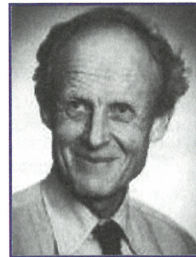


Geriatrici inn i FREMtiden

AV PETER F. HJORT



Peter F. Hjort

startet som indremedisiner og ble professor i blodsykdommer på Rikshospitalet. I 1969 dro han til Tromsø som formann for interimstyret for universitetet i Tromsø. I 1975 ble han leder for NAVF's gruppe for helsetjenesteforskning. Gruppen ble senere flyttet til Folkehelse, og han ble leder for avdeling for samfunnsmedisin. Nå er han 81 år og er opptatt med prosjekter, forelesninger og – sykling!

I denne artikkelen legger jeg frem min visjon for geriatrien i Norge. Det viktige for meg er ikke å få rett, men å dele min dype bekymring for geriatrien i Norge. Det er grunn til bekymring:

- Geriaterne utgjør bare ca. 0,5 prosent av legene, ca. 90 av 18 000 leger
- Legene viser liten interesse for eldreomsorgen, og sykehjemmene er etter mitt skjønn «det store svarte hullet» i norsk helsetjeneste
- Forskningen på dette området er svak, langt svakere enn i nabolandene.

Den enkleste forklaringen er at geriatrien er konkurrert ut av den høyspesialiserte medisinen.

To prosesser i alderdommen

For å forstå alderdommen og syke gamle mennesker, må en kjenne de to prosessene som karakteriserer alderdommen. Den ene er den normale aldersprosessen, gerontologien (geront på gresk betyr olding). Den legemlige aldersprosessen er karakterisert av en jevn reduksjon av evnen til fysisk arbeid med knapt en prosent per år etter 25–30-års alderen. Den psykiske aldersprosessen reduserer hastigheten: eldre blir langsommere, men ikke dummere. I tillegg blir de glemske, og selvbildet svekkes. Sosialt skrumper nettverket.

Den andre prosessen er sykdommene, geriatrien, og den preges av kroniske sykdommer. Ikke alle eldre blir syke, men en norsk 80-åring har gjennomsnittlig tre kroniske sykdommer. Eldre kan selvfølgelig rammes av alle de vanlige sykdommene, og bildet er ofte diffust, gråaktig og upresist. I tillegg får de alderssykdommene, særlig i hjernen og i skjelettet. – Legen må sortere de to prosessene fra hverandre: Hva er sykdom, og hva er alder? Det er ofte vanskelig, sykehistorien og klinisk undersøkelse er som regel viktigere enn prøver.

Det er praktisk å dele alderdommen i to deler. Aldersgruppen 65–80 år er eldre, stort sett ganske friske, og har det

bra. Gruppen over 80 år er gamle, og her øker problemene. Det sentrale i alderdommen er at sårbarheten øker, fordi en må møte mer sykdom med mindre reserver.

Utviklingen fremover

Før jeg kan drøfte geriatriens fremtid, må jeg si noe om forutsetningene, og i det følgende har jeg valgt ut de viktigste.

Eldrebolegen. Prognosene viser at antall over 80 år vil omtrent dobles frem til 2050, altså ca. to prosent økning per år. De eldre lever lenger og får bedre helse, noe som skyldes både et sunnere liv, bedre livsvilkår og bedre helsetjeneste. Etter hvert får vi imidlertid en økende gruppe av gamle, kronisk syke «overlevende» som kan takke moderne medisin for at de ikke er døde av sine alvorlige sykdommer (1).

Sykehusene vil preges av to forhold. Det ene er medisinske fremskritt som vil gi nye muligheter for diagnostikk og behandling. Det andre er et økende press om effektivisering og inntjening. Dette fører til kortere liggetider, mer poliklinikk og dagkirurgi, og mer «svingdørsmedisin» for de gamle pasientene.

Eldreomsorgen. Det er en stadig diskusjon, også internasjonalt, om hvor mye presset på eldreomsorgen vil øke. Prognosene tyder på dobling mot 2050. Samtidig vil utviklingen på sykehusene føre til at både primærhelsetjenesten, hjemmetjenestene og sykehjemmene får ansvar for flere og sykere gamle. Vi har en evig diskusjon om omsorgsboliger og sykehjem. Fremdeles gjelder kravet om en dekning for «heldøgns pleie» som svarer til 25 prosent av antall over 80 år. Mange kommuner slår sammen omsorgsboliger og sykehjem når de beregner dekningsgraden. Dette er etter mitt skjønn ureddelig for de omsorgsboligene som ikke har fast personale, og denne diskusjonen blir skarpere i årene fremover.

Spesielle utfordringer står i kø. Den første er å drive godt forebyggende og helsefremmende arbeid for eldre i primærhelsetjenesten. Den andre er å øke innsatsen i rehabilitering

for eldre. Den tredje er å organisere en god døds-pleie etter hospiceprinsippene både i hjem og sykehjem. Den fjerde er å drive en stadig økende eldreomsorg uten noen «yngrebølge». Skal eldreomsorgen klare å trekke til seg og beholde personalet, blir arbeidsforhold og miljø viktig.

Legebølgen. Den siste utfordringen er at vi får stadig flere leger. Norge ligger på legetoppen i Norden, og vi har for tiden ca. 5000 unge som studerer medisin. Derfor må vi tenke over fremtiden: Hvordan bør vi bruke alle de nye legene? Ett åpenbart svar er å bruke mange flere leger i eldreomsorgen, særlig i sykehjemmene.

Hva er geriatri?

Etter at jeg har drøftet forutsetningene, må jeg si noe om hva som etter mitt skjønn karakteriserer geriatrien og den gode geriater. Kunnskaper om alderdommen og om geriatriens sykdommer og tenkemåte er en selvfølge. De kan delvis leses i bøkene, men de må for en stor del læres i praksis. Mesterlære er blitt et populært begrep, dvs. at de unge lærer praksis av gode rollemodeller. Jeg er engstelig for at denne mesterlæringen er blitt svekket, både i studietiden, i turnustjenesten og på sykehusavdelingene.

Diagnostikken er det selvfølgelige grunnlaget for all praktisk medisin, og den reiser et problem i geriatrien. Det skyldes at gamle pasienter alltid lider av flere sykdommer, og den høyspesialiserte medisinen har en tendens til å se bare det problemet som hører til en spesialitet. Resultatet blir «svingdørsmedisinen». Et annet problem er at mange leger er defaitistiske i sin diagnostikk av gamle mennesker, fordi de tror at diagnostikken ikke får terapeutiske konsekvenser. Jeg mener at dette ofte er en gal holdning, og at gamle mennesker skal ha en fullstendig diagnostikk.

Indremedisinen og geriateren er forskjellige.

	Indremedisinen	Geriateren
Tenkemåte	Reduksjonistisk	Holistisk
Filosofi	Finne og behandle det akutt syke	Finne og behandle alt det syke og styrke det friske
Mål	Adekvat behandling	Godt (brukbart) liv
Diagnostikk	Organ-spesifikk: ett problem av gangen	Fullstendig: alt med én gang
Behandling	Flere medikamenter, ofte store doser	Få medikamenter, små doser
Rehabilitering	Ikke mitt ansvar	Viktig
Ved innleggelse	Rask utskrivning, høy DRG Ny innleggelse, ny DRG	Fullstendig vurdering, lage en «livsplan», ikke svingdør
Pårørende	Sand i maskineriet, minst mulig tid	Pasientens viktigste ressurs, skal støttes
Sosial situasjon	Ikke min sak	Viktig del av vurderingen
Dødspleie	Ikke viktig del av faget	Viktig del av faget
Kommunikasjon	Tar for lang tid	Selve grunnlaget

Behandlingen er ofte vanskelig, fordi det så lett blir mange legemidler – mange gamle har sine dosetter med minst fem om dagen. Jeg tror at den gode geriater er tilbakeholdende i sin behandling.

Omsorg er uløselig knyttet til geriatrien. Den krever talent og tid, og alle har ikke det. Men det går an å lære, ikke minst av de pårørende og av pleierne. Som pårørende til en pleiepasient fikk jeg stor respekt for hjelpepleierne.

Kommunikasjon er selve grunnlaget for geriatrien, og jeg har merket som pårørende at leger har en tendens til å snakke *til* meg, og ikke *med* meg. Kjernen i dialogen er å gi den andre følelsen av å bli møtt (2). Jeg tror det er selve grunnbetingelsen for å være lege for gamle, at en liker disse pasientene.

Det er viktig å huske at de pårørende nesten alltid er den gamle pasientens viktigste ressurs. Derfor gjelder det å møte de pårørende, forklare dem, og – så å si – vinne dem for samarbeid.

Det er en stor vanskelighet i all kommunikasjon med pasient og pårørende, og det er skrittet fra informasjon til motivasjon. Tenk på diabetespasienten og KOLS-pasientene f.eks. Det er ikke nok å informere, legen må også motivere dem for det de må gjøre. Jeg synes det er det vanskeligste av alt.

Jeg må også nevne etikken, for geriatrien er full av etiske dilemmaer. Det som kjennetegner et dilemma er at det er uløselig, men likevel må en finne en løsning her og nå. Jeg tror geriateren må ha interesse for etikk, han må kommunisere om etiske problemer, og han må våge å velge.

Jeg har forsøkt å sammenfatte forskjellene mellom geriatri og indremedisin i rammen. Med vilje har jeg valgt å provosere, for jeg er selv spesialist i generell indremedisin.



Venterommet til en fastlege er i grunnen ikke så forskjellig fra en geriatrisk poliklinikk.

Spesialiteten geriatri

Jeg tror at geriatrien må deles i to store felt. Det ene er sykehusgeriatrien, og det andre kaller jeg omsorgsgeriatrien.

Sykehusgeriatrien har ofte vært kalt «blålysgeriatrien», dvs. den geriatri som er knyttet til gamle pasienter som legges inn i sykehus for øyeblikkelig hjelp. Den foregår ofte i mottakelsesavdelingene, men noen sykehus har egne geriatriske avdelinger.

Jeg nevnte ovenfor at sykehusmedisinen er utilfredsstillende for de gamle pasientene, fordi den er høyspesialisert og kortsiktig. Målet er ikke å gjøre en fullstendig diagnostikk og lage en plan for behandling og oppfølging, men bare å få skrevet pasienten ut med kort liggetid og høy DRG. Jeg tror at dette systemet må legges om, og jeg ser to muligheter:

- Den ene er å gjenopplive generell indremedisin og lage store poster for denne oppgaven. På mange måter skulle jeg gjerne sett denne løsningen, fordi jeg selv ble spesialist i generell indremedisin for mange år siden.
- Den andre løsningen er å overlate denne oppgaven til geriaterne, og det krever at sykehusene lager ganske store geriatriske poster eller avdelinger.

Jeg tror at vi må skjære igjennom og finne en løsning som er god for de gamle pasientene. Jeg har landet på den geriatriske løsningen, fordi vi har en levedyktig geriatrisk subspesialitet under indremedisinen, mens vi ikke har en levedyktig subspesialitet i generell indremedisin. Men denne løsningen krever at vi avklarer noen betingelser:

- Reglene for subspesialiteten geriatri kan antakelig være uforandret.
- Geriatrien må få tilstrekkelig sengekapasitet til å løse denne oppgaven. Det blir et problem, fordi det stadig blir flere eldre og fordi liggetiden må bli noen dager lenger.
- Forholdet mellom geriatri og indremedisin må avklares. Både generelt og på det enkelte sykehus. Blant annet må en bestemme seg for navnet: geriatrisk avdeling eller geriatrisk sengepost.
- Det må være en geriatrisk poliklinikk ved sykehuset.



- Endelig må en ta standpunkt til rehabiliteringsspørsmålet: Skal rehabiliteringen skje i sykehuset eller utenfor sykehuset? Rehabilitering krever både senger og personale, og jeg er i tvil om dette spørsmålet. Jeg har ingen tro på at sykehjemmene får ressurser til aktiv rehabilitering. Derfor må en satse enten på sykehusene eller på egne rehabiliteringssentre, som det etter hvert finnes ganske mange av.

Jeg mener at alle disse spørsmålene kan løses, men jeg tror at det krever en aktiv innsats fra geriatriens side.

Omsorgsgeriatrien er et forslag til en ny spesialitet. Jeg definerer omsorgsgeriatrien som hele den geriatriske legevirksomhet som foregår utenfor sykehus, dvs. i allmennlege-tjenesten, i hjemmesykepleien, i omsorgsboligene og i sykehjemmene. Pasientene er eldre mennesker med kroniske og ofte kompliserte sykdommer. Denne definisjonen reiser minst to spørsmål. Det ene er: Ved hvilken alder begynner geriatrien? Det er ufattelige forskjeller mellom menneskene. Det fins skrøpelige 60-åringere og spreke 90-åringere. Dessuten har mange mennesker tilleggsfaktorer som funksjonshemminger, kroniske sykdommer, arbeidsløshet, eller er innvandrere. Derfor kan en ikke sette noen aldersgrense, men jo eldre, jo skrøpeligere og jo mer kompliserte kroniske sykdommer pasienten har, desto nyttigere er geriatrisk kunnskap og erfaring.

Det andre spørsmålet er: Er all behandling av gamle pasienter geriatri? Det finnes mange medisinske tiltak hos eldre som ikke krever geriatrisk kunnskap og erfaring, men jo mer komplisert sykdomsbildet er, desto nyttigere er geriatrisk kunnskap.

Det fins ca. en million pensjonister i Norge. Det betyr, tror jeg, at det er et stort behov for geriatri utenfor sykehusene. Det som kjennetegner denne geriatrien er at gode vurderinger krever både spesiell kunnskap om sykdommene, generell kunnskap om alderdommen og personlig kjennskap til pasientens livssituasjon. Jo eldre pasienten er, desto viktigere er det at vi ikke behandler bare sykdommer, men hele det syke mennesket.

Hva slags utdanning krever omsorgsgeriatrien? Jeg tror at allmennmedisin bør være grunnlaget, og jeg tenker meg ett



års tilleggskutdannning ved geriatrik avdeling eller ved sykehjem med lege i heldags stilling. Jeg tror at rekrutteringsgrunnlaget vil være meget større i allmennmedisinen enn det har vært i indremedisinen. Dette betyr antakelig at omsorgsgeriatrien bør være en grenspesialitet til allmennmedisinen.

Hvor mange slike spesialister trenger vi? Min grove gjetning er 500, men dette anslaget kan være for lavt.

Jeg tror at omsorgsgeriatrien krever en spesiell arbeidsmåte. Legen må bygge opp en relasjon til pasient og pårørende som gir tillit. Dette vil kreve litt ekstra tid i begynnelsen, men senere spare tid. Det er viktig at legen kjenner pasient og pårørende som personer. Av og til er hjemmebesøk nyttige. Jeg tror det er uheldig at sykebesøkene er rasjonalisert bort fra allmennmedisinen.

Det er viktig at omsorgsgeriatrien har et organisert samarbeid med hjemmesykepleien. De fleste av hjemmesykepleiens pasienter har sykdommer som trenger geriatrik vurderinger. Mange, kanskje de fleste kommuner, mangler et slikt samarbeid. Det samme gjelder omsorgsboligene. Mange av beboerne her er (eller blir) meget skrøpelige og kronisk syke gamle mennesker, og jeg tror at mange får både for dårlig legetilsyn og for dårlig sykepleie. Den store svakheten i hjemmesykepleien er dårlig kontinuitet, og det fører til at den driver service og ikke omsorg (3). Desto viktigere er det å få til en god legetjeneste.

Sykehjemmene er selve ankerfestet i eldreomsorgen og er den eneste institusjonen som har en reell mulighet for å drive heldøgnspleie og omsorg. Men legedekningen er alt for svak. Jeg tror at vi må få flere sykehjemsleger i heldags stilling, evt. ved at mindre sykehjem deler en legestilling. På denne måten vil sykehjemslegene få mer erfaring, og de kan engasjere seg på en helt annen måte på tre viktige områder:

- Pasientbehandling
- Det jeg kaller kulturutbygging i sykehjemmet (4)
- Evaluering av virksomheten og undervisning av personalet.

Forutsetningen for alt dette er selvfølgelig at sykehjemslegene får samme status og lønn som sykehuslegene.

I Nederland ble sykehjemsmedisinen egen medisinsk spesialitet i 1990. Nederland har ca. 15,6 mill. mennesker, og ca. 85 unge leger starter på et to års utdanningsprogram hvert år. Erfaringene er gode, men likevel er Nederland det eneste landet som har denne spesialiteten (5). Jeg tror at mange primærleger også ville ha nytte av geriatri, bl.a. i samarbeid med hjemmesykepleien, og foreslår derfor en litt bredere spesialitet – omsorgsgeriatri.

Forskning, undervisning og evaluering

Til slutt må jeg nevne ett punkt som har gremmet meg i årevis. Jeg føler at det er et dramatisk underskudd på forskning og undervisning i geriatrien:

- I aldersforskningen ligger vi langt tilbake for våre nabo-land. I mine øyne nærmer det seg en skam.
- I undervisningen har vi store uløste oppgaver overfor alt helsepersonell – tenk bare på den store gruppen av ufaglærte i eldreomsorgen. Dessuten trengs det en målbevisst folkeopplysning om alderdommen.
- Det er et stort behov for løpende evaluering av helsetjenestene for de eldre.

Konklusjon

Geriatrien blir stadig viktigere, og vi trenger to spesialiteter:

- Sykehusgeriatrien, hvor jeg anslår behovet til ca. 200
- Omsorgsgeriatrien, hvor behovet kanskje er ca. 500

Referanser

1. Rosén M, Haglund B. From healthy survivors to sick survivors – implications for the twenty-first century. *Scand J Publ Health* 2005; 33: 151–5.
2. Løgstrup KE. Den etiske fordring. Oslo: Cappelen, 1999.
3. Andersen BR. Ældrepolitikk på afveje. København: Fremad, 1999.
4. Hjort PF. Legens ansvar for kulturen i sykehjemmet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002;122: 1586–8.
5. Hoek JF, Ribbe MW, Hertogh CMPM, van der Vleuten CPM. The role of the specialist physician in nursing homes: the Netherlands' experience. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18: 244–9.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Helen Branddstorp. Kontakt henne på helenbra@hotmail.com