

# Geriatrici – utfordring og stebarn

## 4. Nordiske kongress i gerontologi, Oslo 30/5 1979

Dette innlegget har fått en demagogisk tittel, og mange føler at geriatrien trenger demagoger nå. Det er likevel min oppgave å finne en vei mellom demagogens varme entusiasme og realistens kjølige skepsis.

Jeg tror geriatrien står overfor fem store utfordringer – som er blitt til fem stebarn.

### Hvorfor er disse utfordringene kommet nå?

Svaret er selvsagt og kjent av alle, nemlig den økningen i antall gamle som har rammet samfunnet med full tyngde i annen halvdel av dette hundreåret. Mange har laget slike kurver (fig 1), men ikke alle har gjort seg det klart at denne endringen er enestående i historien. Den er et nytt fenomen som samfunnet strever med å tilpasse seg til. Om 20 år er toppen passert, og samfunnet har fått tid til å tilpasse seg. Jeg tror det er viktig å understreke det nye i situasjonen for å gjøre det klart at vi står midt oppe i selve endringsprosessen med de mange krav og kryssende interesser. Det bør få oss til å forstå problemene og samfunnets trege reaksjoner – ikke for å resignere, men for å planlegge mer effektivt.

### Helsetjenesten

Den første utfordringen er å organisere en effektiv helsetjeneste for de gamle. Det er et spørsmål om ressurser, sier de fleste, og vi har ikke nok ressurser. Det er delvis riktig, men bare delvis. La oss gjøre opp en status for geriatriens ressurser.

Vi har rikelig med gamle pasienter. Regner vi alle helsetjenestens institusjoner under ett, ligger det et eldre menneske – 67 år eller mer – i  $\frac{2}{3}$  av alle institusjonssenger i Norge. Dette tallet betyr selvfølgelig også at vi i realiteten har ganske mange senger for de eldre.

Tabell 1 viser at vi har tynt med geriatrisk spesialservice i forhold til alle disse pasienter og senger. Dette kommer tydeligere frem hvis vi sammenligner geriatri og pediatri. Denne sammenligningen overvurderer i virkeligheten geriatrien, for geriatrien er ikke – som pediatrien – bakket opp av en stor og dynamisk gruppe av yngre spesialister både i pediatri og barnpsykiatri, og geriatrien har ikke universitetsprofessorer, plass i det medisinske pensum, store kursprogrammer og gode forsk-

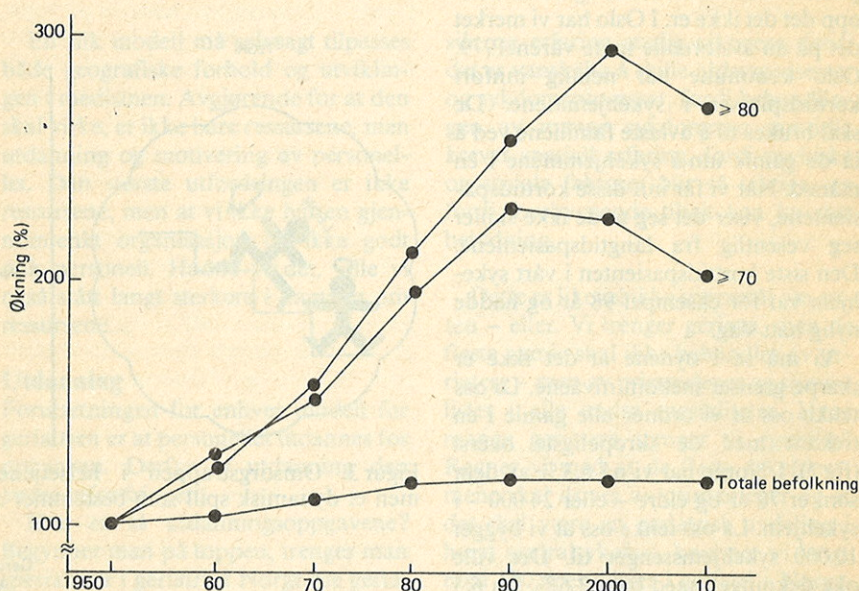
Peter F. Hjort  
NAVFs gruppe  
for helsetjenesteforskning  
Fr. Stangs gate 11/13  
Oslo 2

ningsmiljøer – kort sagt, alt det som skal til for å gi et fag innhold og status, ambisjon og driv. For å få frem hvor ille det faktisk er, har jeg i tabell 2 sammenlignet legebemanningen ved de so-

matiske sykehus og ved de somatiske sykehjem.

Det er rimelig å konkludere med at det er mangel på ressurser til helsetjenesten for de gamle. Og likevel tror jeg ikke ressursmangelen er den største utfordringen. Den er å organisere en hensiktsmessig servicekjede for de gamles helsetjeneste.

Første ledd i denne kjeden er primærlegen og de ressurser han kan mobilisere for å støtte pasienten i eget hjem. Annet ledd er sykehusene og spesialisttjenesten. Tredje ledd er



Figur 1 Norges befolkning: utvikling over 60 år. (Statistisk årbok 1978, alternativ L)

Tabell 1 Geriatri versus pediatri i Norge

	Geriatrici	Pediatri
Befolkning 31/12 1979	372 684 <sup>1</sup>	1 006 114 <sup>2</sup>
Senger i alminnelige sykehus 31/12 1977	366	779
Yrkesaktive spesialister 20/1 1978	29	180

<sup>1</sup>  $\geq 70$  år    <sup>2</sup> 0–15 år

Tabell 2 Ressursfordeling mellom sykehus og sykehjem i Norge 1977

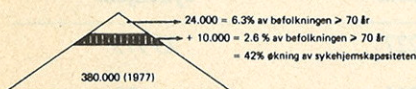
	Alminnelige sykehus	Somatiske sykehjem
Senger	20 227	23 973
Leger		
– heltid	3 266	20
– deltid	165	246

pleieinstitusjonene. Forenklet får vi altså en servicekjede med tre ledd, og dermed er vi midt inne i LEON-diskusjonen.

Dømmer man etter den utbyggingen som faktisk har foregått, har LEON-prinsippet ikke vært særlig nyttig, for det er nettopp det laveste omsorgsnivået vi har forsømt, det som skulle være særlig viktig. Jeg tror det henger sammen med at det er noe fundamentalt galt med LEON-prinsippet. Det skyldes at LEON er et papirprinsipp som ikke gjelder for mennesker. Første gang jeg skjønnte det, var da jeg så at politikere ofte behandles på et høyere omsorgsnivå enn sykdommen skulle tilsi. Og etter hvert har jeg kommet til at LEON-prinsippet er ufruktbart, fordi det forenkler problemene og tilsører det som faktisk foregår. LEON-prinsippet gir inntrykk av at det er skarpe grenser mellom nivåene, og det er nettopp det det ikke er. I Oslo har vi merket det på en avslørende måte våren 1979. Oslo kommune har nemlig innført korttidsplasser i sykehjemmene. De skal brukes til å avlaste familiene ved å ta de gamle inn i sykehjemmene i én måned. Når vi får inn disse korttidspasientene, viser det seg at de ikke skiller seg vesentlig fra langtidspatientene. Den siste korttidspasienten i vårt sykehjem var for eksempel 98 år og hadde nylig hatt slag.

Vi må se i øynene at det ikke er skarpe grenser mellom nivåene. La oss tenke oss at vi ordner alle gamle i en trekant med de skrøpeligste øverst (fig 2). I Norge har vi nå 6,3 % av dem som er 70 år og eldre – eller 24 000 – i sykehjem. La oss tenke oss at vi bygger 10 000 sykehjemssenger til. Det ville øke dekningen med bare 2,6 %, fra 6,3 til 8,9 %, men det ville øke sykehjemskapasiteten og -kostnadene med 42 %. Poenget er at vi knapt ville merke at vi hadde senket sykehjemstreskelen og fått et lettere belegg. Antagelig ville vi ikke klare å registrere noen objektiv forskjell. Jeg har derfor mistet troen på at det eksisterer en objektivt påviselig sykehjemstreskel og dermed et objektivt behov for sykehjem. Vi vet jo også at mange pasienters skrøpelighet utvikler seg gradvis over lang tid og ikke trinnvis. Det er derfor et skjønnsspørsmål når de passerer terskelen.

Dette betyr at vi ikke kan konstruere et teoretisk omsorgssystem med nivåer



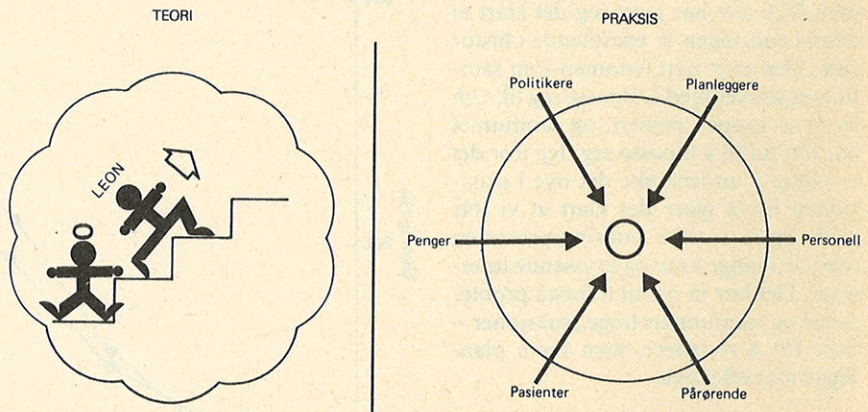
Figur 2 Sykehjemsdekningen i Norge (se teksten)

og objektive kriterier, men at vi befinner oss midt inne i et praktisk og dynamisk spill av mangfoldige krefter og interesser – medisinske, psykologiske, sosiale, økonomiske og politiske. Spillene er pasienter, pårørende, personell, politikere og mange andre (fig 3). Det er dette spillet som avgjør pasientenes plassering i omsorgskjeden. Jeg tror dette er et riktigere bilde enn LEON-prinsippet sine statiske nivåer og objektive kriterier. Og det er viktigere å forstå krefter og motkrefter i dette spillet enn å definere objektive kriterier for de forskjellige nivåer.

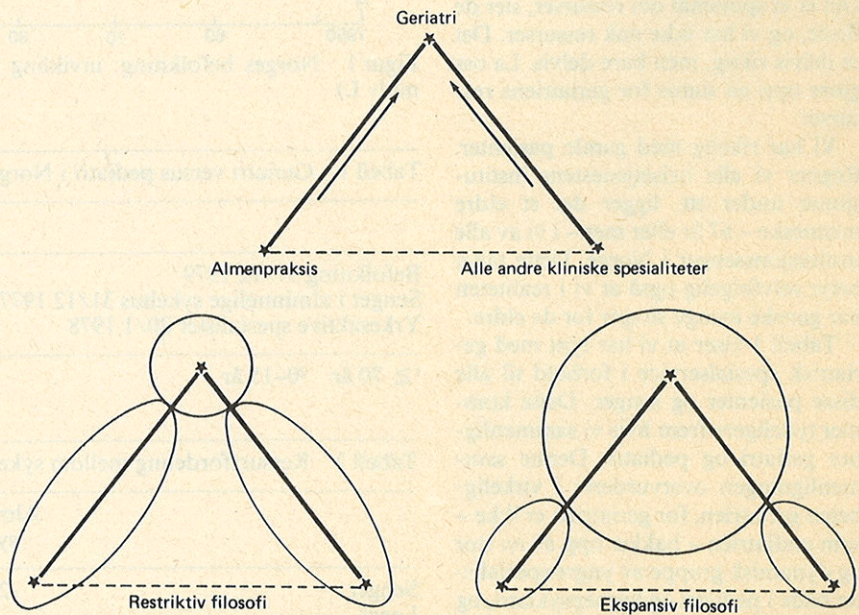
Det betyr at vi må utforske disse kreftene, og vi må engasjere oss i spillet for å styrke de «riktige» reaksjonsmåtene. I virkeligheten er det nettopp det motsatte som er skjedd i LEON-perioden: man har styrket institusjonene og ikke den åpne omsorgen.

Denne tankegangen fører selvfølgelig direkte til finansieringsordninger og helsepolitikk, men den peker også på viktige problemer i organiseringen av helsetjenesten for de gamle. Jeg vil drøfte de tre viktigste.

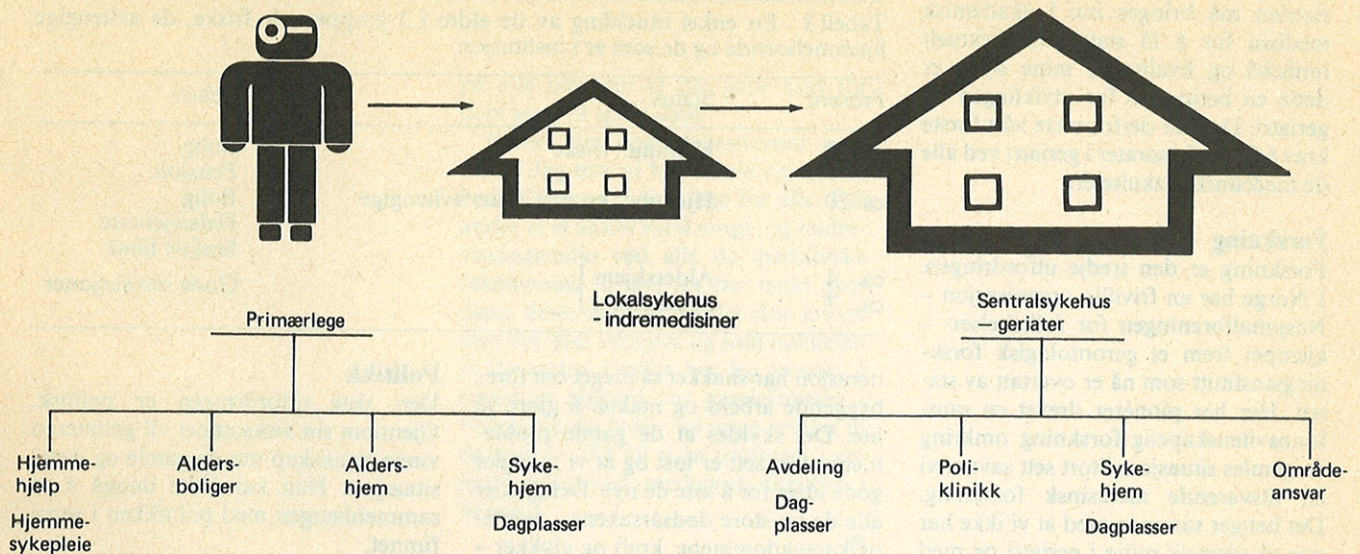
Det første problemet er hvem som skal være den gamles lege: primærlegen, et sett av spesialister som veksler med problemene, eller en spesialist i geriatri? Jeg tror de gamle skal ha én fast lege, og det skal være en generalist – en primærlege. Vi bør derfor ikke organisere en særomsorg for gamle, drevet av geriater. Skal primærlegen lykkes med denne oppgaven, må han få kompetanse for den, og primærhelsetjenesten må organiseres med dette for øye. Det betyr at den må bygge på prinsippet om én fast lege for alle mennesker, og man må samordne primær-



Figur 3 Omsorgstrappen i helsetjenesten. Det er ikke objektive kriterier, men et dynamisk spill som bestemmer omsorgsnivået for en pasient



Figur 4 Samspillet mellom geriatri, almenpraksis og alle de kliniske spesialitetene. En restriktiv filosofi definerer relativt få pasienter som geriatriske, en ekspansiv filosofi definerer mange som geriatriske



Figur 5 En modell for de eldres helsetjeneste

legene, hjemmehjelpere og hjemme-sykepleiere slik at de spiller på samme lag.

Det andre problemet er grensen mellom primærlegen og de andre spesialistene, særlig geriateren (fig 4). Jeg tror sterke grunner taler for en restriktiv filosofi for geriatrien som klinisk spesialitet. De gamle er hele helsetjenestens ansvar, og geriatrien bør bare ta seg av spesielle kliniske problemer, forskning og undervisning.

Det tredje problemet er hvem som skal drive sykehjemmene. Hele helsetjenesten har vært gjennom en tid hvor vi har trodd på spesialisering, sentralisering og fordeler ved stordrift. Vi har derfor bygget store sykehjem, men jeg tror denne utviklingen er i ferd med å snu og at vi vil gå i retning av små, lokale sykehjem drevet av primærleger.

Hva blir det av spesialiteten geriatri i en slik modell? Jeg tror den bør ha en begrenset, men viktig rolle. Det bør være geriatrike spesialavdelinger på universitetsklinikkene for forskning, undervisning og spesielle serviceoppgaver. Vi bør også ha slike avdelinger på sentralsykehusene, men neppe på lokalsykehusene (fig 5). Det bør også finnes – spesielt i byene – en del større sykehjem som er spesielt utrustet og bemannet for rehabilitering og trening. Det er en viktig oppgave å organisere en kyndig ledelse av geriatrien i et fylke. Denne ledelsen bør sørge for at de små sykehjemmene fungerer som de skal. I praksis må det organiseres slik at primærlegene driver disse hjemmene, men under ledelse av en geriater som er ansvarlig for alle sykehjemmene i området.

En slik modell må selvsagt tilpasses både geografiske forhold og utviklingen i medisinen. Avgjørende for at den skal virke, er ikke bare ressursene, men utdanning og motivering av personellet. Den største utfordringen er ikke ressursene, men at vi ikke har en gjennomtenkt organisasjon og ikke godt nok personell. Hadde vi det, ville vi også stått langt sterkere i kampen om ressursene.

#### Utdanning

Forutsetningen for enhver modell for geriatrien er at personellet utdannes for oppgaven. Derfor er utdanning den andre utfordringen.

Hva er så utdanningsoppgavene? Begynner man på toppen, trenger man spesialister i geriatri. I Norge ble geriatrien godkjent som klinisk spesialitet i 1975, og kravene for spesialiteten er omtrent som for indremedisinen, bortsett fra at to år av den kliniske tjeneste må tas ved geriatrik avdeling. I 1978 var det 29 yrkesaktive spesialister i geriatri.

Innføringen av spesialiteten har vært viktig, men har ikke gitt geriatrien noen ny giv. Jeg tror det skyldes at mange leger føler at geriatri er en kunstig spesialitet, uten selvstendig teori og uten et avgrenset arbeidsområde. I fjor høst var det en diskusjon om geriatri i Norsk indremedisinsk forening, og flere indremedisinere hevdet at geriatrien i virkeligheten var identisk med indremedisinen og at spesialiteten var en bløff. Sir Ferguson Anderson har fortalt meg at han ofte har møtt dette synet hos de dyktigste legene. De tar utmerket hånd om sine gamle pasienter, men det er en grense omkring 75 år. Over denne grensen blir geriatrik inn-

sikt og erfaring stadig viktigere, fordi det er vanskelig å skille aldersprosesser og sykdomsprosesser, fordi behandlingen av mange sykdommer samtidig krever spesiell erfaring, fordi psykiske og sosiale faktorer blir så viktige, og fordi forebyggende tiltak kan ha stor betydning.

Dette er likevel ikke spørsmål om enten – eller. Vi trenger geriatri, men de fleste gamle skal ikke behandles av geriaterer – men av primærleger og spesialister i alle andre spesialiteter. Hvor mange geriaterer trenger vi egentlig? Regner vi med at de fleste sykehjemmene skal drives av primærleger og at det skal være en geriatrik avdeling i hvert sentralsykehus, kommer vi langt med 100 spesialister i geriatri i Norge. Konklusjonen blir derfor at vi må gi mye undervisning i geriatri til forholdsvis få og litt undervisning i geriatri til svært mange. Det betyr også at undervisning og veiledning blir en viktig oppgave for spesialistene i geriatri.

Geriatri må bli en del av grunnutdanningen for alle helseprofesjoner. I Norge har den vært det for sykepleierne siden 1960, men er ennå ikke innført for legene. Det er bemerkelsesverdige – for å si det mildt – i hvilken grad de medisinske fakulteter har klart å stå imot geriatrien. Det finnes overhodet ingen undervisningsstilling i geriatri i Norge. Jeg synes dette reiser alvorlige spørsmål om universitetenes rolle i samfunnet. Universitetene utdanner morgendagens ledere og burde være preget av fremsyn. I stedet opplever vi at de medisinske fakulteter fungerer som et konserverende element i helsetjenesten.

Jeg har brukt så sterke ord, fordi ge-

riatrien må bringes inn i akademisk medisin for å få status, intellektuelt innhold og kvalitet. I mine øyne er dette en betingelse for utviklingen av geriatri. Det bør derfor være vårt første krav å få professorater i geriatri ved alle de medisinske fakulteter.

### Forskning

Forskning er den tredje utfordringen. I Norge har en frivillig organisasjon – Nasjonalforeningen for folkehelsen – kjempet frem et gerontologisk forskningsinstitutt som nå er overtatt av staten. Her har pionérer drevet en samfunnsvitenskapelig forskning omkring de gamles situasjon. Stort sett savner vi en tilsvarende medisinsk forskning. Det henger sammen med at vi ikke har noe akademisk miljø i geriatri og med at geriatrik forskning ofte tar lang tid, lenger enn de tradisjonelle 3 år på en doktoravhandling.

Forskningsprogrammet burde spenne over hele skalaen av problemer: epidemiologiske studier, klinisk forskning, kontrollerte kliniske forsøk, evaluering av diagnostiske og terapeutiske programmer, grunnleggende studier av aldersprosessen, osv. La meg nevne noen eksempler:

Ett har jeg alt nevnt – det jeg kalte spillet om institusjonsplassene. Hvem blir lagt inn, og hvem blir ikke?

Det finnes banale oppgaver også. Mange gamle klager over lite søvn og treg mave. Hva er konsekvensene av alle pillene de tar for dette, og hva kan man gjøre med det?

I klinisk medisin er det utallige oppgaver. Behandling av høyt blodtrykk har vært på offensiven i det siste, men hva er fornuftige retningslinjer for behandlingen av høyt blodtrykk hos gamle?

Selve omsorgen krever også forskning. Det hevdes for eksempel at inntil 2/3 av ressursene til helsetjenesten i de store byene går med til omsorg i siste leveår. Hvordan er denne omsorgen, og hva ønsker pasientene i livets slutfase?

Oppsøkende virksomhet er blitt et stikkord i eldreomsorgen. Men hvordan bør den organiseres, og hva kan den gi?

Det er åpenbart ingen mangel på oppgaver, men det er mangel på forskningsmiljøer, på veiledning og på unge leger som ser betydningen av slik forskning.

### Forebyggende arbeid

Den fjerde utfordringen er det forebyggende arbeid. Knappt noen tidligere ge-

Tabell 3 En enkel inndeling av de eldre i 3 grupper: de friske, de avhengige hjemmeboende og de som er i institusjon

Prosent	Status	Behov
ca. 70	Hjemme: friske	Bolig Pensjon
ca. 20	Hjemme: kronisk syke/avhengige	Bolig Helsetjeneste Sosiale tiltak
ca. 4 ca. 7	Aldershjem } Sykehjem }	Gode institusjoner

nerasjon har snakket så meget om forebyggende arbeid og maktet å gjøre så lite. Det skyldes at de gamle problemene stort sett er løst og at vi mangler gode idéer for å løse de nye. Det gjelder alle de tre store dødsårsakene – hjerte- og karsykdommene, kreft og ulykker – som står bak 80 % av dødsfallene.

Likevel er det grunn til optimisme. Hjerte- og karsykdommene er på retur i USA – dødeligheten av koronarsykdommene er for eksempel gått ned med 23 % de siste 10 år. De er også på retur i de øvre sosiale klasser i vårt land. Folk slutter å røke, slanker seg og jogger. Man må smi mens dette jernet er varmt, og jeg vil nevne noen momenter som har betydning for geriatrien.

I den primære profylaksen – som sikter på å unngå sykdom gjennom sunne livsvaner – bør vi legge vekt på at det er de samme risikofaktorer som truer hjertet og alderdommen. Uten slike vaner blir tilværelsen tyngre for de gamle, og det er for sent å begynne å mosjonere når man er blitt gammel. Jeg tror vi bør legge om propagandaen. Vitsen med slike vaner er ikke å bli uendelig gammel, men å leve et godt liv – særlig når man blir gammel. I den primære profylaksen må vi også legge større vekt på de sosiale faktorene. Det er elementært i geriatrien at det skal to ting til for å knekke et gammelt menneske – sykdom og at maskene ryker i det sosiale nettverket. Derfor må man pleie sitt sosiale nettverk og særlig ektefellen. Folk bør holde ut i ekteskapet for å høste fruktene når de blir gamle.

Den sekundære profylaksen skal hindre sykdom i å utvikle seg videre. Den forutsetter en god helsetjeneste som kan drive helsekontroller og oppsøkende virksomhet for å finne og støtte risikogrupper.

Det forebyggende arbeid er kommet kort. Det trengs forskning og praktiske forsøk, men vi kan også utnytte bedre den kunnskap som finnes. Det forutsetter en primærhelsetjeneste som gir de gamle fast lege. «Eldreomsorgen er i virkeligheten enkel,» sa en sykepleier. «Gi de gamle fast lege og heis, så klarer de seg.»

### Politikk

Den siste utfordringen er politisk. Gjennom sin virksomhet vil geriateren vinne kunnskap om de gamle og deres situasjon. Han kan ikke unngå å se sammenhengen med politikken i samfunnet.

Grovt kan man dele de eldre i tre grupper (tab 3). Den største gruppen på ca. 70 % bor hjemme, er friske, klarer seg bra og kjenner – som andre mennesker – et behov for bedre økonomi. Det er denne største gruppen som gjennom sine organisasjoner representerer de gamle i politikken. Den neste gruppen – ca. 20 % – bor hjemme, men er avhengig av en god bolig, helsetjeneste og sosiale tiltak. Deres problemer kan ofte ikke løses med penger, og de kjenner derfor ikke behov for mer penger, men for effektive tiltak som gjør det mulig for dem å bli hjemme. Den siste gruppen – ca. 10 % – er i institusjoner, og deres behov er selvfølgelig bedre institusjoner, for eksempel med enerom.

Det ligger politiske konflikter og vanskelige prioriteringer mellom disse gruppene. Stort sett er det marginalgruppen på 20 % som har det vanskeligst, som trenger mest støtte og som politisk står svakest. Det er en viktig oppgave å støtte denne gruppen og peke på at små forskjeller i tilbud får store utslag – positive eller negative – for en marginal gruppe på snart 100 000 mennesker.

I tillegg er det selvfølgelig geriatriens oppgave å utforske og peke på betydningen av generelle forebyggende tiltak i samfunnet. Disse tiltakene har med planlegging, økonomi, trafikk, prispolitikk og mange andre ting å gjøre. De gamles behov prioriteres lavt i slike saker, og de trenger innsiktsfulle talsmenn.

### Slutt

Derfor har jeg gjort rede for geriatriens 5 utfordringer. På alle disse områder er geriatrien blitt stebarn, og jeg har forsøkt å vise at det ikke må være slik. Det er mulig å vende svakhet til styrke, for

på alle områder er det gode kort for dem som vil spille dem.

Finnes det noen fellesnevner i alt dette? Jeg tror vi bør samle oss om to krav. Det ene er fast lege for alle. Det andre er et aktivt forsknings- og undervisningsmiljø ved alle de medisinske fakultetene. Jo mer jeg har tenkt over dette, desto mer ser jeg det siste kravet som det aller viktigste og som nøkkelen til de andre. Derfor har jeg forsøkt å forme et slagord for gamlefronten i Norge, og det lyder: «4 unge proffer til de gamle», det vil si én professor i geriatri ved hvert medisinsk fakultet i Norge.

●