
Forskjellsbehandling av pasienter med depresjon

KRONIKK

SABINE RUTHS

sabine.ruths@uib.no

Sabine Ruths er spesialist i allmenntmedisin og professor emerita ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen og Allmenntmedisinsk forskningsenhet, NORCE.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

INGER HAUKENES

Inger Haukenes er fysioterapeut og professor ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen og jobber som forsker I ved Arbeidsliv i NORCE.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

VALBORG BASTE

Valborg Baste er statistiker og jobber som forsker I ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin i NORCE.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ØYSTEIN HETLEVIK

Øystein Hetlevik er spesialist i allmenntmedisin og i samfunnsmedisin, jobber som fastlege og er professor ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

STONE SMITH-SIVERTSEN

Tone Smith-Sivertsen er ph.d., spesialist i allmennmedisin og i psykiatri og jobber som overlege i Divisjon psykisk helsevern, Helse Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

HEIDI MARIE MELING

Heidi Marie Meling er ph.d. og jobber som forsker III ved Helse og samfunn i NORCE. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

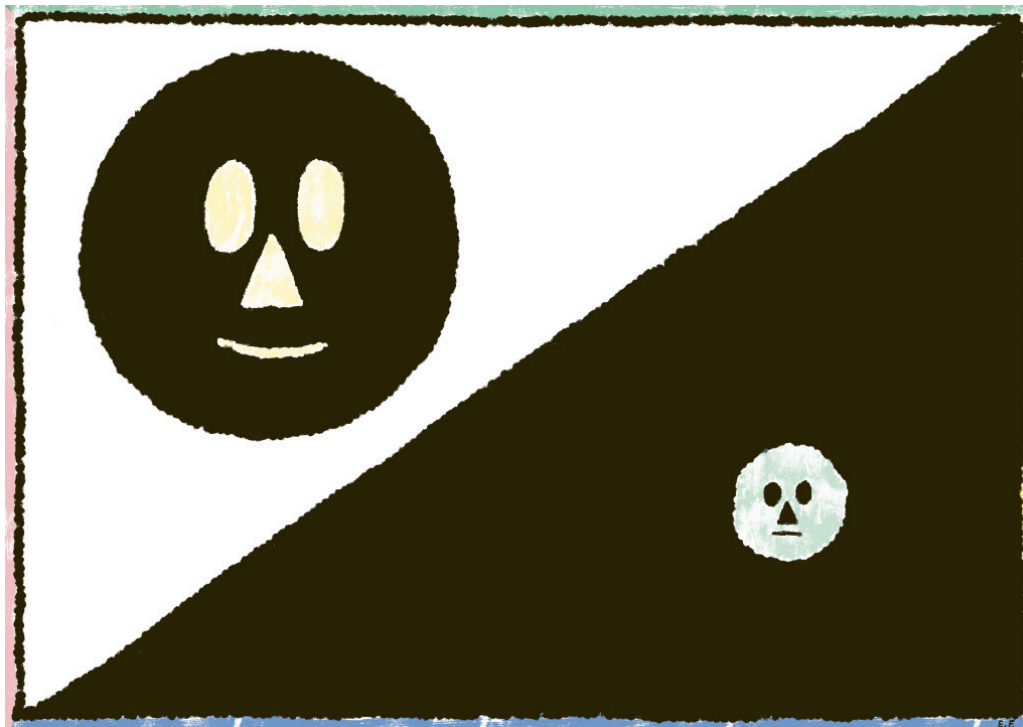
SHARLINE RIISER

Sharline Riiser er spesialist i allmennmedisin, jobber som fastlege ved Sogndal legesenter og er førsteamanuensis ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANNELI BORGE HANSEN

Anneli Borge Hansen er spesialist i allmennmedisin og jobber som forsker III ved Allmennmedisinsk forskningsenhet i NORCE. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Behandling av depresjon i allmennpraksis avhenger av pasientens utdanning og alder. Dette bidrar til å opprettholde helseforskjeller i befolkningen.



Illustrasjon: Espen Friberg

Om lag én av ti personer i Norge vil utvikle en depressiv lidelse i løpet av et år. Kvinner, eldre og personer med lav sosioøkonomisk status har økt risiko (1). Depresjon er den vanligste kontaktårsaken i allmennpraksis når det gjelder psykiske helseproblemer, og fastlegen spiller en viktig rolle i depresjonsomsorgen (2).

Mer kompetanse, mer hjelp

I tråd med nasjonale føringer skal helsevesenet gi likeverdig behandling til alle og dermed bidra til å redusere helseforskjeller i befolkningen (3). Paradoksalt nok viser det seg å være krevende å gi mest helsehjelp til dem som trenger det mest, noe *the inverse care law* påpekte allerede for over 50 år siden (4). Hvorvidt fastlegeordningen har vært i stand til å gi mest til dem med størst behov, ble undersøkt i et forskningsprosjekt basert på koblete data fra nasjonale befolknings- og helseregistre for personer i alderen 18 år og eldre i perioden 2008–16 (5).

«Funnene indikerer en systematisk forskjellsbehandling basert på utdanningsnivå og alder. Hvis den norske fastlegeordningen ikke er unntatt fra the inverse care law, er det sannsynlig at de som har mest, får det bedre på bekostning av dem som har minst»

Blant voksne pasienter med en ny depresjonsepisode får omtrent halvparten samtaleterapi, og én av tre får antidepressiver (6–8). Høyt utdannede kvinner mottar likevel antidepressiver sjeldnere enn kvinner med lavere utdanning (6), og lavt utdannede pasienter, uavhengig av kjønn, får samtaleterapi sjeldnere enn høyt utdannede pasienter (8). Det er også aldersforskjeller i behandlingen,

der eldre pasienter får antidepressiver oftere og samtaleterapi sjeldnere sammenlignet med middelaldrende pasienter (6–8). Disse funnene indikerer en systematisk forskjellsbehandling basert på utdanningsnivå og alder. Hvis den norske fastlegeordningen ikke er unntatt fra *the inverse care law*, er det sannsynlig at de som har mest, får det bedre på bekostning av dem som har minst. Interessant nok har man ikke sett utdanningsgradient i bruk av antidepressiver blant menn (8).

Sosiodemografisk ulikhet

Det finnes flere mulige forklaringer på sosiale forskjeller i depresjonsbehandling i allmennpraksis. Pasienters helsekompetanse og preferanser kan være knyttet til utdanningsnivå og alder, og dette kan påvirke fastlegers behandlingsvalg. Helsekompetanse handler om å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon, og den er sterkere blant yngre og mer utdannede enn blant eldre og mindre utdannede (9). Fastlegers antakelser om en pasients helsekompetanse, basert på implisitte skjevheter og stereotypier, kan også påvirke behandlingsvalgene deres (10, 11). Høyt utdannede kvinner kan være mer informerte om de begrensede effektene og mulige bivirkningene av antidepressiver og derfor foretrekke samtaleterapi fremfor medikamentell behandling. De kan også være tryggere på å stå opp for sine egne helse- og behandlingsbehov og i større grad uttrykke denne preferansen. Siden det ikke er dokumentert at alvorlighetsgraden av depresjon varierer mellom utdanningsnivåer, kan høyt utdannede kvinner muligens bli underbehandlet med antidepressiver der det er indisert, mens lavere utdannede kvinner kan bli overbehandlet.

Uansett alder og kjønn foretrekker deprimerte pasienter psykologisk behandling fremfor antidepressiver (12). Siden deltakelse og eierskap til behandlingen øker sannsynligheten for et positivt utfall (13), bør dette være viktige momenter i fastlegens vurdering av behandlingsoalternativer.

«Utdannings- og aldersforskjeller i behandling for depresjon peker på systematisk ulikhet, noe som kan forverre helseforskjellene i befolkningen og ramme sårbare pasientgrupper, særlig eldre og personer med lav utdanning»

Hvis leger antar at eldre og lavt utdannede pasienter har mindre kapasitet til å følge eller dra nytte av samtaleterapi, kan de foretrekke legemiddelbehandling uten å undersøke hvorvidt antakelsen er berettiget. Det viser seg at samtaleterapi diskuteres i mindre grad med eldre enn med yngre pasienter (14). Behandling med antidepressiver hos eldre medfører imidlertid større risiko for bivirkninger og interaksjoner enn hos yngre, spesielt hos eldre med flere kroniske lidelser og samtidig bruk av flere medikamenter (15). Denne kunnskapen taler for *mindre* bruk av antidepressiver blant eldre enn

middelaldrende og yngre. Internasjonal litteratur viser til aldersdiskriminering eller *ageism* som en forklaring på negative holdninger og forskjellsbehandling av eldre (16).

Uberettiget sosial variasjon

Fastlegeordningen regnes som en vellykket offentlig tjeneste, der en kjerneverdi er likeverdig helsehjelp for alle innbyggere. Utdannings- og aldersforskjeller i behandling for depresjon peker imidlertid på systematisk ulikhet, noe som kan forverre helseforskjellene i befolkningen og ramme sårbare pasientgrupper, særlig eldre og personer med lav utdanning. Forskjellene er relevante på populasjonsnivå og viser at fastlegeordningen ikke oppfyller kjerneverdien om likeverdige helsetjenester. På systemnivå kan helsemyndighetene styrke nasjonale retningslinjer for eksplisitt å adressere sosiale forskjeller i anbefalinger for behandling av depresjon. I klinisk arbeid kan fastleger være mer bevisste på *the inverse care law* for i større grad å sikre likeverdig behandling av pasientene sine.

Forskningsprosjektet The Norwegian GP-DEP Study om depresjonsbehandling i allmennpraksis er i stor grad basert på diagnosekoder og takstbruk registrert av fastleger. Etersom diagnosesystemet er grovkornet, mangler det informasjon om alvorlighetsgraden av depresjon. En mer presis registrering av diagnoser kan gjøre slike registre mer nyttige og klinisk relevante og muligens bidra til å jevne ut forskjellene.

LITTERATUR

1. Folkehelseinstituttet. Psykisk helse i Norge. <https://www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/> Lest 19.2.2026.
2. Folkehelseinstituttet. Folkehelse rapporten 2022: psykiske plager og lidelser hos voksne. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/> Lest 19.2.2026.
3. Marmot M. The health gap: Doctors and the social determinants of health. *Scand J Public Health* 2017; 45: 686–93. [PubMed][CrossRef]
4. The Lancet. 50 years of the inverse care law. *Lancet* 2021; 397: 767. [PubMed][CrossRef]
5. NORCE. Depresjon i allmennpraksis. <https://www.norceresearch.no/prosjekter/depresjon-i-allmennpraksis> Lest 19.2.2026.
6. Hansen AB, Baste V, Hetlevik O et al. GPs' drug treatment for depression by patients' educational level: registry-based study. *BJGP Open* 2021; 5: BJGPO-2020-0122. [PubMed][CrossRef]
7. Ruths S, Haukenes I, Hetlevik Ø et al. Trends in treatment for patients with depression in general practice in Norway, 2009-2015: nationwide registry-

- based cohort study (The Norwegian GP-DEP Study). *BMC Health Serv Res* 2021; 21: 697. [PubMed][CrossRef]
8. Riiser S, Baste V, Haukenes I et al. Practice characteristics influencing variation in provision of depression care in general practice in Norway; a registry-based cohort study (The Norwegian GP-DEP study). *BMC Health Serv Res* 2022; 22: 1201. [PubMed][CrossRef]
 9. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health* 2015; 25: 1053–8. [PubMed][CrossRef]
 10. Brodney S, Fowler FJ, Stringfellow V et al. National survey of decision-making for antidepressants and educational level. *J Am Board Fam Med* 2020; 33: 80–90. [PubMed][CrossRef]
 11. Job C, Adenipekun B, Cleves A et al. Health professionals implicit bias of patients with low socioeconomic status (SES) and its effects on clinical decision-making: a scoping review. *BMJ Open* 2024; 14: e081723. [PubMed][CrossRef]
 12. McHugh RK, Whitton SW, Peckham AD et al. Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. *J Clin Psychiatry* 2013; 74: 595–602. [PubMed][CrossRef]
 13. Gelhorn HL, Sexton CC, Classi PM. Patient preferences for treatment of major depressive disorder and the impact on health outcomes: a systematic review. *Prim Care Companion CNS Disord* 2011; 13: PCC.11r01161. [PubMed][CrossRef]
 14. Laake JP, Parratt J, Majeed N. Improving Access to Psychological Therapies for older adults: auditing management of newly diagnosed mild and moderate depression in six general practices within the Birmingham and Solihull CCG. *Postgrad Med J* 2021; 97: 89–92. [PubMed][CrossRef]
 15. Coupland C, Dhiman P, Morriss R et al. Antidepressant use and risk of adverse outcomes in older people: population based cohort study. *BMJ* 2011; 343 (aug02 1): d4551. [PubMed][CrossRef]
 16. Teaster PB, Giwa AO. Ageism as a source of global mental health inequity. *AMA J Ethics* 2023; 25: E765–70. [PubMed][CrossRef]
-

Publisert: 7. mai 2026. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.26.0102
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 23. juni 2026.