
Aldersdiskriminering i koronaens tid

DEBATT

SIRI FÆRDEN WESTBYE

s.f.westbye@medisin.uio.no

Siri Færden Westbye er lege i spesialisering og stipendiat ved Senter for medisinsk etikk.

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

Samfunnstiltakene i begynnelsen av pandemien var viktige for å forhindre smitte, men de reiser også spørsmål om potensiell aldersdiskriminering. Ble vurderingene drevet mer av økonomiske og behandlingsfokusererte spørsmål enn av prinsippene om likebehandling og rettferdig prioritering?

Over et halvt år er gått siden pandemien startet. Både det kritiske refleksjonsarbeidet rundt det faglige grunnlaget, men også de etiske og juridiske beslutningsprosessene som lå til grunn for å stenge ned Norge, er begynt. Dette arbeidet er nyttig for fremtiden med tanke på en ikke usannsynlig ny epidemisituasjon. En åpen og ærlig evaluering av hva som skjedde da landet stengte ned, og av konsekvensene på ulike nivåer, kan lære oss om det vi klarte bra og det vi gjorde mindre godt. Det er allerede nå interessant å se at vi har hatt intensiv forskning på de handlingsrettede, faglige og økonomiske tiltakene, mens vi vet lite om det moralske og etiske grunnlaget for beslutningene. Det er også viktig å vurdere om det er samsvar mellom sentrale etiske prinsipper, organiseringen og retningslinjene for prioritering og fordelingen av helsehjelp under pandemien. Ikke minst er denne problemstillingen aktuell for den største gruppen vi hadde til hensikt å ivareta og beskytte: de eldre.

Uklar veiledning

«Pasienter i sykehjem som blir syke med koronaviruset, bør behandles i sykehjemmet og ikke innlegges på sykehus med mindre det er særlig tungtveiende grunner for at innleggelse på sykehus åpenbart vil forlenge livet

vesentlig og gi økt livskvalitet», sto det i Helsedirektoratets prioriteringsnotat 25. mars 2020 (1). Formuleringen reiser flere spørsmål: Hva er tungtveiende grunner når vi har begrensede muligheter for diagnostikk og avklaring? Hvordan skal man vurdere livskvalitet?

Tallrike undersøkelser viser at helsepersonell har en tendens til å systematisk undervurdere pasientens livsvilje (2). Man skal derfor være ytterst varsom med å basere beslutninger om behandlingsbegrensning på oppfatninger om at pasienten lever et liv som ikke er verdt å leve (3). Muntlige rapporter fra sykehus og sykehjem tyder på at prioriteringsnotatet ble tolket som at sykehjemsbeboere aldri skulle legges inn (4, 5). Allerede i april observerte fagmiljøene at sykehuspasientene var en god del yngre enn forventet. Dette utløste diskusjoner, og man begynte å spørre seg om sykehusene hadde selektert pasienter for strengt ut fra et føre var-prinsipp og frykt for at det kunne bli kritisk mangel på intensivkapasitet (6).

«Det er viktig å vurdere om det er samsvar mellom sentrale etiske prinsipper, organiseringen og retningslinjene for prioritering og fordelingen av helsehjelp under pandemien»

Da situasjonen stabiliserte seg på sykehusene og antallet innlagte koronapasienter gikk ned i mai, så vi at antallet som døde på institusjoner uten å ha fått sykehusbehandling, var sterkt økende (7). Oppsummerte tall fra Dødsårsaksregisteret viser at 58 % av dødsfallene knyttet til pandemien så langt har skjedd på sykehjem eller andre institusjoner (8). Dette stemmer overens med at fleste covid-19-assosierte dødsfallene har rammet gruppen over 70 år, med flest dødsfall blant de eldste (8). Knappt 40 % av registrerte dødsfall har skjedd på sykehus (8). Episenteret for pandemien har altså vært på kommunale institusjoner. Men det er ikke der man har satt inn den største innsatsen, til tross for en uttrykt bekymring og etter hvert også et eksplisitt opprop fra kommunene (9).

Det er interessant at medianalderen på rundt 60 år blant innlagte pasienter i Norge har endret seg lite i løpet av pandemien (10). På intensivavdelingene har bare 17 av 246 pasienter vært over 80 år, de fleste har vært i aldersgruppen 60–69 år. Det er også betenkelig at kommunehelsetjenesten har rapportert om at relativt friske eldre med *andre sykdommer enn covid-19* tidlig i pandemien ikke fikk enkle sykehusbehandlinger som for eksempel pustestøtte – behandlinger som de i en normalsituasjon ellers ville ha fått (11).

Ikke bare et medisinsk spørsmål

Sykehjemsbeboere har de samme juridiske rettighetene som alle andre i samfunnet og har krav på nødvendig og lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet (12), § 1.1 og § 2–1 a. og § 2–1b., hvor a. og b. må ses i sammenheng). Prioriteringskriteriene for spesialisthelsetjenesten – nytte, alvorlighet og ressurser – skal også gjelde for kommunehelsetjenesten (13), s. 12; (14), s. 10–11). Å forstå og anvende disse kriteriene innenfor kommunehelsetjenesten i en

krevenne tid ble utfordrende ((15)). Hvordan skulle man for eksempel anvende nyttekriteriet når man i utgangspunktet hadde lite forskning og kunnskap om hva som var nyttig? Ved underbemanning og/eller mangel på faglig kvalifisert helsepersonell kan «sykehjemspasient» farlig enkelt feiltolkes som et seleksjonskriterium i seg selv. Vi må ikke glemme at en kronologisk aldersgrense faktisk ble foreslått som selvstendig kriterium i et første utkast til prioriteringsveilederen fra Helsedirektoratet. Fagmiljøene var heldigvis raskt ute med å rette opp denne ubetenksomheten. Det er bred enighet om at *frailty*, som på norsk gjerne oversettes med *skrøpelighet*, bedre kan indikere sannsynlig manglende nytte av intensivbehandling (16).

Stereotypier og transparens

Er ikke kronologisk alder og sykehjemspasient to sider av samme sak? Den europeiske unions byrå for grunnleggende rettigheter (FRA) publiserte i juni en kunngjøring som viser at pandemien forsterket aldersrelaterte stereotypier (17). Krisen ga grobunn for en oppfatning av eldre mennesker som en belastning for samfunnet. Denne ble forsterket av den første presentasjonen av viruset som en fare for eldre mennesker, men ikke for yngre, og en generell klassifisering av eldre som «gamle og svake» (18).

Senter for medisinsk etikk ble i begynnelsen av pandemien kontaktet av pårørende som var bekymret fordi eldre hadde blitt spurt om å avstå fra livreddende og livsforlengende behandling. Det ble også rapportert om eldre pasienter med kroniske sykdommer som enkelt kunne fått hjelp, men som ikke ble henvist videre for å spare spesialisthelsetjenesten, og som døde.

«Ved underbemanning kan 'sykehjemspasient' farlig enkelt feiltolkes som et seleksjonskriterium i seg selv»

Tydelige retningslinjer for prioritering i helsevesenet er viktig. Men det er også viktig at disse kriteriene og retningslinjene er kjent og akseptert i befolkningen, noe leder av Prioriteringsutvalget, Ole Frithjof Norheim, understrekte i begynnelsen av epidemien (19). Ikke minst er det avgjørende at pasientene får være delaktige i beslutningene som angår dem (20). Hva var egentlig oppfatningene og interessene til de ulike partene forut for nedstengningen og prioriteringsutarbeidingen? Jeg mener det er grunn til å spørre om vurderingene ble drevet mer av økonomiske hensyn, nytte og handlingsrettede, behandlingsfokuserende spørsmål enn av å opprettholde idealet om likebehandling og rettferdig prioritering.

De eldre som deltakende part

Brukermedvirkning i helsetjenesten blir enda viktigere fremover, særlig for den eldre pasienten (21), s. 61 og 83–6). Eldre pasienter skal få muligheten til å delta som en likeverdig part i avgjørelser om egen helse, og deres verdier og

preferanser skal vektlegges ((22), s. 18; (23)). Dette er også i tråd med FNs mål for bærekraftig utvikling, spesielt mål nr. 3, 10 og 16 (24). Vi må finne en bedre balanse mellom fornuftige smittevern hensyn og god ivaretagelse av psykisk helse under pandemien, særlig fordi vi nå ser at situasjonen blir langvarig. Det er grunn til å spørre om langvarig isolasjon for den eldre befolkningen som helhet gjør mer skade enn nytte.

Beslutningsprosessene som angår sykehusinnleggelse fra sykehjemmene, kan sannsynligvis forbedres ved at det på forhånd legges føringer for behandlingsnivå ved akutt sykdom i samråd med den enkelte pasient og pårørende. Her er forhåndssamtaler en veldokumentert metode for å forberede behandlingen i tråd med pasientens ønsker. Senter for medisinsk etikk jobber nå med å implementere nettopp slike samtaler, også for hjemmeboende. Målet er å forbedre helsetjenesten for eldre pasienter ved å ivareta brukermedvirkning og pasientautonomi, styrke kommunikasjonen med helsepersonell, og unngå over- og underbehandling gjennom bærekraftige rutiner for planleggingen av behandling og omsorg.

LITTERATUR

1. Helsedirektoratet. Prioriteringsnotat 25. mars 2020: Prioritering av helsehjelp i Norge under covid-19-pandemien. Sykehjem, omsorgsbolig og hjemmetjenester. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/beredskap-og-krisehandtering/koronavirus/prioriteringsnotat-prioritering-av-helsehjelp-i-norge-under-covid-19-pandemien/kommunal-helse-og-omsorgstjeneste/sykehjem-omsorgsbolig-og-hjemmetjenester> Lest 30.9.2020.
2. Wyller TB. Hvem skal få dø i fred? Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 128: 2818. [PubMed]
3. Wyller TB. Geriatri, en medisinsk lærebok. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2020: 267.
4. Pressemelding. Også eldre koronapasienter må få behandling på sykehus. Oslo: Frp Oslo, Rødt Oslo og Helsepartiet, 2020. <https://helsepartiet.no/ogsa-eldre-koronapasienter-ma-fa-behandling-pa-sykehus-pressemelding-22-april> Lest 25.10.2020.
5. Paulsen HC. Etikk-ekspert: – Det var hull i korona-beredskapen for eldre. Vårt Land 28.9.2020. <https://www.vl.no/nyhet/etikk-ekspert-det-var-hull-i-korona-beredskapen-for-eldre-1.1779806> Lest 30.9.2020.
6. Skogstrøm L. Professor: – Gamle, men spreke pasienter bør ikke nektes intensivbehandling. Aftenposten 19.4.2020. <https://www.aftenposten.no/norge/i/xPkoXn/professor-gamle-men-spreke-pasienter-boer-ikke-nektes-intensivbehan> Lest 30.9.2020.
7. Folkehelseinstituttet. Statistikk om koronavirus og covid-19. <https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/corona/dags--og-ukerapporter/dags--og-ukerapporter-om-koronavirus/> Lest 27.10.2020.

8. Folkehelseinstituttet. Foreløpige tall for covid-19 assosierte dødsfall i Dødsårsaksregisteret. <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/forelopige-tall-for-covid-19-assosierte-dodsfall-i-dodsarsaksregisteret/> Lest 30.9.2020.
9. Opprop.net. Også de eldre med koronasykdom må få behandling på sykehus for koronasykdom. https://www.opprop.net/ogsa_de_eldre_med_koronasykdom_ma_fa_behandling_pa_sykehus_for_koronasykdom Lest 2.11.2020.
10. Folkehelseinstituttet. Ukesrapport for covid 19, uke 41, 2020. <https://www.fhi.no/contentassets/8a971e7b0a3c4a06bdbf381ab52e6157/vedlegg/andre-halvar-2020/2020.10.14-ukerapport-uke-41-covid-19.pdf> Lest 13.10.2020.
11. Heggstad AKT, Lereim-Sævareid TJ, Pedersen R et al. Ofrer vi de gamle? Dagbladet 22.4.2020. <https://www.dagbladet.no/kultur/ofrer-vi-de-gamle/72383679> Lest 30.9.2020.
12. LOV-1999-07-02-63. Lov om pasient- og brukerrettigheter. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven> Lest 2.11.2020.
13. Meld. St. 34 (2015–2016). Verdier i pasientens helsetjeneste — Melding om prioritering. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/> Lest 2.11.2020.
14. Det viktigste først: prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester. NOU 2018:16. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2018-16/id2622153/> Lest 2.11.2020.
15. Heggstad AK, Førde R, Pedersen R et al. Prioriteringsutfordringer i helse- og omsorgstjenesten i kommunene under covid-19-pandemien. Tidsskrift for omsorgsforskning 2020; 6: 1–5. [CrossRef]
16. Wyller TB. «Hvilekjær» i pandemien må brukes til bedre planlegging for de eldste. Tidsskr Nor Legeforen 2020; 140. doi: 10.4045/tidsskr.20.0325. [PubMed][CrossRef]
17. Coronavirus pandemic in the EU – Fundamental Rights implications: with a focus on older people. Bulletin # 3. Luxembourg: FRA – European Union Agency for Fundamental Rights, 2020. https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2020-coronavirus-pandemic-eu-bulletin-june_en.pdf Lest 30.9.2020.
18. Gossner C. Structural discrimination against elderly increased during COVID-19, says FRA study. Euractiv.de. <https://www.euractiv.com/section/non-discrimination/news/structural-discrimination-against-elderly-increased-during-covid-19-says-fra-study/> Lest 25.10.2020.

19. Norheim OF. Rangering av helsehjelp er en av de vanskeligste etiske utfordringene vi kjenner. Aftenposten 24.3.2020.
<https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/K3AyXM/rangering-av-helsehjelp-er-en-av-de-vanskeligste-etiske-utfordringene> Lest 30.9.2020.
 20. Storvik AG. Prioritering: – Må opprettholde idealet om likebehandling. Dagens medisin 20.3.2020.
<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/03/20/prioritering--ma-oppretholde-idealet-om-likebehandling/> Lest 30.9.2020.
 21. Magelssen M, Førde R, Lillemoen L et al. Etikk i helsetjenesten. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2020.
 22. Habermas J. Theory of Communicative Action. Oversatt av Thomas McCarthy. Boston, MA: Beacon Press, 1984.
 23. Meld. St. 10 (2012–2013). God kvalitet – trygge tjenester— Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/?ch=4> Lest 25.10.2020.
 24. FNs mål for bærekraftig utvikling fram mot 2030.
<https://sdgs.un.org/goals> Lest 25.10.2020.
-

Publisert: 14. desember 2020. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0783
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 15. februar 2026.