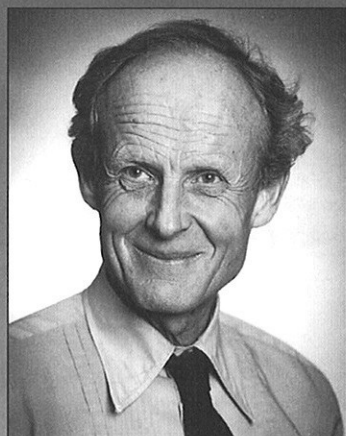


# Hvordan organisere helse-tjenesten for de eldre?

Peter F. Hjort



Han startet som indremedisiner og ble professor i blodsykdommer på Rikshospitalet. I 1969 dro han til Tromsø som formann for inkrimsstyret 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 71 år og er opptatt med prosjekter, forelesninger og sykling!

Mitt tema er formet som et spørsmål: Hvordan organisere helsetjenesten for de eldre? For å svare på dette spørsmålet, må jeg først gjøre rede for helseproblemene hos de eldre, fordi de utgjør bestillingen til helsetjenesten.

Innlegg på fastlege-seminaret i Tromsø 31.3.95

De eldres helseproblemer er et resultat av to forskjellige prosesser – aldersprosessen og sykdomsprosesser, se Figur 1.

## Aldersprosessen

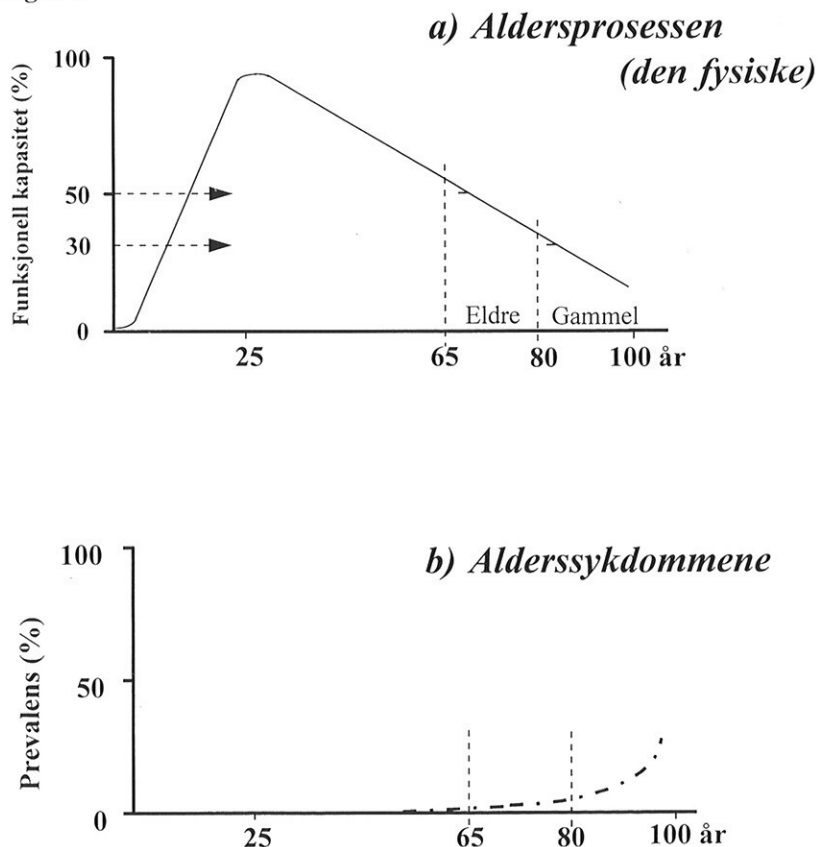
Aldersprosessen rammer alle, og vi deler den i tre områder:

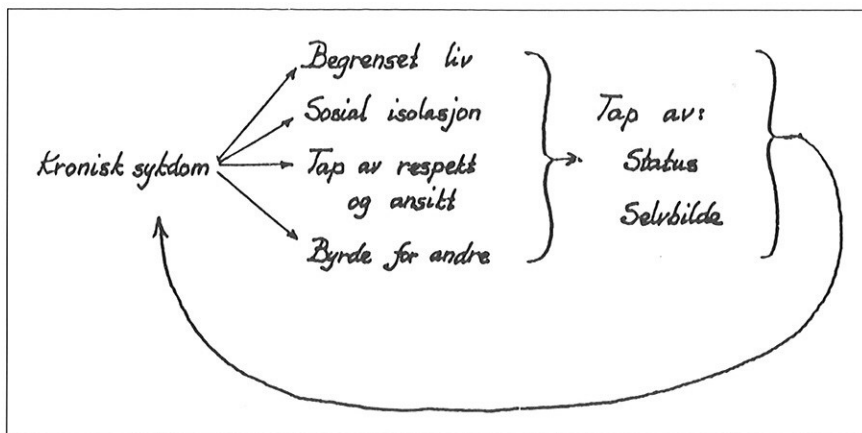
- Den biologiske aldersprosessen starter i 20-årene og går med jevn og ubønnhørlig hastighet. Den er kjennetegnet ved en gradvis reduksjon av organreservene til ca. 50% ved 70 års alder. Denne reduksjonen fører ikke til sykdom, men til økt sårbarhet for alle slags påkjenninger.

- Den mentale aldersprosessen starter mye senere, og den ytrer seg ved langsommere tempo og ved en viss glemsomhet – gamle blir langsommere, men ikke dummere. Et viktig trekk er svekket selvbilde, noe som også øker sårbarheten.
- Den sosiale aldersprosessen starter omkring pensjonen og er kjennetegnet ved at kontaktnettet reduseres – en gidder og orker mindre. I alvorlige tilfelle fører dette til isolasjon og ensomhet, og det øker selvfølgelig sårbarheten.

Aldersprosessen kan påvirkes, men ikke stoppes. Tre sett av faktorer bidrar til det gerontologene kaller

Figur 1





Tabell 1. Konsekvenser av kronisk sykdom.

vellykket aldring – «successful aging»:

- Det første er et godt liv på sol-siden av samfunnet, dvs. god utdanning, godt arbeid, god økonomi, god bolig og – frem for alt – gode familieforhold.
- Det andre er en god livsstil med sunn kost, daglig mosjon, ikke røyk og lite alkohol.
- Det tredje er en god personlighet med et lyst sinn, godt humør, optimisme, evne til å mestre livets problemer og evne til å skape seg et godt sosialt nettverk av familie og venner som vil en vel.

Alt dette betyr selvfølgelig at aldersprosessen forløper med forskjellig hastighet hos folk. Aldersprosessen øker derfor forskjellene mellom folk.

### Sykdomsprosessene

Sykdomsprosessene rammer ikke alle, og en kan dele dem i to store grupper:

- Den ene gruppen er «vanlige sykdommer», særlig hjerte- og karsykdommer, kreft og infeksjoner.
- Den andre gruppen er de spesielle alderssykdommene som demens, Parkinson, benskjørhet osv.

Gamle har mindre ressurser, er mer sårbare og trenger lengre

rekonvalesens enn yngre. Diagnostikken er vanskelig, fordi symptomene er mer vage. Behandlingen er vanskelig, fordi en så lett kommer opp i bivirkningsproblemer.

### Kombinerte problemer

Det er lett å se at alders- og sykdomsprosessene er filtret inn i hverandre, og spesielt ser en det etter 80 års alder, som er et statistisk skille. En kan si at geriatrien begynner ved 80 år, se Figur 1.

Helsetjenesten for de eldre skal møte disse kombinerte, sammensatte problemer med kompetanse og engasjement – «competence and compassion», sier engelskmenene. La oss nå se hvilke organisatoriske konsekvenser dette får for helsetjenesten. For å drøfte dette, ser jeg på alderdommen som en slakk, men ubønnhørlig utforkjøring preget av gradvis reduksjon i funksjon, mindre ressurser, økende sårbarhet og økende sykkelighet.

### Legen

Det er legen som får – og bør fange opp – de første signalene om at den gamle er kommet et stykke ned i utforkjøringen. Signalene kan komme i form av sykdom eller som helt diffuse tegn på funksjonstap. Det er selvfølgelig meget lettere for legen å fange opp disse signalene hvis legen og pasienten har kjent hverandre i flere år og hvis legen kjenner pasientens bak-

grunn, levekår og livssituasjon. Derfor er jeg ikke i tvil om at fastlegeprinsippet er riktig.

Når signalene begynner å komme, må legen erkjenne at pasienten er kommet til et nytt punkt i livet sitt – pasienten er fra nå av en risikoperson. Legen må tenke seg om og gjøre opp boet. Langt oftere enn vi er vant til tror jeg det vil være nyttig med en geriatrisk vurdering og en plan for fremtiden:

- Er det behov for en diagnostisk utredning?
- Bør det settes inn medisinske tiltak?
- Er det behov for forebyggende tiltak for å hindre ytterligere funksjonstap?
- Er det behov for boligendringer?
- Er det behov for mer omfattende rehabilitering?

Jeg tror det er en svakhet i norsk helsetjeneste at slike spørsmål enten ikke blir stilt eller blir stilt så sent at det er lite å gjøre.

### Hjemmehjelp

Omtrent samtidig med disse signalene til legen kommer det gjerne et signal til kommunen, nemlig en søknad om hjemmehjelp. Når denne søknaden kommer, bør kommunen sørge for en god vurdering, hvis legen ikke alt har gjort den. Dessuten bør kommunen sørge for at den har hjemmehjelpere som har opplæring, erfaring, godt skjønn og stabilitet. Det er en stor svakhet at hjemmehjelpstjenesten ofte mangler disse avgjørende trekkene.

### Hjemmesykepleien

Neste kritiske punkt er når pasienten trenger hjemmesykepleie. Det har skjedd en fantastisk utbygging av hjemmesykepleien i de siste 20 årene, og kvaliteten er ofte meget god. Men det er to svake trekk i organiseringen.

Det ene trekket er at kontinuiteten ofte er så dårlig. Pasien-

tene må forholde seg til stadig nye pleiere, til tross for at alle vet at gamle folk skal ha få og kjente mennesker rundt seg. På en eller annen måte må hjemmesykepleien løse dette problemet – dvs. å innføre primærsykepleie i hjemmesykepleien.

Det andre trekket er at samarbeidet med legene ofte er dårlig. Jeg tror at dette først og fremst er legenes skyld og at det henger sammen med motvilje mot hjemmebesøk. Jeg er overbevist om at det skal være et organisert samarbeid mellom hjemmesykepleien og primærlegen. Mange har pekt på at listesystemet hindrer dette samarbeidet og at vi derfor heller skulle organisere legene i et distriktsystem på samme måten som hjemmesykepleien er organisert. Et annet forslag er å gi hjemmesykepleien en fast lege som har geriatrikisk erfaring og la denne legen overta alle hjemmesykepleiens pasienter. Jeg kan se fordeler ved dette systemet, men jeg føler likevel at vi bør beholde listesystemet, men få legene til å gjøre hjem-

mebesøk og delta i et organisert samarbeid med hjemmesykepleien.

### Sykehjem

Det siste kritiske punktet er når det blir for vanskelig å ha pasienten hjemme. En kan klare seg lenge hjemme med hjemmesykepleie, evt. med tillegg av dagsenter. En kan også få mye ut av botilbud med service, enten en nå kaller det serviceboliger, livsløpsboliger eller bo- og behandlingssentre. Min erfaring er at servicen blir for svak når pasienten trenger kontinuerlig tilsyn, pleie og omsorg. Da kommer en ikke utenom sykehjem.

Skal sykehjemmet bli godt, må en bygge opp et stabilt personale og en gjennomtenkt kultur for virksomheten. Dette er vanskelig, og det krever tid og ildsjeler. Legens rolle er viktig i dette arbeidet, og jeg tror derfor at sykehjemmet bør ha en fast lege som har ansvar for alle pasientene. Det innebærer at pasientene må skifte lege i slutfasen av livet. Alternativet er at pasientens faste lege fortsetter behandling og tilsyn i syke-

hjemmet. Jeg tror to argumenter taler imot dette. For det første får ikke disse fastlegene tilstrekkelig tid og engasjement i sykehjemmet til å delta aktivt i utviklingen av en felles kultur i sykehjemmet. For det andre vil det ta alt for lang tid for dem å bygge opp kunnskaper og erfaringer i geriatri. Dette er samtidig argumenter for å ha faste sykehjemsleger, og jeg føler at disse argumentene er avgjørende. Jeg tror at disse faste sykehjemslegene bør være erfarne allmennpraktikere med interesse for geriatri.

### Slutt

Til slutt vil jeg si at det er viktig at kommunen bygger opp samarbeid og sammenheng i helsetjenesten for de eldre. Jeg tror at folk bør kjenne og like hverandre, og de bør møtes til felles diskusjoner om stadige forbedringer i tjenesten. Jeg tror dette er det aller viktigste i en god kommunal eldreomsorg.

*Peter F. Hjort  
Bjerkåsen 32  
1300 Sandvika*



## Signifikant bedring

Så har jeg igjen sett det i reklamen fra et farmasøytisk firma. Så har jeg igjen hørt det fra en legemiddelrepresentant.

- «Vårt preparat er signifikant bedre enn preparat X»
- «Det har blitt en signifikant bedring av sykdom Y ved bruk av vårt preparat.»

Og for at det ikke skal være noen tvil. Signifikantbegrepet i denne sammenheng betyr statistisk signifikant. Det vil si at «vårt preparat» har vist bedring som er statistisk signifikant. Og med det signifi-

kantsnivå vi aksepterer i medisinen betyr dette kort og godt at det er 95% (eller større) sannsynlighet for at den påviste forskjellen er en reell forskjell (bedring) og ikke skyldes tilfeldige variasjoner.

Men hvorfor fokuseres det så på begrepet signifikant i reklamen? Spekuleres det i legers statistiske uvitenhet, og prøver legemiddelindustrien å få oss til å tro at når det bare er påvist en akseptabel statistisk signifikans så er det ikke lenger noen tvil om preparatets kliniske betydning?

Legemiddelindustrien vet uten tvil at statistisk signifikans kan påvises for meget små forskjeller; forskjeller som har ingen klinisk betydning, og som gjør at det ikke er riktig å velge et nytt preparat fordi det i tillegg kanskje også er

dyrere og har flere bivirkninger.

Hvorfor kan vi ikke først bli fortalt om den reelle forskjellen i absolutte verdier mellom virkningen til ulike medikamenter, og så kan legemiddelindustrien etterpå få lov til å bevise at denne forskjellen er statistisk signifikant hvis vi mener at den påviste forskjellen i absolutte tall har klinisk betydning når det gjelder valg av behandlingsalternativ.

Så kjære legemiddelindustri. Slutt å bruke ordet signifikant/signifikans på denne måten som dere gjør nå. Lag også et lite ekstra kurs for noen av deres legemiddelrepresentanter. En del av dem tror også at en statistisk signifikant bedring er det som skal til for å skifte til et nytt preparat.

*Harald Torske, Kommunelege  
Kløbu kommune, Legeskontoret  
7060 Kløbu*