

Geriatrien i støpeskjeen

I dette nummeret har vi samlet et knippe artikler om geriatrike problemstillinger. Du kan lese om førerkort hos eldre, IT-løsninger på sykeheimer, behandling av ulike uro-tilstander hos eldre og hva du får ut av en MR caput av demente. Mest debatt vil det nok bli av artikkelen til Peter F. Hjort der han legger fram sin visjon for geriatrien i Norge i årene fremover. Hjort foreslår at vi innfører en grenspesialitet i allmennmedisin: Omsorgsgeriatrien. Denne spesialiteten tenker han seg som f.eks. et-års videreutdanning etter spesialiteten i allmennmedisin. Funksjonen skal være å dekke mellomrommet mellom fastlegen og sykehusgeriatren. Geografisk tenker han seg omsorgsgeriatren knyttet opp mot sykeheimene, men da i helt andre sykeheimer enn de vi har i dag. Selv om han ikke bruker ordet selv, synes jeg Hjorts visjoner minner om det vi kan kalle halvannenlinjetjeneste innen geriatrien der sykeheimspersonalet inklusive omsorgsgeriatren tar over mange av de funksjonene som i dag dekkes av lokalsykehusene.

Å tenke seg at allmennmedisinen skal splittes opp med grenspesialister vil provosere mange. Vi har i dag en nokså stor enighet om at primærlegen skal beherske alle aldergrupper, og at pasienten skal få beholde sin faste lege gjennom «hele livet» eller i alle fall så lenge det er praktisk mulig. Å innføre grenspesialitetsbegrepet i primærhelsetjenesten tror jeg fort vil pulverisere fastlegeordningen og ta livet av allmennmedisinen som den eneste generalisten norsk medisin har i dag. Vi ser jo allerede at pediaterne vil ha barna uten henvisningsplikt (i alle fall i de strøk av landet der pediaterne vil bo). Får de andre spesialistene også en fot innenfor, vil helhetsbegrepet i allmennmedisinen forsvinne som dugg for solen. Selv om Hjorts ide er at en omsorgsgeriater skal utgå fra spesialiteten i allmennmedisin, kan selve ideen om grenspesialisering bli den første spikeren i kista for vårt fagfelt.

Hjorts forslag sier lite om hvilken rolle lokalsykehusene bør ha i hans modell. I denne sammenhengen kan vi grovt sett dele Norge i to: de områdene (les: sentrale Østlandet og de store byene) der lokalsykehusene stadig mister, eller alt har mistet innhold, og sengeplasser. Så har vi resten av Norge der geografiske og demografiske forhold gjør at vi har små lokalsykehus som befolkningen heldigvis vet å kjempe hardt for å beholde. En kraftig opprustning av sykeheimene vil fort utarme de små lokalsykehusene som da vil lekke i to ender: de sykeste pasientene sendes til de store sentralsykehusene og de eldste legges ikke lenger inn fra sykeheimene. Befolkningen som helhet, og ikke minst de eldre, vil fort sitte igjen med Svarteper: Når sykeheimen må overlate behandlingen til annenlinjetjenesten kan kanskje lokalsykehuset være lagt ned. Ingen er vel mer tjent med å ha et lokalsykehus i nærområdet enn våre eldre pasienter. Dersom ideen om omsorgsgeriatrien skal ha livets rett må vi passe på at ikke Helseforetakene her ser mulighet til ytterligere budsjettkutt ved å legge ned lokalsykehusene!

Hjort har helt rett i at geriatrien må rustes opp for å møte morgendagens utfordringer. Dette temaet bør snarest løftes opp på det politiske planet, verken Helseforetakene eller kommunene har i dag midler til dette. Uten politisk vilje til å komme med friske midler tvinges Helseforetakene og kommunene til å fortsette den krigen de allerede har ført i mange år med å dytte de eldre over i hverandres senger og budsjetter. Skal legevirksomheten innen geriatrien i kommunene styrkes må det, som Hjort helt riktig påpeker, legges til rette for både kompetanseheving blant legene og lønnsøkning til sykehuslegenivå. Dagens avlønning i kommunale legestillinger på sykeheimene aksepteres bare fordi hver lege er pålagt noen få timer hver, og at man ser den dårlige timelønna som en liten del av en større avtale der inntjeningsmulighetene resten av arbeidsuka er svært gode.

Jannike Reymert