

Alder som hindring for psykologisk behandling



Ida Anette Bjørk
Alderspsykiatrisk poliklinikk, Oslo universitetssykehus
idanbj@ous-hf.no

Forfatteren har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter?

Eldre får like god hjelp av behandling for depresjon som yngre – likevel nedprioriteres hjelpen.



Illustrasjon: Kristian Utrimark

Aldring forbindes med tapsopplevelser. Etter hvert som vi blir eldre, opplever vi tap av tilknytning til arbeidslivet, tap av funksjon og helse, og tap av nærstående, venner eller ektefelle. Skal tap av rett til psykologisk behandling også være en av de forventede tapsopplevelsene når vi blir eldre?

Underbehandlet depresjon

Tap kan resultere i depresjon som trenger behandling. Med en ettårsprevalens på 10 % hos den voksne befolkningen i Norge (Folkehelseinstituttet [FHI], 2018) er depresjon et

betydelig folkehelseproblem. Depresjon hos eldre personer (> 65 år) regnes i tillegg både som underdiagnostisert og underbehandlet (Engedal, 2025). Mangelen på behandling av eldre med depresjon er en fagetisk problemstilling som berører rettferdighetsprinsippet. Med økende alder kan vi altså risikere å oppleve strukturell diskriminering i behandlingsapparatet og hindres i å få et likeverdig tilbud. Hvorfor eldre er underrepresentert i behandlingsapparatet, er ikke helt kjent, men færre henvisninger av eldre til psykiske helsetjenester kan være en av forklaringene. En annen kan være en økt tendens til avslag fra tjenestene.



Alder i rettighetsvurderinger

Dersom vi legger til grunn at eldre i større grad enn yngre risikerer avslag når de først henvises, hva kan årsakene være? Det kan handle om prioritering. Befolkningens behov for helsetjenester er økende, parallelt med økningen i andelen eldre. Begrensninger i økonomiske ressurser og personellressurser fører til at tjenestene må vurdere og prioritere, som innebærer å velge ut hvem, hva, hvordan og når vi skal behandle, på en mest mulig rettferdig måte (Miljeteig & Tranvåg, 2025). Vurderingene skal bygge på norsk helsevesens verdier, og innebærer en samlet vurdering av alvorlighetsgrad, nytte og ressursbruk (Helsedirektoratet, 2024). I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 2–2 andre ledd skal pasienter med helsefaglig vurdert behov for hjelp fra spesialisthelsetjenesten gis rett til hjelp, dersom man forventer at hjelpen vil nytte, og ressursbruken er proporsjonal med forventet nytte (Helsedirektoratet, 2024). Prioriteringsveilederen angir at alder i seg selv ikke er et relevant kriterium for vurdering av rett til hjelp, men alder kan indirekte påvirke vurderingen av alvorlighetsgrad og nytte (Helsedirektoratet, 2024). Prioriteringene innebærer altså at eldre som yngre kan oppleve å få avslag, og det kan ligge grundige vurderinger bak avslagene.

Vurderingskriterier for helsehjelp

Nyttekriteriet angir at et tiltak skal prioriteres ved «økt sannsynlighet for overlevelse eller redusert funksjonstap, fysisk eller psykisk funksjonsforbedring, forbedring eller redusert tap av mestring, eller reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag» (Miljeteig & Tranvåg, 2025, s. 183). Alvorlighetskriteriet handler om «risiko for død eller funksjonstap, grad av fysisk og psykisk funksjonstap og grad av smerter, tap av mestring samt fysisk eller psykisk ubehag» (Miljeteig & Tranvåg, 2025, s. 183). Ressurskriteriet tilsier prioritering av tiltak som krever færre ressurser, og sentralt her er at hverken ressurskriteriet eller de to andre skal brukes alene, men vurderes opp mot hverandre. Til tross for disse felles kriteriene vil vurderingene alltid være nettopp vurderinger, noe som innebærer at de blant annet kan påvirkes av våre bevisste eller ubevisste holdninger (som f.eks. alderisme), antagelser, erfaringer og konteksten vurderingen foregår i.

Hva er mest nyttig?

I et nytteetisk perspektiv er man opptatt av å skape størst mulig samlet nytte for flest mulig, men samtidig kan vi ha ulike oppfatninger av hva vi legger i «nytte» (Sagdahl, u.å.).

Implisitte fordommer knyttet til Eldres evne til å nyttiggjøre seg behandling, som at det er vanskeligere å jobbe med endring i eldre år, og at vi kan forvente dårligere respons, kan være en påvirkningsfaktor. Slike fordommer kan gjenspeile et behov for økt eldrepsykologisk kunnskap i

behandlingsapparatet og viser manglende kjennskap til forskning som tyder på at psykoterapi for depresjon kan fungere like godt for eldre som for yngre voksne (Cuijpers et al., 2020).



Kvalitetsjusterte leveår (QALY; Quality-Adjusted Life Years) er en modell som kombinerer målene livskvalitet og levetid for å si noe om hvor lenge og hvor godt vi lever (Miljeteig & Tranvåg, 2025). Dersom vi legger for stor vekt på dette i forbindelse med vurderinger av helsehjelp, kan det indirekte føre til aldersdiskriminering. Hvis en person på 40 år og en på 80 oppnår like god effekt av en behandling, vil 40-åringen sannsynligvis ha flere kvalitetsjusterte leveår igjen sammenlignet med 80-åringen. Slik sett kan man tenke at det å prioritere ut fra alder, for eksempel å nedprioritere eldre med depresjon, vil være mest gunstig.

Vurderinger kan også være farget av holdninger knyttet til samfunnsnytte, at man prioriterer yngre som sannsynligvis kan bidra mer til samfunnet gjennom for eksempel yrkesdeltakelse – til tross for at veilederen sier at arbeidsevne eller produktivitet *ikke* skal legges til grunn ved rettighetsvurderinger (Helsedirektoratet, 2024).

Verdien i å prioritere eldre

Med økende alder øker sannsynligheten for kompliserende faktorer som kan føre til høyere ressursbruk og redusert nytte av behandling. Samtidig øker også risikoen for å utvikle mer alvorlige lidelser. Depresjon hos eldre er forbundet med blant annet økt risiko for somatisk sykdom som kardiovaskulær sykdom (Wei et al., 2019) og demens (Kessing & Nilsson, 2003).

I tillegg til åpenbare personlige tap kan vi også forvente økte kostnader til somatisk helsehjelp for eldre med *ubehandlet* psykisk lidelse (Simon et al., 2023), og det er åpenbart at vi som eldre med godt behandlet psykisk lidelse lettere kan stå i de ulike tapsopplevelsene som naturlig følger med livsfasen. Slik sett kan man argumentere for at nedprioritering av behandling av for eksempel depresjon hos eldre både handler om den enkeltes reduserte livskvalitet eller i verste fall tapte leveår grunnet fremskyndet død, og om negative samfunnskonsekvenser og helseøkonomiske konsekvenser på sikt, med økt ressursbruk på andre områder.

Helsedirektoratet (2019) viser til at rundt 100 000 eldre i Norge tilfredsstillere kriteriene for depresjon, 30–40 % av dem i alvorlig grad, og påpeker i nasjonale faglige råd for psykiske lidelser hos eldre at vi skal unngå å vurdere psykisk lidelse hos gruppen som en normal del av aldringen i seg selv. Slike former for misattribusjon av symptomer til aldring kan trolig også påvirke rettighetsvurderinger. Prioriteringsveilederen for psykisk helsevern for voksne (Helsedirektoratet, 2015) understreker også at «behandling og tiltak som kan bedre livskvalitet, symptom- og funksjonsnivå til de eldste, skal ikke begrenses på grunn av høy alder per se».

Når vi er kjent med at eldre kan oppnå like god effekt av psykoterapi for depresjon som yngre, mener jeg vi må tenke nøye over om det er riktig at bedret psykisk helse og økt livskvalitet hos en eldre person prioriteres lavere. Med kunnskap om at eldre, og særlig menn over 75 år, har en høy selvmordsrate i befolkningen (FHI, 2025), opplever jeg det som problematisk at vi likevel nedprioriterer hjelp til eldre. Jeg mener vi må se verdien i å forbedre livskvaliteten og funksjonen også i eldre år. Og at vi bør slippe å forberede oss på å klare oss selv i den delen av livet som innebærer flest tap.

Referanser



- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Eckshtain, D., Ng, M. Y., Corteselli, K. A., Noma, H., Quero, S. & Weisz, J. R. (2020). Psychotherapy for depression across different age groups: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77(7), 694–702. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0164>
- Engedal, K. (2025). Aldersdepresjon. I *Store medisinske leksikon*. <https://sml.snl.no/aldersdepresjon>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Psykisk helse i Norge* [Rapport]. <https://www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/>
- Folkehelseinstituttet. (2025). *Selvmord: Femårig tall* [Statistikk]. https://statistikk.fhi.no/nokkel/RTjn0fQXR57gZoLdQ8_aytzIW9fxort-UBkBVzGSsbl
- Helsedirektoratet. (2015). *Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for voksne*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-voksne>
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonale faglige råd for psykiske lidelser hos eldre*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/psykiske-lidelser-hos-eldre>
- Helsedirektoratet. (2024, 31. mai). *Om prioritering i pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/om-prioritering-i-pasient-og-brukerrettighetsloven-og-prioriteringsforskriften>
- Kessing, L. V. & Nilsson, F. M. (2003). Increased risk of developing dementia in patients with major affective disorders compared to patients with other medical illnesses. *Journal of Affective Disorders*, 73(3), 261–269. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00004-6](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00004-6)
- Miljeteig, I. & Tranvåg, E. (2025). Prioritering av helseressurser. I M. Magelssen, R. Førde, L. Lillemoen & R. Pedersen (Red.), *Etikk i helsetjenesten* (2. utg., s. 176–187). Gyldendal.
- Sagdahl, M. S. (u.å.). Utilitarisme. I *Store norske leksikon*. Hentet 2. mai 2026 fra <https://snl.no/utilitarisme>
- Simon, J., Wienand, D., Park, A.-L., Wippel, C., Mayer, S., Heilig, D., Laszewska, A., Stelzer, I., Goodwin, G. M. & McDaid, D. (2023). Excess resource use and costs of physical comorbidities in individuals with mental health disorders: A systematic literature review and meta-analysis. *European Neuropsychopharmacology*, 66, 14–27. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2022.10.001>
- Wei, J., Hou, R., Zhang, X., Xu, H., Xie, L., Chandrasekar, E. K. & Goodman, M. (2019). The association of late-life depression with all-cause and cardiovascular mortality among community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 215(2), 449–455. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.74>