

fra: Rapport nr. 8, 1982. Avdel. Gerontologiske Institutt.

Peter F. Hjort:

FORSKNINGSOPPGAVER I GERONTOLOGI - GERIATRI

1. Æres den -

Jeg vil begynne med å takke dem som har reist gerontologien og geriatrien i Norge. Fire av dem er til stede her i dag, i alfabetisk rekkefølge: Eva Beverfelt, Viktor Gaustad, Per Hanssen og Gustav Vig. I tillegg bør jeg nevne Tobias Gedde-Dahl og Axel Strøm.

Det er naturlig å rette takken til Eva Beverfelt. Om få måneder - den 23. oktober - er det 25 år siden Nasjonalforeningens gerontologiske institutt ble åpnet, og du har hele tiden vært lederen. Jeg beundrer din utholdenhet, din integritet, din sans for kvalitet. Gerontologien er et vanskelig felt. Vi kan ikke se frem til forskningsmessige gjennombrudd som løser aldringens og eldreomsorgens problemer. Det finns ingen hemmelige triks, knapt nok geniale idéer. Desto viktigere er det tålmodige, skikkelige arbeid. Jeg har lyst til å tildele deg mitt yndlingsitat av en annen kvinne - Cora Sandel, som legger ordene i munnen på Alberte: "Gjør med meg, liv, hva du vil, men la meg få forstå, se og få erkjenne". Jeg tror de tre ordene - forstå, se og erkjenne - er målene for den forskning vi skal snakke om her. Takk, Eva.

2. Nomenklaturen

Så noen ord om ordene gerontologi-geriatri. Jeg innrømmer at disse definisjonene aldri har interessert meg. Men jeg tror at det kanskje er en feil, for ord spiller en rolle. Blant annet er de flagg en heiser over institutter og avdelinger.

Jeg ser på dette feltet som de to stammers møte - for å låne og omskrive et nordnorsk uttrykk. Den ene stammen er samfunnsvitenska-

pen, den andre er medisinen. Dessuten er det lett å se at vi står overfor både normale og sykelige prosesser. Dermed skulle vi ha en logisk og grei fire-felts tabell. Men det stemmer ikke, og vi mangler minst ett ord. Jeg innrømmer at jeg ikke får det til, og jeg tror det henger sammen med at enhver gammel person har elementer i seg fra alle fire feltene. Derfor blir oppdeling og inndeling kunstig, og jeg nøyer meg med å kalle det klinikerne - dvs. legene - driver med for geriatri. Resten får være gerontologi.

3. Forskningsmiljøer

Jeg synes dette blir noe lettere, hvis jeg forsøker å ta utgangspunkt i de forskningsmiljøer en trenger for de gamle. For å forenkle diskusjonen, begrenser jeg meg nå til Oslo, fordi jeg kjenner forholdene her. Men jeg mener selvsagt ikke at denne forskningen skal monopoliseres i Oslo.

Jeg tror vi trenger fire forskningsmiljøer for de gamle i Oslo:

1. Det første mangler vi helt, nemlig et miljø for biologisk aldersforskning. Jeg tenker på celler, biokjemi, immunologi, fysiologi osv. - dvs. endringene i livsprosessene med alderen. Jeg går ut fra at en står overfor et intrikat samspill av primære og sekundære endringer, av årsaker og virkninger. Det vil være umulig å begrense denne forskningen til normale aldersprosesser, for det er antakelig uskarpe grenser mellom alder og sykdom. Et selvsagt eksempel er den gamle organismens reaksjon på infeksjon. Likevel synes jeg denne forskningsaktiviteten er lett å definere og avgrense. Jeg mener det haster med å få i gang en slik forskning, fordi den representerer en intellektuell grunnmur under det neste miljøet.

2. Det andre forskningsmiljøet mangler vi delvis, nemlig et miljø for klinisk forskning i geriatri. Her studerer en sykdommene - klinikk, diagnose og behandling. Kontrollerte kliniske forsøk blir en viktig del av arbeidet, og dette miljøet grener seg ut i alle de

andre kliniske forskningsmiljøene - i kirurgi, medisin, øyensykdommer, nevrologi osv. Også denne oppgaven synes jeg er lett å avgrense og definere - med én viktig reservasjon, nemlig gerontopsykiatrien.

Jeg innrømmer at jeg er i tvil om hvorledes jeg skal forholde meg til gerontopsykiatrien - både klinisk og forskningsmessig. Som sykehjemslege i Oslo har jeg måtte venne meg til å klare meg uten psykiatrisk hjelp, og jeg har begynt å tro at det i de fleste tilfeller er riktig. Det skyldes for det første at de alvorlige psykiatriske sykdommene hos gamle har et klart biologisk grunnlag - det dreier seg om organiske sykdommer i hjernen. For det annet skyldes det at disse sykdommer er så hyppige at den alminnelige lege må ta hånd om dem. Endelig skyldes det for det tredje at vi har merket at miljøet i sykehjemmet er blitt tryggere og bedre etter at vi ga opp å få overført alle disse pasientene til psykiatriske avdelinger og sa til oss selv at dette får vi prøve å greie selv. Derfor er jeg i tvil om hvorvidt det er riktig og nyttig å lage et skarpt skille mellom gerontopsykiatri og geriatri - både i klinikk og forskning. Men jeg understreker at jeg er i tvil, og dette er ett av de problemer jeg håper å vinne større klarhet over her på Lysebu. Jeg understreker at jeg ikke går imot gerontopsykiatri, men er opptatt av å knytte den nært til geriatrien.

3. Det tredje forskningsmiljøet har vi iallfall en antydning til, nemlig helsetjenesteforskning. Den geriatrike delen av denne forskningen studerer helsetjenesten for de gamle - behov, tilbud og forbruk. Ett brennende spørsmål er grensen mellom institusjon og hjemmetjenester, og i hvilken grad det er mulig og tjenlig å redusere institusjonsforbruket ved å bygge ut hjemmetjenestene - altså substitusjons-mulighetene mellom dem. Mange faktorer kommer inn her, i et en kunne kalle spillet om innleggelser i institusjon - medisinske, sosiale, økonomiske, administrative og andre. Aksjonsforskning er en del av denne forskningen.

Jeg tror ikke det er rimelig å bygge opp et eget miljø for utforsk-

ningen av de gamles helsetjeneste. Men jeg tror disse problemene vil være en viktig del av helsetjenesteforskningen - iallfall i flere år fremover.

4. Det fjerde forskningsmiljøet er egentlig det første, nemlig den samfunnsvitenskapelige delen av aldersforskningen - både den normale og den problemfylte. Her er oppgaven å studere aldersutviklingen og vekselvirkningen mellom det aldrende individ og samfunnet. Dette feltet er vidt - psykologi, sosiologi, økonomi og politikk.

Det er lett å kritisere denne oversikten med at den er tradisjonell og fantasiløs. Men det er samtidig dens styrke, for det gjør den realistisk. Den kan bygges opp uten å nedkjempe motstandere og uten drastiske omlegginger. I praksis kan den tilpasses slik her i Oslo:

- Det må bygges opp et nytt miljø for biologisk aldersforskning, og jeg synes mange argumenter taler for at det bør ligge på Rikshospitalet
- Det må bygges ut et påbegynt miljø for klinisk forskning i geriatri ved Ullevål
- Vi har så noenlunde et miljø for helsetjenesteforskning i vår forskningsgruppe
- Og vi har Gerontologisk institutt

Dette betyr at vi ikke har gjort noen feil enda, men at vi har gjort så altfor lite. Det er ikke noe dårlig utgangspunkt.

4. Forskningsoppgaver

Hvis denne oversikten er noenlunde rimelig, er neste skritt å utvikle forskningsprogrammer for disse fire miljøene. To ting blir viktige da:

- Å sørge for at disse programmene griper inn i hverandre og utgjør en rimelig helhet uten overlappinger.
- Å sørge for at denne forskningen ses i sammenheng med annen forskning på hvert enkelt felt - f.eks. biologi, psykologi,

klinikk og helsetjenesteforskning.

Det er klart at en her også må se på landet som helhet og utnytte de mulighetene som ligger i Bergen, Trondheim og Tromsø.

Jeg vil så prøve å si noe om det som skulle være hovedemnet her på Lysebu: "Sentrale forskningsoppgaver, slik jeg ser det".

1. I den biologiske grunnforskningen tror jeg ikke valget av forskningsoppgaver er så viktig. En bør velge oppgaver som passer inn i det miljøet en skaper - avhengig av forskerne, metodikk, utrustning osv. Derfor venter jeg spent på hva forskerne selv har å si om dette i morgen.

2. I den kliniske forskningen ville jeg være mest interessert i store og praktiske problemer - f.eks. urinveisinfeksjoner, inkontinens, svimmelhet, falltendens med brudd osv.

Jeg ville også være lysten på å ta opp banale arbeidsproblemer, f.eks. metodikken for undersøkelse og vurdering av gamle og verdien av sjekklister og problemlister. Jeg tror det er mye å vinne i den praktiske klinikken ved å finne frem til og innarbeide praktiske arbeidsvaner. Ett eksempel er rasjonell bruk av laboratorier, og et annet er bruk av problem-orientert sykejournal.

Det er klart at behovene - både for legemidler, annen behandling og fysioterapi - er uuttømmelige forskningsoppgaver. Ta beroligende midler, sovemidler og avføringsmidler som eksempel.

Endelig vil jeg nevne ett problem som jeg tror er helt sentralt. All vår diagnostikk sikter mot å avdekke svakhet og defekter, til tross for at skjulte ressurser og hemmelig styrke ofte er langt viktigere. Hvorfor må noen forholdsvis spreke på sykehjem, og hvorfor kan noen uhyre skrøpelige klare seg hjemme? Per Wium har belyst dette problemet i Oslo, men det er mye igjen å gjøre her. Jeg har tidligere prøvd å illustrere dette problemet med et eksempel: Ta et menneske og

plasser det på Hallingskarvet i tett tåke, kuling og snedrev - sul-
ten, sliten og engstelig. Diagnosen er grei, men prognosen avhenger
av en eneste ting - har pasienten kompass? Jeg er overbevist om at
det er tilsvarende situasjoner i klinikken, og vi trenger å diagno-
stisere reserver og ressurser.

3. I helsetjenesteforskningen har jeg alt nevnt problemene - først
og fremst gråsonen mellom hjem og sykehjem. Jeg ønsker meg f.eks. en
representativ undersøkelse av 7%-regelen og hvordan den påvirkes av
aldersstrukturen i befolkningen og hjelpetiltakene i kommunen. Men
jeg ønsker meg også kombinert forskning og undervisning - prosjekter
som sikter mot å bedre personellens kyndighet og holdninger.

4. I den samfunnsvitenskapelige gerontologien er ikke jeg den rette
til å foreslå prosjekter, men jeg kan godt nevne noen ønskemål:

- Sammenhengen mellom sosial gruppe og aldring
- Økonomien hos eldre: Hvordan bør vi bruke knappe ressurser -
høyere pensjoner eller mer tjenester?
- Fleksibel pensjonsalder
- Aktivisering og arbeid
- Solidaritet mellom eldre - yngre eldre som hjelper de eldste
- Bolig
- Deltakelse i samfunn og politikk

Alt dette er jo bare forslag, og jeg gleder meg til å høre hva sam-
funnsforskerne selv mener.

5. Jeg har ett punkt til på listen. Hittil har jeg jo operert med fi-
re separate miljøer, og det er selvfølgelig avgjørende å knytte dem
sammen. Det beste midlet - i virkeligheten det eneste virksomme - er
felles prosjekter. For min del er jeg ikke i tvil om hvilket felles
prosjekt jeg ønsker meg, nemlig senil demens. Jeg ser for meg et
stort tverrfaglig prosjekt, eller knippe av sammenhengende prosjekt-
er om epidemiologi og genetikk, klinikk med diagnose og behandling,
nevropatologi, dyreforsøk og biologi, sosial medisin, helsetjeneste-
forskning.

Jeg ønsker å gjøre senildemens til det den er, nemlig en spennende og interessant sykdom som rettferdiggjør ti års tverrfaglig forskning. Jeg skulle ønske at vi i løpet av dette seminaret kunne få denne tanken av stabelen, og jeg tror vi bør hente valgspråket fra amerikansk næringsliv: "Think big".

5. Forum

Jeg har enda ett punkt igjen. I løpet av dette seminaret bør vi overveie om vi trenger et spesielt forum for å drive aldersforskningen videre, f.eks. et årlig seminar av denne typen. Jeg er fullt klar over at vi har Norsk selskap for aldersforskning, men jeg tror kanskje vi trenger et praktisk forum for å drøfte denne forskningen, ikke bare idéer og prosjekter, metoder og materiale, organisasjon og finansiering, men også etiske problemer, fantasi og samarbeid. Kanskje trenger vi et fellesskap for å drive dette frem? Jeg tror det, men jeg er usikker på hvordan det bør gjøres.

6. Slutt

Det var det jeg hadde å si - foreløpig. Jeg har fulgt oppfordringen og forsøkt å spekulere fritt - med den risiko det fører med seg å si noe uklokt eller å trække noen på ømme tær. Til gjengjeld er omtrent alt foreløpige og usikre standpunkter som når som helst kan overveies på nytt og endres.

GERONTOLOGI OG GERIATRI

DE TO STAMMER	NORMAL ALDRING	SYKDOMMER OG PROBLEMER I ALDERDOMMEN
MEDISIN	GERONTOLOGI - BIOLOGI	GERIATRI - GERONTOPSYKIATRI
SAMFUNNSVITENSKAP	GERONTOLOGI - PSYKOLOGI - SOSIOLOGI	? (ISOLASJON, PASSIVITET ETC.)