär förlorad funktion

En annan representation av depression som vi kunde se i texten är att personer med depression riskerar att drabbas av långvarig sjukdom med försämrad funktionsförmåga: "Både när det gäller depression och ångestsyndrom finns skiftande allvarlighetsgrader, men även vid mindre allvarlighetsgrad innebär tillståndet ofta att personen får försämrad livskvalitet och svårigheter att klara såväl vardag som arbetsliv" (Socialstyrelsen, 2021, s.16).

Försämrad funktionsförmåga kan innebära svårigheter att "klara av" vardags- och arbetsliv, vilken i sin tur leder till nedsatt livskvalitet: "Egentlig depression och ångestsyndrom är sjukdomar som kan medföra att en person får svårighet att klara sitt dagliga liv, med nedsatt livskvalitet som följd" (Socialstyrelsen, 2021, s.20).

Nedsatt funktionsförmåga och livskvalitet kan omvänt också leda till svårigheter att klara vardagsliv och aktiviteter:

> Vid svår egentlig depression finns en tydligt uttalad symtombild med flertalet diagnoskriterier för egentlig depression uppfyllda. Personens funktionsförmåga och livskvalitet är kraftigt nedsatt – i vissa fall obefintlig – vilket medför mycket stora svårigheter att klara vardagslivet och dagliga aktiviteter. (Socialstyrelsen, 2021, s.86)

Sambandet mellan funktionsförmåga, livskvalitet och att klara vardagslivet är inte helt klarlagt, men det framgår av formuleringarna i riktlinjerna att Socialstyrelsen ser en koppling mellan dem.

Funktionsförmåga får en specifik innebörd i riktlinjerna, vilket framgår i ovanstående utdrag där svår egentlig depression beskrivs kunna leda till obefintlig funktionsförmåga och livskvalitet. Exakt vad som menas med funktionsförmåga definieras inte tydligt i riktlinjerna, men ordet funktion verkar vara kopplat till att kunna utföra olika aktiviteter såsom fritidsaktiviteter och arbets- eller skoluppgifter: "Målet med all behandling vid depression [//]

är att personen ska tillfriskna och återfå en god funktionsnivå. Det innebär inte bara frihet från symtom utan också återgång till exempelvis skola eller arbete samt återvunnen social funktion och livskvalitet" (Socialstyrelsen, 2021, s.17).

I förlängningen kan depression enligt Socialstyrelsen även påverka närstående i hög utsträckning: "Även närståendes liv kan påverkas i hög utsträckning. Det är därför viktigt med adekvat och tidig behandling för att så långt som möjligt förhindra funktionsnedsättning, risk för långvarig sjukdom och återinsjuknande" (Socialstyrelsen, 2021, s.16). Riktlinjerna förtydligar inte vad denna påverkan innebär, men eftersom den nämns i samband med bland annat funktionsförlust för personen med depression, kan vi anta att påverkan är av negativ karaktär. Att deprimerade personer kan påverka anhöriga blir ytterligare en motivering till att implementera riktlinjernas rekommendationer.

De deprimerade patienternas funktionsbortfall går inte bara ut över de själva och deras närstående, funktionsbortfallet leder enligt Socialstyrelsen också till samhällskostnader i form av sjukskrivning och olika ersättningar:

> Socialstyrelsens analys visar också att de direkta kostnaderna för hälso- och sjukvården endast utgör en mindre del av den totala kostnaden för samhället (12–35 procent). I stället utgör de indirekta kostnaderna till följd av sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning den stora delen, enligt flera studier från Sverige [//]. Studierna beräknar dessa kostnader till någonstans mellan 65 000 och 160 000 kronor per person och år. (Socialstyrelsen, 2021, s.53)

För Socialstyrelsen verkar funktion innebära specifika saker, som kan tolkas vara förmåga att delta i produktiva aktiviteter som bidrar till samhället. I och med representationen av att depression innebär funktionsförlust positioneras personen med depression som "den icke-fungerande". Således konstrueras också det normala och idealet som "den fungerande". Idealet är funktion av en särskild sort; en som kan delta i samhället, gå i skola och arbeta.

Genom att en deprimerad persons påverkan på anhöriga framställs som ett problem konstrueras ett idealtillstånd att klara sig själv som står i relation till subjektspositionen "den osjälvständige". Individer förväntas kunna vara självständiga även i relation till människor i sin omgivning.

Depression finns, men kan vara svår att upptäcka

Depression såsom den framstår i riktlinjerna finns redan inom personen, men upptäcks i vissa fall inte: "Enligt en stor systematisk översikt från 2012 fick endast cirka hälften av patienterna med depression rätt diagnos hos distriktsläkare" (Socialstyrelsen, 2021, s.56). Utifrån hur Socialstyrelsen beskriver depression framkommer en bild av depression som en naturlig kategori, en sjukdom som objektivt existerar i världen. Socialstyrelsen utgår från antagandet att depression är något som förekommer i en särskild form, det finns ett antal bestämda kriterier som verkar vara lagbundna och oberoende av tid.

Eftersom depression kan vara svår att upptäcka behöver vården bli bättre på att upptäcka och diagnostisera den:

> Hälso- och sjukvården bör erbjuda en aktiv uppföljning med en planerad förnyad kontakt till personer med depression eller ångestsyndrom, eller med misstänkt depression eller ångestsyndrom. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har stor betydelse för att upptäcka allvarliga tillstånd, och kan påverka behandlingseffekten positivt. (Socialstyrelsen, 2021, s.21)

Vården av depression är diagnosberoende på så vis att diagnosen depression blir nödvändig för att den personen som lider av depressiva besvär ska ha rätt till hjälp: “En snabb och korrekt diagnos är en förutsättning för en god vård, och den diagnostiska processen behöver förbättras” (Socialstyrelsen, 2021, s.18).

Anledningen till att depression inte upptäcks är att det är svårt att ställa rätt diagnos: “Många psykiska sjukdomar och syndrom kan i ett första skede likna varandra symtommässigt, och därmed kan det vara svårt att ställa rätt diagnos” (Socialstyrelsen, 2021, s.22). Tillsammans med förståelsen att det enligt Socialstyrelsen objektivt går att mäta depressiva symtom, medför svårigheterna att ställa rätt diagnos att vårdpersonalen behöver få hjälp med diagnostisering genom bättre standardiserade mätinstrument: ”För att öka den diagnostiska tillförlitligheten behöver den kliniska bedömningen kompletteras med strukturerade eller semistrukturerade diagnostiska intervjuer” (Socialstyrelsen, 2021, s.22). Samtidigt som Socialstyrelsen menar att det krävs utökad användning av standardiserade mätinstrument påtalar de att användandet i sin tur kräver vidare utbildning av vårdpersonal för att det annars finns en risk för felanvändning av instrumenten, vilket kan leda till överdiagnostisering (Socialstyrelsen, 2021, s.57). Korrekt upptäckt av depression kräver expertis och mätinstrument, vilket kan förstås som ett led i att försöka höja statusen för depression inom vården.

Eftersom det finns ett antagande om att depression existerar objektivt och är en sjukdom som drabbar personen, kan det antas ha effekten att tillståndet inte är orsakat av personen ifråga. Patienten blir på så vis utan skuld för sin sjukdom och således konstrueras subjektspositionen “den skuldbefriade patienten”.

Vården ska ge rätt och effektiv behandling för depression

Ytterligare en representation av depression som förekommer i riktlinjerna är att det finns “rätt” behandling av depression och att den kan vara effektiv. Vården är inte tillräckligt bra på att ”upptäcka” depression hos befolkningen, och behöver också enligt Socialstyrelsen bli bättre och mer effektiv vad gäller behandling av depression:

> Personer med depression eller ångestsyndrom som inte får rätt behandling i tid riskerar en försämrad funktionsförmåga, långvarig sjukdom och återinsjuknande. Obehandlade tillstånd kan även öka risken för suicid. Därför är det viktigt att snabbt kunna bedöma hur allvarligt en persons tillstånd är, och erbjuda rätt behandling i ett tidigt skede. För detta krävs ett effektivt omhändertagande och en hög tillgänglighet i hälso- och sjukvården. (Socialstyrelsen, 2021, s.7)

Utifrån förståelsen av dikotomier följer att en beskrivning av en typ av behandling som “rätt” oundvikligen också definierar annan typ av behandling som “fel”. I riktlinjerna uppmanas till användandet av “vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder” (s.3), vilket framhåller att “rätt” behandling också ska vara “effektiv”. Socialstyrelsens definition av effektivitet är inte tydligt framskriven, men den kopplas till att få behandling i tid, att inte försämras i sitt tillstånd, att snabbare återfå funktionsförmåga och självständighet samt minskade vård- och samhällskostnader på sikt.

En aspekt av att vården inte är tillräckligt effektiv är vad som beskrivs som bristande tillgänglighet. Tillgänglighet definieras som “snabb tillgång till besök, telefontillgänglighet, öppethållande, bemanning och personal med kunskap om psykisk ohälsa” (Socialstyrelsen, 2021, s.20). Brist på tillgänglighet handlar alltså om flera faktorer kopplade till ett behov av ökade resurser och mer expertis.

Det som Socialstyrelsen lyfter fram som den främsta anledningen till bristande tillgänglighet överlag är brist på kompetent personal:

> Den största anledningen till att tillgången till psykologisk behandling i dag inte motsvarar behovet i tillräcklig utsträckning är brist på personal med kompetens inom området. Det ställer särskilt höga krav på primärvården, där det krävs både förstärkning av kompetens och ökade resurser för att kunna följa riktlinjernas rekommendationer. (Socialstyrelsen, 2021, s.58)

Socialstyrelsen anser att det är kompetens av ett särskilt slag som saknas: "Med en ökad efterfrågan på KBT-behandling, som ett resultat av riktlinjernas rekommendationer samt förväntade pensionsavgångar och ökande psykisk ohälsa, kommer sannolikt tillgången på kompetens inom KBT att vara fortsatt otillräcklig" (Socialstyrelsen, 2021, s.58-59). Socialstyrelsen (2021) skriver vidare att det har skett en utplaning av efterfrågan på KBT-utbildning. Det verkar som att Socialstyrelsen menar att minskad efterfrågan på just utbildning i KBT i längden påverkar vårdens tillgänglighet negativt. Genom att skriva om både brist på kompetens och ökad efterfrågan på KBT-utbildning skapas en koppling mellan "kompetens" och kognitiv beteendeterapi. I och med att det är tillgängligheten som står i vägen för effektivitet och bristande tillgänglighet kan tillskrivas brist på KBT-kompetens, blir KBT också "rätt" behandling.

Representationen att det finns rätt och effektiv behandling för depression konstruerar subjektspositionen "den botbara patienten" för vilken rätt behandling kommer leda till tillfrisknande.

Vården behöver ta ansvar för personer med depression

I Socialstyrelsens beskrivning av omhändertagandet av personer med depression framstår patienten som en som måste kartläggas: "I kartläggningen ingår också att identifiera om personen har eller har haft suicidtankar, suicidplaner, självskadebeteende eller andra tecken på instabilitet. Dessutom ingår det att kartlägga personens livssituation, funktionsnivå och sociala nätverk" (Socialstyrelsen, 2021, s.25). Det verkar finnas ett antagande att personer med depression behöver en aktiv vård som tar ansvar för dem. Om man lägger mycket tid på att kartlägga en person, med antagandet att personen är instabil, riskerar kartläggningen i sig att agera som bekräftelse på sagda instabilitet. Ett annat antagande är att patienten också är oförmögen att bedöma och beskriva sig själv och sin egen situation. Socialstyrelsen beskriver att vårdpersonal kan ta kontakt med närstående eller arbetsgivare för en "mer fullständig bild" av personens funktionsnivå och situation (Socialstyrelsen, 2021, s.17).

I riktlinjerna framställs patienten som någon som antingen inte kan eller vill följa den rekommenderade behandlingen: "En god kontinuitet i vårdkontakten och en aktiv uppföljning av förlopp och behandling ökar vidare följsamheten till behandlingen, och förbättrar prognosen över tid" (Socialstyrelsen, 2021, s.21). Detta kan motverkas genom en aktiv och kontinuerlig vård.

Det finns även ett antagande att det finns en risk att patienter inte deltar fullt ut och det behöver därför kontrolleras: "Behandlingen [med Esketamin] är aktuell när man har prövat två olika klasser av antidepressiva läkemedel mot medelsvår eller svår depression, i adekvat dos under adekvat tid, och förvissat sig om att patienten verkligen tagit läkemedlen, men inte svarat på behandlingen" (Socialstyrelsen, 2021, s.30). Det gäller inte enbart själva deltagandet i behandling, utan även när patienten bekräftats delta i den rekommenderade behandlingen. Bilden av patienten som en som behöver övervakas gör att patienten blir underordnad vårdapparaten som därmed får en kontrollerande funktion.

Utifrån antagandet att den deprimerade patienten behöver övervakas positioneras personer med depression som "den opålitliga patienten", vilket kan tänkas bidra till en minskad tilltro till sig själv och sin egen förmåga. Utifrån hur personer med depression beskrivs i relation

till den aktiva vården blir dessa positionerade som “den passiva patienten” som behöver tas om hand av vården.

Delstudie två

Processen behöver ta tid, annars blir det inte resursbesparande i längden

I fokusgruppsamtalet utmanade deltagarna i stort inte diskursen om resurseffektivitet, utan de använde sig av effektivitetsargument för sina ståndpunkter, vilket tyder på att de i stället rörde sig inom diskursen under samtalet. Deltagarna gav olika förslag på förändringar som skulle kunna leda till en mer effektiv vård. Samtidigt motsatte de sig en tänkt effektivisering som skulle kunna komma att påverka behandlingens utformning och omfattning. En deltagare pekade på vilket sätt det går att effektivisera organisationen, genom att låta behandlare ägna sig åt behandlingsarbete och kompetensutveckling:

> Både på systemnivå att man verkligen får utrymme att jobba så effektivt som möjligt med det man kan och är bra på. Och också att man hittar system för att liksom så att säga få rätt patienter dit då. Men också då att man då inte slösar med arbetstagarnas, oss klinikers, tid på nåt sätt utifrån ett organisationsperspektiv, att man inte gör oss upptagna med massa annat. Men också att vi får [bli] duktigare, så blir varje timme lite mer värd [//] Men jag tror inte att det går att skynda på, så att man kanske kan jobba en kvart istället och sånt. [//] Det är jag mer tveksam till, den typen av resurseffektivisering eller ha massmöten av terapeutisk karaktär eller nånting sånt där. Men däremot så tror jag att det går att göra oss resurseffektivare i det lilla. (Deltagare 3)

Däremot betonades att effektivisering inte skulle innebära att korta ner behandlingarna. Deltagaren verkade se en möjlig negativ konsekvens att “genvägar” skulle kunna leda till att svårbehandlade patienter inte får den vård de behöver:

> Patienterna behöver sin timma på nåt sätt [//] för processen behöver också ta sin tid. Det kanske inte går på ett halvår utan det kanske måste få ta längre tid. Så den typen av genvägar tror jag mer sorterar bort svårbehandlade patienter än att den egentligen blir mer effektiv. (Deltagare 3)

En annan deltagare stämde in i synen på att vårdorganisationen skulle kunna bli mer effektiv. Deltagaren varnade för riskerna med att psykologiska behandlingar inte får ta tid och menar att effektiviseringen riskerar att bli en tillfällig lösning som inte är resurseffektiv på sikt:

> Jag tror att det är viktigt att alltså om vi pratar om psykologisk behandling, att det behöver ta tid för att annars tror jag inte att det blir resursbesparande i längden om vi tänker att vi kör nån slags löpande band, quickfix-behandlingar av patienter. [//] Patienter bollas mellan olika mottagningar och sådär. Jag tror att man skulle kunna göra mycket där för att själva vårdprocessen, att gången för en patient [//] i psykiatrin skulle kunna gå snabbare och vara smidigare. Men sen så i våra enskilda behandlingar, där vi jobbar med patienter, då tror jag att vi försöker nog jobba så effektivt som vi kan. (Deltagare 2)

En deltagare använde sig inte av uttalat resurseffektiva argument för en effektiv behandling, utan lyfte fram vad som fungerar för en enskild patient som en viktig aspekt av

effektivitet. Deltagaren verkar således anse att behandling behöver utvärderas för att se om den enskilda patienten blir hjälpt eller inte. Fokus i deltagarens argumentation ligger på vad som blir hjälpsamt för patienten, snarare än vad som är resursbesparande:

> [D]et är mer effektivt än att [//] i tid och evighet köra på med det man själv tycker. Alltså oavsett om det är KBT eller nånting annat. Det behöver ju utvärdera[s] om det funkar för just den här personen och gör det inte det, försöka anpassa eller se om vi hittar nåt annat. (Deltagare 1)

En aspekt av resurseffektivitet i Socialstyrelsens riktlinjer handlar om prioritering av resurser. En deltagare kommenterade Socialstyrelsens argument för att förebyggande åtgärder är mer resurseffektivt än att vänta tills människor blir allvarligt sjuka. Deltagaren menade att tidiga insatser kan innebära att fler får tillgång till vård. Det kommer i sin tur att kräva mer resurser, som kanske inte hade behövts läggas på vissa individer, i och med att det finns de som förbättras på egen hand: "Det [är] lätt att säga att man ska ha jättemycket insats tidigt, men då rör det ju också otroligt många mer. Många kanske självläker liksom" (Deltagare 3).

En annan deltagare lyfte att det i praktiken kan vara svårt att prioritera förebyggande insatser. Vår tolkning är att deltagaren behöver förhålla sig till praktiken, där prioriteringar måste göras utifrån allvarlighetsgrad med de patienter som befinner sig inom verksamheten i åtanke: "[D]e verksamheter som vi jobbar inom behöver ju ofta prioritera det mest akuta först, dom svårast sjuka. Och då kan det väl kanske vara så att det här med förebyggande arbete blir lite mer lidande tyvärr" (Deltagare 2).

Deltagarna verkar, precis som riktlinjerna, förhålla sig till en verklighet där vårdens resurser är begränsade och därför behöver fördelas utifrån såväl etiska principer som effektivitetsprinciper.

Depression är en folksjukdom med otydliga gränser

Representationen av depression som en folksjukdom var något som deltagarna i fokusgruppen inte utmanade, tvärtom bekräftades den förståelse som uttrycks i riktlinjerna av samtliga deltagare. Depression beskrevs av en av deltagarna som en sjukdom som många insjuknar i: "I och med att depression är en sån vanlig sjukdom att insjukna i, att det inte är sådär att folk som tränar aldrig blir deprimerade, eller folk som har ett jobb inte blir det, eller folk som…" (Deltagare 1).

En annan deltagare talade om depression som en sjukdom som varierar i svårighetsgrad, och som inte bara ses hos patienter men också hos behandlare:

> Men dom som bara har någon lättare ångest och depression dom ser vi ju kanske mest som kollegor i så fall [//] arbetskamrater som blir sjukskrivna och så där. Så att man ser ju kanske inte dom i slutenvården bland patienterna. Eftersom det är en folksjukdom så drabbar den ju oss andra också liksom, det är ju inte exklusivt för psykiatripatienter utan även för personal. (Deltagare 3)

Deltagarna utmanade däremot representationen av att depression har tydliga gränser som därför går att skilja från andra tillstånd. Trots att synen på depression som en sjukdom inte utmanades, gav deltagarna en bild av att depression inte nödvändigtvis begränsas till att förstås som en samling diagnoskriterier. En av deltagarna uttryckte det på följande sätt: "Men sen tänker jag att såhär, att må dåligt eller känna sig deppig och nere, kanske är mer än bara de här kriterierna som är fastslagna i DSM liksom" (Deltagare 1).

I praktiken verkar gränserna mellan tillstånd vara diffusa och det finns en komplexitet som inte tillfredsställande kan fångas upp av dagens diagnoskriterier. Uttrycken för depression

beskrevs som något aktivt som en individ gör mot sig själv. I följande citat beskrivs hur nedstämdheten som förknippas med depression även förekommer utanför ramen för sjukdomen:

> Alltså nedstämdhet som fenomen då, eller självhat eller vad man ska säga, självskada eller nån slags aggression, alltså att man på nåt sätt vänder sig mot den egna personen, som vid nån slags depression, gör man ju vid andra tillstånd liksom. (Deltagare 3)

En annan förståelse av depression var den av ett bristtillstånd, en utarmning av livet som kan ha skett som en följd av andra svårigheter: "[Vid] första anblick så är depressionen [hos många patienter] så påtaglig, men just det där att det kanske är jamen andra svårigheter som ligger till grund eller som gör att /... / över tid så har livet utarmats" (Deltagare 1).

En deltagare utmanade representationen av depression som mätbart i objektiva termer. Upplevelsen av depressiva symtom är i en sådan förståelse subjektiv, vilket utmanar bilden av att bättre mätinstrument och utbildning i användning av dessa kan komma närmare en slags sanning om tillståndets natur och allvarlighetsgrad. Deltagaren lyfte fram att de mätmetoder som används ofta är självskattningar som utgår från subjektiva mått, där skattningarna visar på vad patienten är villig att dela med sig av:

> Vad betyder den här sjuan? Betyder den att den är mer än nån annans femma? [//] [D]et kan ge fel bild av att [//] de som har högst värde får vård först och då kommer folk skatta högre för att de kommer vilja ha vård. Och vill man bli utskriven från slutenvården så kommer man skatta lågt för man vill gå hem. Och man har fortfarande inte mätt nånting, utan man har fått reda på vad folk är beredda att berätta. (Deltagare 3)

Depression innebär förlorad funktion, men inte alltid förlorad arbetsförmåga

Samtliga deltagare uttryckte sig till en början i linje med Socialstyrelsens representation av depression som funktionsnedsättande. Representationen att depression innebär funktionsnedsättning och kan leda till svårigheter att klara av vardag och arbetsliv beskrevs som ett okontroversiellt påstående, som något som kan ses höra till depression, men att funktionsnivån kan variera inom olika livsområden. Precis som i riktlinjerna talade deltagarna om att depressionens funktionsnedsättande symtom kan speglas i svårigheter att bland annat klara av sysselsättning:

> Jag tycker också jag känner igen det och just det här med funktionsnivå, det är ju också återigen då om man ska prata utifrån vilka patienter som kommer hit så är det ju ofta dom som har ganska låg funktion [//] det kan vara väldigt svårt att komma igång med någon aktivitet eller sysselsättning eller så där. (Deltagare 2)

En annan deltagare utmanade bilden av att nedsatt funktion endast har med nedsättningar i arbetsförmåga att göra och menade att nedsatt funktion också kan innebära en bristande förmåga att riktigt kunna engagera sig i eller njuta av aktiviteter, trots att personen har bibehållen arbetsförmåga. Deltagaren lyfte fram att människor som har depressiva symptom utan att vara drabbade av funktionsnedsättning inte syns i utdrag ur riktlinjerna. När deltagaren pratade om de personer med depressiva symtom som fungerar blir det tydligt att de personerna inte tillhör kategorin "patienter" i och med att de inte är drabbade av funktionsnedsättande "sjukdom": "Jag tänker på det nu när vi pratar om det, att [//] dom

patienterna [som fungerar] ser man ju kanske inte i de här uttalandena eller citaten riktigt. Eller patienterna… personerna får man väl säga" (Deltagare 1).

Samma deltagare gav en bredare bild av vad funktion kan vara än den representation som kan ses i riktlinjerna. Att fungera kan utifrån deltagarens beskrivning även innebära att kunna ha glädje av att ha andra nära sig eller att ha förmågan att få livet att röra sig i en önskad riktning:

> [F]unktion som såhär relationellt, i fall man klarar av att ha andra nära på olika sätt. Och kunna ha glädje av det [//] man får livet på nåt vis att röra sig framåt i den riktning som jag som individ vill nånstans. Och det känner jag att jag klarar av att ta mig till. Jag tycker att många gånger [när man] träffar deprimerade personer så känns, det blir liksom väldigt låst och stagnerat. Att [//] funktionen att röra sig framåt i livet försvinner, eller minskar. (Deltagare 1)

Man måste inte diagnostisera depression för att kunna ge god vård

Deltagarna utmanade förståelsen av att en korrekt diagnos krävs för att kunna ge god vård. Diagnosens relevans för behandlingsarbetet utmanades på flera sätt.

En deltagare beskrev att många patienter uppfyller flera diagnoser och att diagnosen därför har begränsad relevans för behandlaren utöver att utgöra vägledning för behandlingsarbetet. Flera deltagare beskrev hur patientgruppens problematik inte nödvändigtvis följer diagnosernas avgränsningar, vilket en av deltagarna uttryckte på följande sätt: "Alltså vi, jag tycker att vi ser väldigt få rena [skratt] depressioner, alltså en isolerad depression. Så ser det ju väldigt sällan ut…" (Deltagare 2).

En annan deltagare utmanade föreställningen om att en korrekt diagnos måste komma före rätt behandling. Deltagaren verkar mena att behandling kan vara det som leder fram till att patientens problematik blir greppbar: "[P]atienter som har depression enligt att de kryssar på kriterierna, men de har det också inom ramen för en komplex patologi som är svårbegriplig och vi behandlar kanske länge innan vi ens begriper vad det egentligen handlar om" (Deltagare 3). Enligt deltagaren beror behandlingsarbetet på vilka specifika svårigheter som finns hos varje individ, snarare än på personens diagnos. Därför är diagnosen inte nödvändig för en god vård: "Jag tänker att det oftast inte är [DSM 5-diagnosen] som behandlas utan det som den byggs upp av. Om den byggs upp av kronisk ledsenhet och självhat så skulle man kunna behandla det utan att ha en korrekt depressionsdiagnos" (Deltagare 3).

En av deltagarna berättade att diagnosen kan fylla en viktig funktion; som teori och verktyg för att begripliggöra problematiken och för att vägleda behandlingsarbetet. Synsättet kan tolkas som att behandlaren behöver ha en teori och att diagnosen är ett verktyg, men det går att ha en teori även utan diagnos. Diagnosen blir *ett* sätt att närma sig problematiken på:

> Så där kan jag ju tycka att det är en poäng att man hittar korrekt diagnos. [//] Att det finns en poäng i att [//] [ha] någon teori om vad som driver svårigheterna. [//] [D]et är ju inte nödvändigt för att kunna bedriva en behandling. Men man behöver ju ha någon teori om vad man ska rikta in sig på. Om det är känsloreglering eller aktivering eller [//] exponering som man ska hålla på med. (Deltagare 1)

Diagnosens relevans utmanades av deltagarna, då angreppssättet är detsamma vid flera olika diagnoser. En deltagare lyfte att en specifik diagnos inte kan leda till en specifik behandling för just den diagnosen: "Vi har jättemånga diagnoser och förhållandevis få behandlingar. [//] [D]et gäller både läkemedelssidan och våran sida, att vi har typ sex olika

läkemedelstyper i hela psykiatrin och vi har hundratals diagnoser som vi använder de sex typerna för" (Deltagare 3).

Depression förvärras inte automatiskt utan "rätt" behandling

Deltagarna motsatte sig och nyanserade under samtalet representationen av att det finns något som kan kallas rätt behandling för depression, men på olika grunder. Deltagarna motsatte sig också bilden av att personer med depressiva symtom alltid försämras utan rätt behandling.

En deltagare utmanade förståelsen av att personer med depression förvärras i sin sjukdom utan rätt behandling. Deltagaren nyanserade den uppfattningen genom att beskriva att vissa personer också självläker:

> Vi [vet] ju också att folk är deprimerade och tar sig ur en depression utan läkemedelsbehandling eller psykologisk behandling. Så jag tänker [//] att det inte automatiskt [är så att] får du inte hjälp när du börjar känna dig nere, så kommer du liksom i slutändan vara utförsäkrad och hela livet ha kraschat. (Deltagare 1)

Deltagarens resonemang om att obehandlade nedstämdhetskänslor inte nödvändigtvis leder till svåra livsomständigheter kommer som ett direkt svar på Socialstyrelsens formulering kring vikten av rätt behandling. Det skulle kunna tolkas som att det finns en föreställning om synen på sjukdomsförloppet som deltagaren vill utmana med grund i sin erfarenhet och kunskap.

Deltagarna arbetade på olika sätt med Socialstyrelsens rekommenderade behandlingsinsatser. En deltagare beskrev hur de på arbetsplatsen utgår från de mest evidensbaserade metoderna, en beskrivning av behandlingsförfarandet som inte utmanar förståelsen att det finns en "rätt" behandling: "[V]i provar alltid det mest evidensbaserade, KBT eller IPT då för depression. Och sen så gör man liksom en anpassning om det inte funkar" (Deltagare 1).

En annan deltagare framhöll att det inte alltid är möjligt att använda sig av de rekommenderade behandlingsinsatserna, eftersom patienterna som deltagaren möter är alltför illa däran för att kunna följa evidensen. Genom sin erfarenhet gjorde deltagaren bedömningen att rekommendationerna inte är anpassade efter vissa patienter som har behov som riktlinjerna inte adresserar. Eftersom riktlinjerna inte är förankrade i deltagarens kliniska verklighet blir det inte alltid möjligt att följa rekommendationerna. Därför ses inte rätt behandling enligt riktlinjerna nödvändigtvis som rätt behandling för de patienter som kommer till deltagarens verksamhet: "Riktlinjerna finns där men [//] känns ibland lite overkliga för oss, att vi skulle kunna följa dem [//]. Men vi är medvetna om dem och försöker ju ändå tänka att de är bra på något sätt" (Deltagare 3).

En annan deltagare lyfte att det måste ske en individuell anpassning av behandlingar, till viss del på grund av den begränsning som finns i forskningsunderlaget till rekommendationerna: "[D]et är många personer inom psykiatrin som på nåt vis är så obeforskade för att de inte faller inom de här tydliga boxarna. Men jag tänker därefter måste ju en matchning med, alltså en individuell anpassning av behandlingen" (Deltagare 1).

En deltagare ifrågasatte om det finns rätt behandling, eftersom rätt behandling skulle innebära att patienter blev hjälpta i större utsträckning än de blir idag:

> Det jag känner spontant är att det finns ju inget som är rätt, för vi lyckas ju inte så väl som vi önskar liksom. [//] Det [känns] ju som att vi gör det minst dåliga. [//] Med tanke på hur långvarigt lidandet är så önskar man ju mer av våra behandlingar. [//] Att de ska bli fortare friska och fortare återställda och fortare

> funktionshöjda. Och i högre grad. För att vi har ju många som blir kvar i sina tillstånd i många många år. (Deltagare 3)

En annan deltagare gav en annan bild av representationen om rätt behandling och konstaterade att det finns tillfällen då en patient förvärras i sitt tillstånd, trots att den rekommenderade behandlingsinsatsen sätts in. Till skillnad från deltagare 3 motsatte sig deltagaren inte att det skulle finnas rätt behandling, utan förklarar behandlingens utfall med att det finns brister i förståelsen av patientens svårigheter:

> Men man ser ju också personer och situationer där det liksom inte har hjälpt också, utan att det [//] blir svårt också ibland att förstå vad det är som gör att det förvärras över tid och det känns, tror jag, både för patienter ibland och för vårdgivare, att såhär oavsett vad man gör så går det inte att bromsa den här utvecklingen riktigt. Det är väl en brist där i diagnostik, i förståelse... (Deltagare 1)

Vården och anhöriga kan öka säkerheten kring personer med depression

Under fokusgruppsamtalet nyanserade deltagarna riktlinjernas representation av deprimerade patienter som instabila och i behov av tillsyn. Deltagarna menade att anhöriga kan fungera kompletterande till vården, genom att ge information som patienten inte själv besitter, vara ett stöd i behandlingsarbetet och öka säkerheten kring patienten.

En deltagare uttryckte en förståelse av personer med depression som går i linje med riktlinjernas förståelse av den deprimerade personen som passiv. I och med att personerna med depression inte direkt söker vård, blir också tidiga insatser i vissa fall svåra:

> Sen finns det ju [//] faktorer som man vet kan förvärra eller vidmakthålla depression. Patienter som [//] isolerar sig allt mer eller blir [passiva], man är bara hemma, man träffar ingen. Kanske äter dåligt, sover dåligt. [//] De här sakerna kan det säkert många gånger vara bra att jobba med i ett tidigt skede, för att det inte ska gå så långt att man hamnar i slutenvården eller… men det är ju inte alltid lätt att upptäcka det i tidigt skede heller. Patienterna kanske inte söker sig till vården direkt heller. (Deltagare 2)

Deltagarna verkade utmana förståelsen av att patienter inte har förmåga att förmedla relevant information om sig själva och sin problematik. Deltagarna pratade om närståendes roll, och att de kan bidra med stöd och kompletterande information. Exempelvis ansågs anhöriga kunna dela med sig av information som patienten själv kanske inte har tillgång till, så som information om patientens barndom: “Ganska många gånger [är] anhöriga med i något slags inledande fas, när man samlar barndomsanamnes och sådär och man kan få kompletterande uppgifter från anhöriga” (Deltagare 2).

Framförallt framställde deltagarna patienters närstående som ett viktigt stöd och som potentiella allierade i behandlingsarbetet. Som följd av förståelsen av anhöriga som ett stöd, får de en annan roll än i riktlinjerna: “Jag tänker bara det här att jamen vid depression till exempel, att det finns nån annan som känner till att patienten är deprimerad, [//] vänner eller anhöriga, det är ju jätteviktigt. Eller det spelar stor roll tror jag” (Deltagare 2).

Anhöriga beskrevs av en annan deltagare som viktiga för att öka säkerheten kring patienten: “Så att det är jättebra att dom finns liksom och kan larma och dom kan liksom va bra allierade så [//] Ha förståelse för behandlingen [//] och öka säkerheten runt patienten betydligt” (Deltagare 3).

I riktlinjerna finns en förståelse av att anhöriga påverkas av deprimerade personers symtom. Det bekräftades i fokusgruppsamtalet av en deltagare, men fylldes med en annan innebörd. Depressionen sattes i ett sammanhang, där sjukdomen inte kan begränsas till individen. Det är oundvikligt att symtomen påverkar anhöriga till deprimerade patienter, som därför måste involveras och få en förståelse för hur depressionen kan ta sig uttryck och hur anhöriga kan vara ett stöd:

> Eller också att anhöriga är frustrerade [//] då tycker jag att det kan va väldigt viktigt och effektivt på nåt vis att liksom både kunna ge psykoedukation till anhöriga och [//] öka förståelsen för vad depression är och hur det påverkar, inte bara människan som är drabbad, utan också omgivningen. (Deltagare 1)

Diskussion

Syftet med studien var att undersöka vilka representationer av depression som har företräde i Socialstyrelsens riktlinjer för vård av depression och ångestsyndrom (2021), vilka subjektspositioner som blir möjliga för deprimerade patienter samt hur nämnda representationer upprätthålls och utmanas av vårdpersonal. Uppsatsen utgick från frågeställningarna (1) Vilka representationer av depression finns i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård av depression och ångestsyndrom?, (2) Vilken position får den deprimerade patienten inom representationerna i riktlinjerna? och (3) Hur upprätthålls och/eller utmanas representationerna av depression i riktlinjerna i ett samtal mellan vårdpersonal? För att besvara frågeställningarna (1) och (2) genomförde vi en Foucauldiansk diskursanalys av riktlinjerna. För att besvara frågeställning (3) gjorde vi en tematisk analys av ett fokusgruppsamtal med vårdpersonal.

I delstudie ett fann vi representationer av depression som vi kunde sortera in i sex teman. En slutsats som gick att dra av analysen var att personen med depression i Socialstyrelsens riktlinjer positionerades som en lågt prioriterad, men lidande och sjuk patient som är icke-fungerande och osjälvständig. Patienten framstod som utan skuld till sitt tillstånd, men möjlig att bota ifrån den depressiva sjukdomen. För det krävdes en aktiv vård, eftersom patienten med depression förstods som opålitlig och passiv. Representationerna av depression i riktlinjerna kan tänkas bidra till att dra upp gränser mellan det önskvärda normala och det avvikande “sjuka”. Idealet som konstruerades var bland annat att vara frisk, arbetsför, självständig och aktiv. I delstudie två fann vi att deltagarna på olika vis motsatte sig och utmanade representationerna av depression, samtidigt som de i vissa fall upprätthöll dem.

I den första delstudien fann vi att riktlinjerna dokumentet igenom förhöll sig till en ekonomisk diskurs om resurseffektivitet. Socialstyrelsen skrev fram bristen av resurser för vården av depression som ett “problem”. I och med att “problemet” diskuterades i samband med att psykisk ohälsa konstaterades ha låg status i jämförelse med andra sjukdomar, går det att se ett samband mellan dessa. Vår tolkning är att den låga statusen ses som en bakomliggande orsak till att det inte lagts tillräckligt med resurser på vården av depression. Detta ser vi som en central problemrepresentation i riktlinjerna.

Utifrån problemrepresentationen att det läggs för lite resurser på vården av depression eftersom tillståndet har låg status, kan de andra representationerna av depression i riktlinjerna förstås i ljuset av denna, som lösningar på “problemet”. Lösningarna innehöll dels försök att uppvärdera depressionens status och på så vis göra att tillståndet prioriteras högre i fördelningen av resurser, dels argument för att satsningar på vården av depression leder till samhällsbesparingar på sikt. Försöken att uppvärdera depressionens status bestod bland annat i att tillståndet skrevs fram som en livshotande folksjukdom, som kan behandlas rätt och

effektivt med särskild expertis och högteknologiska interventioner. Exempelvis använde riktlinjerna i stor utsträckning ordet ”risk” i beskrivningar av depression och eventuella följder av tillståndet, på ett sätt som framhöll depressionen som farlig oavsett depressionens grad.

Genom att lyfta fram de samhällsekonomiska vinster som följer på att satsa mer resurser på vården av depression motiverades rekommendationerna. Vinsterna som lyftes fram var bland annat minskade sjukskrivningar, effektivare behandling och färre slutenvårdstillfällen. Genom dessa lösningar konstruerades depression som en upptäckbar, avgränsad och akut sjukdom som drabbar patienten och går att behandla effektivt.

I riktlinjerna skrevs depression fram som ett problem som påverkar samhället i stort. Socialstyrelsen gav därefter förslag på en annan prioritering av vårdens resurser, så att mer resurser satsas tidigare i vårdkedjan. Det är svårförenligt med de etiska principerna för prioritering i vården, där den med störst behov ska prioriteras högst (Prop.1996/97:60). Genom att depression framställs som en sjukdom med allvarliga, till och med livshotande, konsekvenser om den inte behandlas tidigt, motiveras i riktlinjerna en sådan omprioritering. Det väcker frågan om vad som kan effektiviseras och/eller nedprioriteras för att frigöra resurser till tidigare insatser. Deltagarna i fokusgruppen ifrågasatte den långsiktigt ekonomiska nyttan av att implementera tidiga insatser för alla som uppvisar depressiva symtom, då vissa av dem aldrig ansågs bli i behov av vårdinsatser. Dessutom värjde de sig mot en tänkt prioriteringsförändring som skulle kunna komma att drabba deras egna verksamheter. Deltagarna menade att det inte går att ta resurser från psykiatrin eftersom det finns svårt sjuka patienter där som är i större behov av vård än personer som inte har lika allvarliga symtom.

Socialstyrelsen (2021) lyfte i riktlinjerna fram faktorer som kännetecknar tillstånd med hög status inom vården och konstaterade att depression har låg status. Vår analys är att depression ses som ett psykiatriskt tillstånd som i högre utsträckning drabbar kvinnor, de behandlingsmetoder som oftast används inte upplevs som högteknologiska och de associationer som väcks av tanken på depression snarare är tröghet och stagnation än dramatik. Det är associationer som även lyftes av en deltagare i fokusgruppsamtalet. Allt detta sammantaget kan antas bidra till en lägre status för depression än för andra tillstånd. Socialstyrelsen (2021) har bland annat skrivit att de tillstånd som drabbar män och behandlas av män har högre status i vårdens informella prioriteringssystem.

Enligt över- och underordningens logik ses det som uppfattas som manligt som norm och det som tolkas och förstås som manligt värderas högre än det som tolkas och förstås som kvinnligt (Mattsson, 2010). Vad som ses som kvinnligt och manligt ligger dock i våra föreställningar och varierar över tid och kontext, det som en gång exempelvis ansetts vara kvinnligt kan omdefinieras som manligt (Mattsson, 2010). Fullagar och O’Brien (2013) diskuterade bland annat hur kvinnlighet har förknippats med svaghet och lättrördhet. Sådant som generellt har associerats med manlighet är bland annat aktivitet, handlingskraft, styrka, självständighet, produktion, förnuft (jfr Johansson et al., 2009; Bergenheim, 1997). Reskin (1988) beskrev förhållandet mellan historiskt manliga och kvinnliga sfärer och hur dessa manliga sfärer aktivt försvarats och undanhållits kvinnor. Det gjordes och görs genom en nedvärdering av det kvinnliga och en tydlig separering av det manliga och kvinnliga, där en ökad association med det kvinnliga kommer leda till lägre status (Reskin, 1988). Kvinnor diagnosticeras i större utsträckning än män med depression, vilket utifrån ovanstående studie såväl som Socialstyrelsens resonemang, kan ses som en faktor i att ett tillstånd tillskrivs lägre status. Representationerna av depression som en sjukdom med ett akut, dramatiskt förlopp med högteknologiska behandlingsmetoder, kan förstås som ett försök att höja statusen på depression utifrån de faktorer som Socialstyrelsen lyft fram som statusmarkörer. Representationerna går i linje med vad Socialstyrelsen (2021) har beskrivit som ett högstatustillstånd.

De statusmarkörer som sammankopplas med möjligheten att höja depressionens status kan ses som manligt kodade (Mattsson, 2010). En möjlig tolkning är att riktlinjerna, genom att

bryta kopplingen mellan depression och det kvinnliga, istället skapar en koppling mellan depression och det manliga. Det kan förstås som ett sätt att omvärdera sjukdomen i den informella prioriteringsordningen av resurser. En följd av en sådan tolkning är att de värden som sammankopplas med statusmarkörerna inte utmanas, eftersom riktlinjerna använder sig av befintliga statushierarkier, och dikotomierna lämnas på så vis oförändrade. Kopplingen mellan manlighet, aktivitet och sjukdom, kan tänkas bidra till att upprätthålla låg status hos de kvinnligt kodade patienterna. Utifrån ovanstående tolkning kvarstår subjektspositionen "den lågprioriterade patienten", medan statusen för diagnosen depression utmanas.

Representationen av depression som en sjukdom framstod i riktlinjerna som en oomtvistad sanning, som heller inte utmanades i fokusgruppsamtalet. Utifrån vår teoretiska utgångspunkt, att all kunskap är socialt producerad (Boréus & Bergström, 2018), finns det också alltid andra kunskaper, även när något framstår som en sanning som inte går att utmana. I vårt resultat kunde vi se att de depressiva symtomen och uttrycken för desamma i riktlinjerna framstod som oberoende av tid och rum. Som vi tidigare lyft finns det kunskap som motsäger detta, där också olika kategorier av människor varit "bärare" för lidandet genom historien (Jansson, 2021). Det finns flera kulturellt anpassade versioner av ICD-10 och i DSM-5 finns en ansats att ta med "kulturella lidandebegrepp" (Bäärnhielm, 2014, s.99-100), vilket visar på en medvetenhet om att kulturen spelar roll för hur lidande upplevs och kan uttryckas. Däremot utmanar en sådan ansats inte förståelsen av depression som en sjukdom. I riktlinjerna beskrevs depression på ett sätt som lyfte tillståndet ur sitt sammanhang, vilket döljer relationen mellan depression och samhälle. Riktlinjernas formuleringar utformades i en historisk och socialpolitisk kontext, och har inte kommit sig av en slump. Att depression skrivs fram på det sätt det gör kan ses som sammanbundet med ideal kopplade till modernitet och moderna vetenskapsideal.

Tidigare forskning har visat såväl positiva som negativa effekter av att diagnostiseras med psykiatriska diagnoser (Boardman et al., 2011; Petersen & Madsen, 2017; Kokanovic et al., 2013) och att diskurser kring depression på olika sätt inverkar på subjekten (LaFrance, 2007; MacKay &Rutherford, 2012). Därför kan Socialstyrelsens representation av depression antas ha effekter av olika karaktär på personer som diagnostiseras. I "The Bitter Pill" (LaFrance, 2007) framkom att diskurser kunde användas för att legitimera vissa uttryck, samtidigt som de uttryck som föll utanför diskursens ramar blev illegitima och ledde till stigma. På så vis blir en möjlig diskursiv effekt av att riktlinjerna är del i en diskurs där depression förstås som en sjukdom, att det blir svårare att tolka depressiva symtom och nedstämdhet utifrån andra förståelsehorisonter. Johansson med kollegor (2009) konstaterade exempelvis att ett fokus på en biomedicinsk modell leder till ett åsidosättande och en marginalisering av psykosocial ojämlikhet och sociala kategoriers inverkan på depression. Genom att depression definieras som en sjukdom, blir depressiva symtom något som kan och bör behandlas i vården. På så vis kan depression ses som skilt från en allmänmänsklig erfarenhet och lidande blir likställt med sjukdom och behov av vård. Det är en syn som delvis utmanades i fokusgruppsamtalet, då personer antogs kunna lida av depressiva besvär, utan att vara sjuka och behöva behandling inom vården.

I riktlinjerna konstruerades nedstämdhet som avvikande och något som bör botas och patienten tillskrevs en subjektsposition som likställer depressivt lidande med sjukdom. Utifrån förståelsen att definitionen av det avvikande konstruerar vad som förstås vara normalt (Bacchi, 2009), blir det normala genom riktlinjernas representationer att vara frisk och icke-lidande. Hälsa konstrueras som norm och människan förstås som i grunden frisk, vilket samtidigt gör sjukdom till avvikelse från normen. Exempelvis förstås suicidtankar och suicidhandlingar som en del av sjukdomen, vilket kan tolkas som att en frisk individ inte kan ha dödslängtan. När vi förstår depression som en sjukdom blir fenomenet "depressiva symtom" förlagda i individen, något som drabbar en sårbar person. En alternativ förståelse av depression som en normal

reaktion på en dysfunktionell omgivning eller ett orättvist och diskriminerande samhälle, skulle kanske ha lett till andra åtgärder än vård av den enskilde (jfr Chowdhury, 2020; Johansson et al., 2009).

Ett resultat från analysen var representationen att depression innebär förlorad funktion. Genom att ordet funktion i riktlinjerna användes tillsammans med beskrivningar av exempelvis försämrad livskvalitet och oförmåga att klara av arbets- och vardagsliv, definieras och avgränsas ordets innebörd. När Socialstyrelsen konstaterar att depression i vissa fall kan innebära obefintlig funktionsförmåga, blir en sådan koppling än tydligare och bidrar till att konstruera subjektspositionen "den icke-fungerande patienten". Det finns så att säga en slags noll-punkt för funktion, vilket utestänger andra former av funktion eller funktion i andra bemärkelser. En bredare förståelse av funktion skulle exempelvis kunna innefatta kroppens fungerande. I fokusgruppsamtalet förekom en bredare förståelse av funktion som också innefattade förmåga att röra sig i en önskad riktning i livet samt känslomässiga aspekter av tillvaron, såsom njutning och glädje. En slutsats av detta är att den definition av funktion som framkom i analysen är smal och kan ses bygga på en tanke om att funktion ska vara produktiv och mätbar. En sådan definition kan ses gå i linje med nyliberala ideal (Foucault, 2008). Definitionen kan även ses utestänga andra sätt att förstå funktion, där en person som lider av depressiva besvär inte tolkas som "icke-fungerande", vilket skulle kunna minska stigma kring depressivt lidande.

Är det möjligt att förstå depressivt lidande som funktion av en annan sort? En annan syn skulle kunna vara att det är kroppens och sinnets signaler på att något inte står rätt till (Chowdhury, 2020) eller motstånd mot prekära omständigheter (Rogers-Vaughn, 2014). Att prata om fungerande i Socialstyrelsens snäva bemärkelse kan bidra till att konstruera vad som ses som avvikande och vad som anses vara det normala. Att avvika från det "normala" kan leda till både stigmatisering utifrån och en låg självkänsla hos den "avvikande" (Kroska & Harkness, 2008).

En annan representation av depression i riktlinjerna var att den förlorade funktionen kan gå ut över både närstående och samhälle. Personen med depression tillskrevs därmed subjektspositionen "den osjälvständige"; en som inte själv klarar att ta hand om sin vardag på det sätt som i riktlinjerna konstrueras som normalt och önskvärt. Det verkar finnas en föreställning om att varje frisk människa ska kunna klara sig på egen hand och varken belasta andra i sin närhet eller samhället i stort. I riktlinjerna framstod det som ett oönskat problem att närstående påverkas av deprimerade personer. Därför bör vården sätta in resurser tidigt för att motverka detta. I fokusgruppsamtalet nyanserades de anhörigas roll, där den deprimerade personens sociala sammanhang lyftes fram som en viktig och önskad del i tillfrisknandet.

Att vara självständig konstrueras i riktlinjerna som både önskvärt och normalt, men föreställningen om att människor kan vara självständiga är en uppenbar chimär både utifrån förståelsen att individen blir till i relation till sin omgivning (jfr Bauman, 2001) samt det faktum att varje människa någon gång varit beroende av omgivningens eller samhällets omsorger. Bauman (2001) menade att en följd av att det individuella konstrueras som normalt är att människor inte vill investera i det kollektiva. Därför agerar de också utefter det individualistiska idealet. Ett upplevt misslyckande att följa den individualistiska normen, normen att vara självständig, påverkar således hur den enskilde känner inför sig själv, som också ger sig själv skulden för sitt upplevda misslyckande (Bauman, 2001). Det här visades i Chowdhurys (2020) studie, där de unga kvinnorna hade en förväntan på sig själva att bli fria från sitt lidande på egen hand och upplevde sig som just misslyckade när de återföll i depression.

En annan subjektsposition som framkom av analysen var "den skuldbefriade patienten", som bland annat skapas genom att depression konstrueras som en avgränsad sjukdom som drabbar personen. I riktlinjerna användes genomgående benämningen "patient med

depression” i stället för exempelvis ”deprimerad patient”, vilket kan tänkas bidra till subjektspositionen. Enligt APA (2021) syftar ”person först”-språk (person first language), som i att skriva ”person med depression”, till att lyfta fram personen framför det specifika tillståndet. Benämningen kan alltså fungera som ett sätt att tydliggöra att personen är mer än sitt tillstånd. Det ger upphov till en separation mellan patienten och sjukdomen och kan på så vis bli ett led i att frigöra personen från skuld för sitt mående. I Petersen och Madsen (2017) berättade en person att depressionsdiagnosen gjorde att hon kunde förstå sitt mående som en sjukdom, vilket möjliggjorde ökad acceptans och bidrog till att hon kände att det var okej att ta emot hjälp.

Samtidigt kan separationen ge upphov till ett dubbelt förhållande. Utöver att den kan bidra till minskad skuld för personen som drabbas, kan den också leda till att krav ställs på personen att ta ansvar i form av att tillgodogöra sig vård. Fullagar och O´Brien (2013) visade hur förståelsen av depression som en sjukdom tillskrev den deprimerade personen ansvar att genomgå behandling, med förväntningen att denne återhämtar sig och återgår till produktiva roller hemma och på arbetet. En möjlig följd av att personen skiljs från tillståndet depression, är att det möjliggör att tillståndet konstrueras som fel, avvikande och som något som behöver åtgärdas, utan att personen skuldbeläggs för tillståndet. Uppdelningen mellan person och sjukdom kan även ses passa in i tidigare nämnda dikotomi, där det lägre värderade kvinnliga kopplas till passivitet och det högre värderade manliga kopplas samman med aktivitet. Patienten tillskrivs på så vis det passiva kvinnliga, medan sjukdomen får det manligas aktiva karaktär.

Under samma tema framkom att diagnoskriterier för psykiska tillstånd konceptualiserades som konstanta och åtskiljbara i riktlinjerna. Föreställningen om att det går att ställa en “korrekt” depressionsdiagnos vilar på ett positivistiskt grundantagande (David & Sutton, 2016) där diagnosen utgörs av ett antal förutbestämda, observerbara och mätbara symtom. Utifrån föreställningen att diagnosen är objektivt mätbar, blir diagnostiken enklare ju bättre och mer precisa mätinstrument vårdpersonalen har. Det är dock allmänt känt att de diagnostiska kategorierna har förändrats över tid och att gränserna dem emellan i många fall är godtyckliga. Fried (2017) har exempelvis visat på den låga överensstämmelsen i symtom mellan sju olika depressionsskalor. First (2005) lyfte att komorbiditet inom psykiatrin främst inte handlar om förekomsten av multipla sjukdomar eller funktionsnedsättningar, utan snarare om att enskilda diagnoser inte i tillräcklig utsträckning kan förklara alla symtom hos en individ.

Gränserna för depression i riktlinjerna kan tänkas få konsekvenser för de subjekt som inte låter sig passas in i den diagnostiska mallen, eftersom en specifik förståelse av depression stänger ute andra uttryck. Lee med kollegor (2007) konstaterade i en etnografisk studie av personer med depression i Guangzhou i Kina att instrument utformade i väst inte fångar kulturellt färgade uttryck för depression, och att det finns en risk att dessa uttryck avskrivs som “atypiska eller metaforiska” (Lee et al., 2007, s. 7). I fokusgruppen utmanade deltagarna delvis förståelsen av diagnosen som avgörande för behandlingsarbetet, genom att framhålla att behandling går att inleda utan en diagnos, och att behandlingen i sig kan vara det som leder till en ökad förståelse. Deltagarna nämnde också att deras patienter många gånger uppfyller flera diagnoser, vilket fungerade som ett ifrågasättande av diagnosers generella relevans för behandlare. Att deltagarna kunde utmana riktlinjernas representationer av diagnostikens oumbärlighet, talar för att representationerna är del av en diskurs som är omstridd och inte helt äger tolkningsföreträde. Vi tänker att ett bredare förhållningssätt till diagnosens betydelse för behandlingen i bästa fall kan leda till att fler uttryck för depressivt lidande inkluderas.

Ytterligare ett resultat som framkom av diskursanalysen var representationen att depression går att bota genom rätt och effektiv behandling. I fokusgruppen utmanades och nyanserades riktlinjernas representation på olika sätt. Bland annat lyftes det att behandlingar behöver vara individanpassade, eftersom verklighetens patienter inte alltid passar i den

evidensbaserade mallen. Det lyftes också att fler borde tillfriskna fortare om det fanns "rätt" och "effektiv" behandling. I diskussionen kring effektivitet använde sig deltagarna av ett språk som rörde sig inom en diskurs om resurseffektivitet, för att därigenom kunna uttrycka andra synsätt än riktlinjernas, vilket visar på diskursens befästa ställning. En sådan diskurs kan härledas till nyliberala ideal och former av styrning (Foucault, 2008).

Riktlinjernas "krav" på effektivitet kan tänkas gå ut över patienten som förväntas bli frisk och fungerande när denne får "rätt" behandling. Vi kan tänka oss att de patienter, vars behandlingar inte ger effektiva resultat, riskerar negativa effekter, exempelvis i form av avbruten vård eller indragen sjukersättning, såväl som en negativ upplevelse av sig själva. Det bakomliggande antagandet att människor *kan* klara av krav som ställs på dem utifrån, får följden att de *måste kunna* klara av dem. Subjektspositionen "den botbara patienten" kan tänkas utestänga personer som inte tillfrisknar. Tolkningen stöds av vad som framkom i fokusgruppsamtalet där en av deltagarna i fokusgruppen lyfte att svårbehandlade patienter riskerar att sållas bort genom effektiviseringar i behandlingsarbetet; de personer som kan sägas vara i störst behov av vård.

En annan representation som vi såg i riktlinjerna var att depressionens inverkan på personen i form av passivitet och instabilitet kräver en aktiv och övervakande vård. Den deprimerade patienten blev i riktlinjerna positionerad som passiv på så vis att depression är något som drabbar patienten och göra den till osjälvständig och icke-fungerande. Patienten kan inte ta hand om sig själv och ses som opålitlig. I fokusgruppen nyanserades synen på den deprimerade patienten något. Patienten beskrevs som mer kapabel att redogöra för sig själv och sin situation, men ändå i behov av översyn av både vård och anhöriga.

En möjlig effekt av subjektspositionen "den opålitliga patienten" är att patienten förstås som oförmögen, oavsett dennes egentliga funktionsförmåga eller förmåga att redogöra för sin egen situation. I och med att subjekten måste stå i dialog med den rådande diskursen för att vara begripliga, kan förståelsen tänkas bli något som patienten måste förhålla sig till och navigera utefter, exempelvis genom att försöka framstå som kapabel och pålitlig. En sådan förståelse kan även bidra till att patienten får minskad tilltro till sig själv och sin egen förmåga. Om deprimerade personer istället erbjöds andra subjektspositioner skulle det kunna utjämna maktobalansen mellan vårdgivare och patient. Den psykodynamiska teorin erbjuder en möjlig alternativ förståelse av en aktiv patient, där patientens symtom inte förstås som en brist, utan som agens (Eriksson, 2020). Depression har också tolkats som en förskjutning av ilska, som personen av någon anledning inte kunnat uttrycka på annat sätt än att rikta den inåt (jfr Freud, 1997; McWilliams, 2015). Depressiva symtom ses således inte som uttryck för en sjukdom, utan som en inre olöst konflikt, där den psykoterapeutiska relationen kan vara hjälpsam (McWilliams, 2015).

Metodologiska begränsningar

Kunskapen som blivit till som följd av vår uppsats har sina begränsningar. Socialkonstruktivistisk kunskap lägger tyngd vid kunskapens sammanhang och tillblivande (Boréus & Bergström, 2018), något som till skillnad från annan slags kunskap inte på samma vis låter sig omsättas i mätbara termer. Diskursanalysens syfte är inte att definiera kunskap och sanning som rätt eller fel, utan att undersöka vad som utestängs genom diskursiva praktiker. Det följer på den teoretiska förståelsen att detta inte låter sig göras uttömmande.

Som del i skapandet av uppsatsen har vi oundvikligen påverkat uppsatsens riktning och kunskapens form. Eftersom båda författarna har liknande teoretisk bakgrund och perspektiv kan det ha utgjort en begränsning i vad som varit möjligt för oss att se i materialet. Förutsatt att vi hade haft en annan bredd i förförståelse hade resultaten kunnat komma att se annorlunda

ut. För att genomföra en diskursanalys som besvarar alla frågorna i vår valda metod hade det krävts både mer tid och utrymme. De begränsningar i tid och omfattning som vi behövt förhålla oss till har lett till avväganden och avgränsningar, som med all säkerhet har uteslutit vissa resultat och tolkningar till förmån för andra.

I syfte att göra fokusgruppsamtalet relevant för studiens syfte utformade vi en intervjuguide som utgick ifrån valda utdrag ur riktlinjerna. Vi är medvetna om att det påverkat och begränsat vad som diskuterats i fokusgruppsamtalet och att andra utdrag eller frågor hade kunnat generera annan information.

Vår position som psykologstudenter och blivande psykologer kan ha påverkat vad som sagts i fokusgruppsamtalet och på vilket sätt. Eftersom samtliga deltagare var yrkesverksamma psykologer kan det ha medfört ett antagande om att vi har viss delad kunskap, vilket kan ha påverkat samtalets utformning. Samtalet hade kanske förts på ett annat sätt om gruppen bestått av fler professioner. En annan aspekt är att deltagarna i studien var yrkesverksamma inom samma geografiska område. Det kan ha gjort att vissa åsikter hållits tillbaka eller förmedlats på ett mildare vis i syfte att inte riskera sociala eller professionella konsekvenser.

Slutsatser och förslag på framtida forskning

För vidare forskning vore det av intresse att intervjua personer som fått en depressionsdiagnos, för att undersöka hur de förhåller sig till eller tänker kring hur riktlinjerna är skrivna. Det vore också intressant att genomföra fokusgruppsamtal med andra professioner, för att få en bredd i perspektiv. I vår uppsats har vi utgått från det Socialstyrelsen skriver om riktlinjernas påverkan på den vård som ska vara möjlig att ge i landets regioner. Därför hade det varit intressant att undersöka vilken påverkan som riktlinjerna har haft på klinikers arbete sedan införandet, för att se vilka slags effekter de faktiskt fått.

Avslutningsvis vill vi framhålla vikten av att fortsätta undersöka den typ av policydokument som riktlinjerna utgör, eftersom de problemrepresentationer som förekommer explicit och implicit kan få reella och kännbara konsekvenser. I riktlinjerna såg vi representationer av depression och av deprimerade patienter som kan tänkas bidra till att dra upp gränser mellan “normalt” och “avvikande”, forma vilken vård som blir möjlig samt påverka subjektens upplevelse av sig själva och vilka roller de tillåts inta för att vara “begripliga”. Samtidigt såg vi i fokusgruppsamtalet att den kunskap som framställs som sann i riktlinjerna också går att utmana, vilket påminner om att diskurser är i ständigt görande och att representationerna av depression kan komma att förändras. Det ingjuter hopp om att deprimerade personer kan tillåtas bredare subjektspositioner som möjliggör andra roller och identiteter som inte klassas som “fel” och avvikande. Därigenom kan det “normala” breddas, vilket skulle möjliggöra en mångfald av sätt att vara på.

Referenser

1177 Vårdguiden. (2021, 7 december) *Depression.* Hämtad 2021-12-10, från https://www.1177.se/sjukdomar--besvar/psykiska-sjukdomar-och-besvar/depression/depression/#section-15407

Amundsen Nissen-Lie, H., Broberg, A., Gustafsson, P., Hau, A., Holmqvist, R., Høglend, P., Johansson, H., Jørgensen, C. R., Leiman, M., Lorentzen, S., Philips, B., Poulsen, S., Rønnestad, H., Sandahl, C., Sandell, R., Varvin, S. & Wilberg, T. (2017, 17 januari). *Enfaldiga riktlinjer för behandling av depression*. Dagens Nyheter. https://www.dn.se/debatt/enfaldiga-riktlinjer-for-behandling-av-depression/

American Psychological Association. (2021, augusti). *Disability*. Hämtad 2022-01-13, från https://apastyle.apa.org/style-grammar-guidelines/bias-free-language/disability
Bacchi, C. L. (2009). *Analysing policy: What's the problem represented to be?*. Pearson.
Bacchi, C. L., & Bonham, J. (2014). Reclaiming discursive practices as an analytic focus: Political implications. *Foucault Studies* (Vol. 17, s. 173-192).
Bauman, Z. (2001). *The individualized society*. Polity Press.
Bergenheim, Å (1997). Den aktive mannen och den passiva kvinnan – föreställningar kring kön och makt i historien. I SOU 1997:113. *Mot halva makten – elva historiska essäer om kvinnors strategier och mäns motstånd.* https://www.regeringen.se/49b70f/contentassets/e200350d3c534158babf8c11b31df602/mot-halva-makten---elva-historiska-essaer-om-kvinnors-strategier-och-mans-motstand-sou-1997113
Boardman, F., Griffiths, F., Kokanovic, R., Potiriadis, M., Dowrick, C., & Gunn, J. (2011). Resilience as a response to the stigma of depression: A mixed methods analysis. *Journal of Affective Disorders, 135*(1), 267-276.
Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research. A practical guide for beginners*. SAGE Publications.
Bäärnhielm, S. (2014). *Transkulturell psykiatri*. Natur & Kultur.
Chowdhury, N. (2020). Practicing the ideal depressed self: Young professional women's accounts of managing depression. *Qualitative Health Research, 30*(9), 1349-1361. http://dx.doi.org/10.1177/1049732320917929
Crowe M. (2000). Constructing normality: a discourse analysis of the DSM-IV. *Journal of psychiatric and mental health nursing, 7*(1), 69–77. https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2000.00261.x
David, M. & Sutton, C.D. (2016). *Samhällsvetenskaplig metod*. (första upplagan). Studentlitteratur.
Eriksson, J. (2020). *Psykoanalysens filosofi*. Tankekraft Förlag.
Fielding, N.G., Lee, R.M., Blank, G. (2017). *The SAGE Handbook of Online Research Methods*. SAGE.
First, M. B. (2005). Mutually exclusive versus co-occurring diagnostic categories: The challenge of diagnostic comorbidity. *Psychopathology, 38*(4), 206-210. http://dx.doi.org/10.1159/000086093
Folkhälsomyndigheten. (2021, 2 juni). *Statistik psykisk hälsa*. Hämtad 2021-11-15, från https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/
Foucault, M. (1988). *Madness and Civilization*. Vintage.
Foucault, M., & Senellart, M. (2008). *The birth of biopolitics: Lectures at the Collége de France, 1978-1979*. Palgrave Macmillan.
Freud, S. (1997). Sorg och melankoli. *Divan, 1/1997, 4-17.*
Fullagar, S., & O'Brien, W. (2013). Problematizing the neurochemical subject of anti-depressant treatment: The limits of biomedical responses to women's emotional distress. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine, 17*(1), 57-74. http://dx.doi.org/10.1177/1363459312447255
Granberg, L. (2017, 22 mars). *Socialstyrelsen använder dubbla måttstockar vid värdering av forskning*. Psykodynamiskt forum. https://psykodynamisktforum.se/socialstyrelsen-anvander-dubbla-mattstockar-vid-vardering-av-forskning/
Haraway, D. (1988). Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies, 14*(3), 575–599. https://doi.org/10.2307/3178066

Jansson, Å. (2021). *From Melancholia to Depression: Disordered Mood in Nineteenth-Century Psychiatry*. Palgrave Macmillan.
Johannisson, K. (2009). *Melankoliska rum: om ångest, leda och sårbarhet i förfluten tid och nutid*. Bonnier.
Johansson, E. E., Bengs, C., Danielsson, U., Lehti, A., & Hammarström, A. (2009). Gaps between patients, media, and academic medicine in discourses on gender and depression: A metasynthesis. *Qualitative Health Research, 19*(5), 633-644. http://dx.doi.org/10.1177/1049732309333920
Justitieombudsmannen. (2020). *Uttalanden om saklighet och opartiskhet i Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom* (dnr 4141-2018). https://www.jo.se/PageFiles/15748/4141-2018.pdf
Kokanovic, R., Bendelow, G., & Philip, B. (2013). Depression: The ambivalence of diagnosis. *Sociology of Health & Illness, 35*(3), 377-390. http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9566.2012.01486.x
Kroska, A., & Harkness, S. K. (2008). Exploring the role of diagnosis in the modified labeling theory of mental health. *Social Psychology Quarterly, 71*(2), 193-208. http://dx.doi.org/10.1177/019027250807100207
LaFrance, M. N. (2007). A bitter pill: A discursive analysis of women's medicalized accounts of depression. *Journal of Health Psychology, 12*(1), 127-140. http://dx.doi.org/10.1177/1359105307071746
Lee, D. T. S., Kleinman, J., & Kleinman, A. (2007). Rethinking Depression: An Ethnographic Study of the Experiences of Depression Among Chinese. *Harvard Review of Psychiatry, 15*(1), 1-8. http://dx.doi.org/10.1080/10673220601183915
MacKay, J. M., & Rutherford, A. (2012). Feminist women's accounts of depression. Affilia: Journal of Women & Social Work, 27(2), 180-189. http://dx.doi.org/10.1177/0886109912443959
Mattsson, T. (2010). *Intersektionalitet i socialt arbete: teori, reflektion och praxis*. (första upplagan). Gleerup.
McWilliams, N. (2015). *Psykoanalytisk diagnostik: att förstå personlighetsstruktur*. Wahlström & Widstrand.
Martell, C.R., Dimidjian, S. & Herman-Dunn, R. (2013). *Beteendeaktivering vid depression: en handbok för terapeuter*. (första upplagan). Studentlitteratur.
Parker, I. (2015). *Psychology After Discourse Analysis. Concepts, Methods, Critique.* Routledge.
Parys, M. (2014, 21-25 juli). *Introduction to mental illness in Ancient Mesopotamia* [konferenspresentation]. Rencontre Assyriologique Internationale (RAI), Warsawa, Polen. https://doi.org/10.13140/2.1.4830.1443
Petersen, A., & Madsen, O. (2017). Depression: Diagnosis and suffering as process. *Nordic Psychology, 69*(1), 19-32.
Prop. 1996/97:60. *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*. Stockholm. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/proposition/prioriteringar-inom-halso--och-sjukvarden_GK0360
Reskin, B.F. (1988). Bringing the men back in: sex differentiation and the devaluation of women's work. *Gender & society*. (2(1988):1, s. 58-81).
Rogers-Vaughn, B. (2014). Blessed are those who mourn: Depression as political resistance. *Pastoral Psychology, 63*(4), 503-522. http://dx.doi.org/10.1007/s11089-013-0576-y
Shenal, B. V., Harrison, D. W., & Demaree, H. A. (2003). The neuropsychology of depression: A literature review and preliminary model. *Neuropsychology Review, 13*(1), 33-42. http://dx.doi.org/10.1023/A:1022300622902

Socialstyrelsen. (2021). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning.* https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2021-4-7339.pdf

Socialstyrelsen. (2013). *Vad är nationella riktlinjer?* [Elektronisk resurs]. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2013-9-17.pdf

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed_VR_2017.pdf

Världshälsoorganistationen. (2021, 13 september). *Depression.* https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression

Willig, C. (2013). *Introducing Qualitative Research in Psychology*. (3. uppl.). Open University Press.

Yardley, L. (2000). Dilemmas in qualitative health research. *Psychology & Health*, *15*(2), 215-228.

Yle. (2015a, 16 november). *Berättelse 11: Jag har alltid haft en fasad*. https://svenska.yle.fi/a/7-1001692

Yle. (2015b, 15 november). *Berättelse 2: Från ett kolmörkt badrum till en upplyst sal*. https://svenska.yle.fi/a/7-998042

Zandén, J. (u.å). *Ingen ska behöva uppleva det vidriga mörkre*t. Hjärnfonden. Hämtad 2021-11-26, från https://www.hjarnfonden.se/ingen-ska-behova-uppleva-det-vidriga-morkret/#

Bilaga A

Intervjuguide

Socialstyrelsen ger med jämna mellanrum ut riktlinjer som syftar till att höja kvaliteten i hälso- och sjukvården genom att rätt åtgärd används för rätt patientgrupp. Riktlinjernas rekommendationer ska ge vägledning för beslut på gruppnivå i styrnings- och ledningsfrågor.

Dagens samtal om depression kommer att utgå ifrån utdrag från Socialstyrelsens riktlinjer för vård av depression och ångestsyndrom (2021), och vi är intresserade av att höra era tankar kring dem.

Vi vill börja med att fråga…

Hur förhåller man sig till Socialstyrelsens riktlinjer för vård av depression och ångestsyndrom på er arbetsplats?

På vilka sätt är riktlinjerna närvarande i den kliniska verksamheten?

- *I vilken utsträckning upplever ni er styrda av riktlinjerna?*
- *Följs riktlinjerna? Om inte, varför tror ni? Hur görs det annorlunda/skiljer sig?*
- *Behövs det riktlinjer?*

Vi kommer visa och läsa upp utdrag från riktlinjerna som vi tänker att samtalet kan utgå ifrån. Det är fyra olika grupper av utdrag som ni får tänka kring och diskutera. Här kommer första gruppen av utdrag.

Utdrag från riktlinjerna

1. "Depression och ångestsyndrom tillhör de stora folksjukdomarna och drabbar människor i alla åldrar." (Socialstyrelsen, 2021, s.16).

   "[Ä]ven vid mindre allvarlighetsgrad innebär tillståndet [depression] ofta att personen får försämrad livskvalitet och svårigheter att klara såväl vardag som arbetsliv" (Socialstyrelsen, 2021, s.16).

   "Personens funktionsförmåga och livskvalitet är kraftigt nedsatt [vid svår egentlig depression] – i vissa fall obefintlig – vilket medför mycket stora svårigheter att klara vardagslivet och dagliga aktiviteter" (Socialstyrelsen, 2021, s.86).

   - *Vad väcker det här för tankar hos er?*
   - *Vad får ni för bild av depression?*
   - *Stämmer det med er egen bild?*
   - *Har ni andra sätt att förstå depression?*

2. "En snabb och korrekt diagnos är en förutsättning för en god vård, och den diagnostiska processen behöver förbättras" (Socialstyrelsen, 2021, s.18).

"Personer med depression [//] som inte får rätt behandling i tid riskerar en försämrad funktionsförmåga, långvarig sjukdom och återinsjuknande" (Socialstyrelsen, 2021, s.7).

"Målet med all behandling vid depression [//] är att personen ska tillfriskna och återfå en god funktionsnivå. Det innebär inte bara frihet från symtom utan också återgång till exempelvis skola eller arbete samt återvunnen social funktion och livskvalitet" (Socialstyrelsen, 2021, s.17).

- *Vad väcker det här för tankar hos er?*
- *Går det att ställa korrekt diagnos?*
- *Finns det rätt behandling?*
- *Hur ser man på behandling av depression på er arbetsplats?*

3. "I kartläggningen ingår också att identifiera om personen har eller har haft suicidtankar, suicidplaner, självskadebeteende eller andra tecken på instabilitet. Dessutom ingår det att kartlägga personens livssituation, funktionsnivå och sociala nätverk" (Socialstyrelsen, 2021, s.25).

"Ibland kan det vara aktuellt för hälso- och sjukvården att även involvera närstående och arbetsgivare eller skolan för att få en mer fullständig bild av patientens funktionsnivå eller nuvarande psykosociala situation" (Socialstyrelsen, 2021, s.17).

- *Vad väcker det här för tankar hos er?*
- *Vad får ni för bild av den deprimerade patienten?*
- *Hur är den i förhållande till den ni har av era patienter?*
- *Hur ser man på deprimerade patienter på er arbetsplats?*

4. "Rekommendationer om förebyggande åtgärder och till exempel levnadsvanor får ofta stå tillbaka för rekommendationer som gäller redan sjukdomsdrabbade personer. Samtidigt finns det mycket att vinna på både förebyggande och tidiga insatser, så det är inte resurseffektivt att vänta tills människor blir allvarligt sjuka och då prioritera dem högt" (Socialstyrelsen, 2021, s.69)

- *Vad väcker det här för tankar hos er?*
- *Vad tänker ni kring deras förslag på prioritering? (Mycket att vinna, resurseffektivitet, etiska frågeställningar)*
- *Vad tänker ni själva kring resurseffektivitet i vården av personer med depression?*

Avslutande kommentarer? Något vi inte frågat om?