

# Fler vårdbehövande

## familjens roll och samhällets ansvar



Mats Thorslund, red

## Sykdommer og funksjonshemninger hos eldre

Peter F. Hjort

### Innledning

Dette innlegget handler om eldre, og jeg må begrense meg til deres sykdommer, funksjonshemninger og hjelpebehov. Jeg har ikke tid til å si noe om alt det positive jeg har opplevd med eldre – deres kunnskaper og erfaringer, deres vilje og humor, deres evne til å klare seg selv på tross av plager og problemer, deres fine resignasjon og deres mot. Jeg vil at dere skal ha alt dette med i tankene når jeg nå konsentrerer meg om sykdommer, funksjonshemninger og hjelpebehov.

Jeg starter med en definisjon. Verdens helseorganisasjon sier at alderdommen begynner ved 65 år. Da er man blitt "elderly" eller eldre. Når man passerer 80 år, er man blitt "old" eller gammel. Amerikanerne snakker ofte om "the young old and the old old", og skillet går ved 80 år. Dette er et statistisk skille, og i praksis er det markert. Det henger sammen med at frekvenskurvene for sykdommer, funksjonshemninger og hjelpebehov er eksponentielle og stiger brått etter 80 år. Dette betyr at vi kan bruke antall over 80 år som et kvantitativt mål for det vi med et forferdelig uttrykk kaller "omsorgsbyrden", "the burden of care". I Norge er ca. 23 % av de eldre over 80 år.

### De sentrale spørsmål

De sentrale spørsmål i eldreomsorgen er disse:

1. Hvor mange over 80 år blir det i årene fremover?
2. Hva slags sykdommer og funksjonshemninger får de?
3. Hva slags og hvor mye hjelp vil de trenge?
4. Hvordan blir fordelingen mellom privat og offentlig hjelp?

Resten av innlegget skal jeg bruke til å forsøke å svare på disse spørsmålene.

## Hvor mange?

Det første og enkleste spørsmålet er hvor mange over 80 år det blir, f. eks. frem til år 2010? De statistiske sentralbyråene i de nordiske land publiserer statistiske prognoser for befolkningen. Slike prognoser er enkle å beregne når man er blitt enige om premissene for beregningene. Men premissene er avhengige av fantasien til å tenke fremover, og det er vanskelig. Som eksempel nevner jeg prognosen for antall mennesker 80 år og eldre i Norge i 1990. Det faktiske tallet ble 156 279 (1). Prognosen i 1972 var en grov undervurdering nemlig 131 016 (2). I 1982 var man blitt klar over at levealderen for de eldste var økt betydelig, og prognosen skjøt litt over målet, nemlig 162 493 (3). Dette eksemplet illustrerer at den økte levealderen for eldre var et nytt fenomen, faktisk ukjent i historien. Den norske prognosen for de kommende 20 år er 199 794 mennesker 80 år og eldre i 2010 (1), altså en økning på 27,8 % eller vel 1 % pr. år. Kan vi stole på dette tallet? Jeg vil kort diskutere tre problemer.

For det første vil medisinsk behandling redde mange gamle menneskers liv. F.eks. vet vi at selv meget gamle og skrøpelige mennesker tåler store kirurgiske operasjoner som er godt planlagt (4). Det er klart at dette er med på å øke antall gamle, og en del av dem som reddes til fortsatt liv vil ha kronisk sykdom og funksjonshemming.

For det andre vet vi at forebyggende tiltak i økende grad forhindrer unødvendige tidlige dødsfall, slik at flere mennesker blir gamle. En viktig illustrasjon av dette er nedgangen i dødelighet av hjerte- og karsykdommer i Norge (5). Sparte liv betyr selvfølgelig flere eldre.

For det tredje føres det en livlig diskusjon om en tankegang som er lansert av den amerikanske epidemiolog J.V. Fries (6). Det er to nøkkelpunkt i denne tankegangen. Det første er at menneskene – som andre dyrearter – er programmert for en viss levealder, og Fries har beregnet den til 85 pluss/minus 7 år. Det andre er at forebyggende helsearbeid forhindrer en rekke sykdommer som stjeler liv fra årene. Dette fører til det han kaller "compression of morbidity" til de siste leveårene, dvs. at de gamle holder seg friske lenger og får en god død etter kort tids sykdom. Forebyggende arbeid gir et friskere, men ikke særlig lengre liv, for lengden kan ikke øke noe vesentlig ut over programmet på 85 pluss/minus 7 år. Dette er jo meget optimistiske toner, både for den enkelte og for samfunnet. Men budskapet er omstridt, dels fordi statistikken tolkes forskjellig (8), dels fordi de eldste lever lengre nå enn før, og dels fordi alle land har erfart at antall meget gamle mennesker og budsjettet til eldreomsorgen fortsetter å øke.

Min konklusjon er at tallene taler for at de gamle blir friskere og lever lenger. Hvis Fries har rett at vi er programmert for en gitt levealder, ser det ut til at den er høyere enn 85 år. Vi må derfor innstille oss på fortsatt økning i antall over 80 år og fortsatt økning i utgiftene til eldreomsorgen. Jeg tror at den norske prognosen jeg nevnte ovenfor er omtrent riktig.

### Hva slags helse?

Helsen har tre delar – kropp, sinn og sosialt liv. Hvordan vil utviklingen bli for disse tre delene?

For kroppen vet vi at eldre ved en gitt alder nå er blitt friskere enn de var før. Det er rimelig å tro at det henger sammen med at livet har vært mildere mot dem enn før. De har fått bedre utdanning, lettere arbeid, bedre bolig og bedre økonomi, og de når høy alder med mindre slitasje enn før. Likevel vil de ha hele spekteret av legemlige sykdommer, og én spesiell sykdom, nemlig osteoporose eller benskjørhet, er blitt hyppigere og alvorligere. Medisinsk behandling er blitt bedre for hele sykdomsspekteret. Min konklusjon er at legemlig sykdom kan behandles, og hjelpetiltakene i hjemmet – hjemmehjelp, hjemmesykepleie og legetjenester – vil stort sett makte denne oppgaven. Likevel vil jeg advare to spesielle risikogrupper – alkoholister og storøkere. De pådrar seg ofte så mange og så store problemer og sykdommer at det kan være håpløst å håndtere dem hjemme.

Det store problemet er den senile demens, spesielt når den slår ut i uro, vandring, aggresjon og åpenbar forvirring. Slike problemer er vanskelige å klare i hjemmet, og aldersinstitusjonene fylles opp med slike pasienter. Grovt kan en regne at ca. 70 % av pasientene i langtidsinstitusjonene – sykehjem i Norge – er senil demente. Så lenge vi ikke kjenner årsaken til senil demens, kan vi ikke forebygge den. Antallet slike pasienter vil derfor øke proporsjonalt med antall eldre, spesielt eldre over 80 år. Mange av dem ender i institusjon etter lang tids sykdom. Tidspunktet avhenger av om de har familie og hvor mye familien tåler av belastning (9).

De sosiale forhold spiller stor rolle – på to måter. Uten familie og sosialt nettverk blir den gamle etter hvert isolert, mister interesser og engasjement og kan forfalle til depresjon og "sosial demens". Samtidig ser vi at de som bor alene kommer tidligere i institusjon (10). Derfor er det bekymringsfullt at det å bo alene – enpersons-hushold – har økt kraftig (11). Det øker sårbarheten i betydelig grad. Derfor vil skilsmissemfrekvensen påvirke eldreomsorgen i fremtiden.

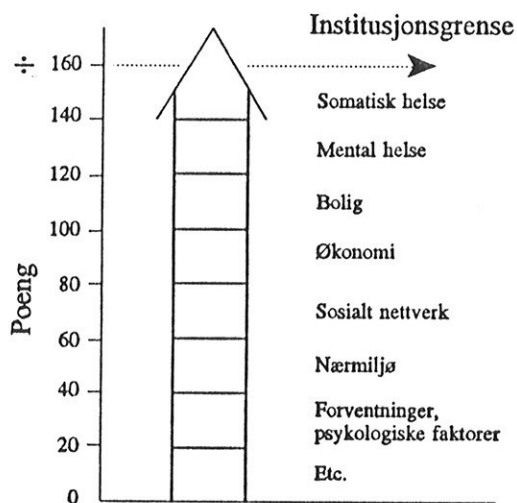
Konklusjonen på disse vurderingene er at den legemlige helsen er blitt bedre, at senil demens øker i takt med antall eldre og at de sosiale beskyttelsesfaktorene er svekket.

En viktig faktor har jeg ikke berørt. Det er den gamles "spirit". Mange av dagens gamle har levd et strevsomt og nøysomt liv – generasjonen som slet seg gjennom og vant krigen. En skotsk sosiolog, Rory Williams, har intervjuet gamle mennesker i Aberdeen, og han summerer opp deres holdninger med tre ord – "a protestant legacy", fordi disse gamle var preget av arbeidsdisiplin, puritanisme og vilje til å klare seg selv (12). Glostrup-undersøkelsen i Danmark viste at dagens eldre er friskere og har det bedre, men tar det dårligere enn tidligere generasjoner. Blant annet bruker de mer piller og mer alkohol (13). Hvis pendelen svinger fra beskjedenhet og nøysomhet til egoisme og krevende bortskjemthet, vil belastningen øke – både for de pårørende og for samfunnet. Heldigvis synes jeg ikke vi ser tegn til dette blant dagens gamle i Oslo.

### Hva slags hjelp?

Hva slags hjelpetilbud må vi organisere for morgendagens eldre? Det går én avgjørende grense i eldreomsorgen, og det er grensen mellom hjem og institusjon. 1980-årene var preget av en sterk vilje til å bygge opp hjemmetjenestene og å bygge ned institusjonene. Den svenske Hudiksvall-modellen (14) gikk f.eks. som det store og strålende eksempel i Norge. Dette var en viktig og langt på vei riktig bevegelse, fordi hjemmetjenestene var for dårlig utbygd, og mange eldre flyttet på institusjon til tross for at de kunne klart seg hjemme. Spesielt gjaldt dette fysisk skrøpelige og mentalt klare gamle mennesker. Det fantes derfor en reserve som kunne tas ut, men nå er den tatt ut. Jeg er blitt overbevist om at vi må satse på begge fronter, både på hjemmetjenestene og på institusjonene, og omtrent i takt med økningen i antall eldre. I dag har vi i Norge ca. 4,9 sykehjemssenger pr. 100 mennesker over 80 år. Jeg tror vi må opprettholde omtrent dette forholdet.

Hjemmetjenestene har fem hovedelementer – fast og personlig lege, fast hjemmehjelp, hjemmesykepleie på dag- og kveldstid, gode botilbud, og gode dagtilbud. Vi bør ha råd til å satse skikkelig her, for det er likevel billigere enn institusjonsomsorg. Spesielt vil jeg fremheve betydningen av serviceboliger og gode dagtilbud. Dessuten vil jeg peke på én måte å se problemet på, se Fig. 1. De gamle har nesten alltid sammensatte problemer, og det gjelder å satse på de områdene hvor det er størst sjanse for å lykkes med å holde dem hjemme. Dette innebærer ofte at en må interessere seg mer for den gamles sterke områder enn for de svake.



Figur 1. Den gamles evne til å klare seg selv reduseres gradvis, og til slutt overskrides institusjonsgrensen. Figuren antyder at minuspoengene samles fra mange kilder.

Eldreinstitutionene er viktige og må få gode forhold – dvs. god plass og godt personale. Jeg tror kombinerte institusjoner med dagtilbud, skjermet avdeling for demente, god omsorg og god dødspleie er målet. Det er viktig å holde nær kontakt med de pårørende også etter at den gamle er kommet på institusjon.

### Privat eller offentlig hjelp?

Det siste spørsmålet er fordelingen mellom privat og offentlig hjelp til de eldre. Slike beregninger er vanskelige, men det er et vanlig funn at de pårørendes ytelser til de hjemmeboende og hjelpetrengende eldre er omtrent det dobbelte av den offentlige hjelpen – altså  $\frac{2}{3}$  privat mot  $\frac{1}{3}$  offentlig hjelp (15). Går den private andelen ned, vil det føre til betydelig økning av behovet for institusjonsplasser.

Det er vanskelig å spå om utviklingen her. Den vil avhenge av tre faktorer:

- antall pårørende som kan hjelpe
- yrkesaktiviteten, spesielt for kvinner og yngre eldre
- de pårørendes vilje til innsats



De første to faktorene er vurdert av Thorslund ved denne konferansen (16). Den siste er usikker. Mine erfaringer i Oslo tyder på at de pårørende fremdeles har en klar og sterk vilje til insats for sine eldre slektninger. Dette gjelder fremdeles først og fremst kvinner, men jeg tror at menn i økende grad vil engasjere seg i dette arbeidet.

## Konklusjon

Eldreomsorgen er en stor utfordring, og den må utbygges og rustes opp, både kvalitativt og kvantitativt. Behovene øker med vel 1 % om året, og vi må satse både på hjemmetjenester og institusjoner.

Men det er én avgjørende faktor, som er viktigere enn alle andre, og det er om vi klarer å bevare og styrke solidariteten i samfunnet. Med dette mener jeg en følelse av samhørighet, trygghet og fellesskap – både i familiene og i samfundet. Vi må slutte å snakke om *de* funksjonshemmede og *de* gamle, for før eller senere ender vi alle i minst en av disse gruppene – oftest i begge. Da blir vi avhengige av å leve i et samfunn som bygger på solidaritet. Derfor sammenfatter jeg alt jeg har å si i dette slagordet: "Vær egoist – vis solidaritet".

## Referanser

1. Norges offisielle statistikk. *Framskrivning av folkemengden 1990-2050. Nasjonale og regionale tall*. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1991.
2. Norges offisielle statistikk. *Framskrivning av folkemengden 1972-2000. Regionale tall*. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1972.
3. Norges offisielle statistikk. *Framskrivning av folkemengden 1982-2025. Regionale tall*. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1982.
4. Andrén-Sandberg Å, Nilsson K. Ingen större fara elektivt operera patienter, äldre än 90 år. *Läkartidningen* 1991;88:2759-60.
5. Statens helseundersøkelser. *Håndbok for hjerte-kar-undersøkelsen. 40-åringsprosjektet*. Oslo: Statens helseundersøkelser, 1987.

6. Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *N Engl J Med* 1980;303:130-6.
7. Fries JF, Green LW, Levine S. Health promotion and the compression of morbidity. *Lancet* 1989;1:481-3.
8. Schneider EL, Brody JA. Aging, natural death and the compression of morbidity: Another view. *N Engl J Med* 1983;309:854-6.
9. Mace NL, Rabins PV. *The 36-hour day. A family guide to caring for persons with Alzheimer's disease, related dementing illnesses, and memory loss in later life*. Baltimore: the Johns Hopkins University Press, 1981.
10. Andreassen S, Nilsson F. *Sykehjem – hjem for hvem? Analyse av pasientbelegget i sykehjem i fem kommuner*. Oslo: SIFFs gruppe for helsetjenesteforskning, Rapport nr. 3, 1985.
11. Brevik I. *Eldreomsorg år 2000. Befolkningsutviklingen og konsekvenser for utbygging av offentlig eldreomsorg*. NIBR-notat 1984:146. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning, 1984.
12. Williams R. *A protestant legacy. Attitudes to death and illness among older Aberdonians*. Oxford; Clarendon Press, 1990.
13. Schroll M. *Nye tider – nye ældre*. Helbred. København: EGV-Fonden, 1989.
14. Sundman L. *Utvärdering av Hudiksvallmodellen för äldreomsorg*. Uppsala: Institutionen för socialmedicin, Akademiska sjukhuset, 1990.
15. Nygaard E. *Ulønnet omsorg for gamle – er den noe verd?* Oslo: SIFFs gruppe for helsetjenesteforskning, Rapport nr. 3, 1983.
16. Thorslund M. Vad påverkar vårdbehov och vårdpotential? I: Thorslund M (red). *Fler vårdbehövande – familjens roll och samhällets ansvar*. Tammerfors, 1992.