

Geriatrici — er du fornøyd med resultatet?

Peter F. Hjort

1. Innledning

Mitt svar på redaktørens spørsmål er klart: «Nei, jeg er ikke fornøyd med resultatet». Dette svaret bygger på mitt eget subjektive skjønn, og redaktøren har krav på en rede-gjørelse for hva jeg hadde ventet og en begrunnelse for hvorfor jeg ikke er fornøyd.

Jeg bygger på mine egne erfaringer og refleksjoner, dels fra helsetjenesteforskningen og dels fra et sykehjem i Oslo. Dette materialet er selvfølgelig begrenset, og jeg understreker derfor at mitt svar bygger på skjønn, ikke på en systematisk vitenskapelig vurdering.

2. Geriatrici — praktisk definisjon

Geriatrici er læren om de eldre sykdommer og problemer, både fysiske og psykiske. Det er vanlig å sette en aldersgrense nedad på 65 eller 70 år (1). En så bred definisjon og en så lav aldersgrense gjør imidlertid geriatrici så omfattende at den bokstavelig talt drukner i massen. Jeg minner om at ca. 50 % av det norske helsebudsjettet går til befolkningen over 70 år (2). Jeg tror at mangelen på presisering har skylden for at resultatet er blitt dårlig. En spesialitet som påtar seg ansvaret for halvparten av helsetjenesten kan ikke regne med å bli tatt alvorlig.

En må derfor lete seg frem til kjernen — til den *egentlige* geriatrici. En kan prøve tre veier:

En måte er å heve aldersgrensen. Jeg spurte en gang en av geriatriciens fedre, Sir Ferguson (3), om hvor han satte aldersgrensen. «Geriatrics begins at 75», var hans svar. Grensen må imidlertid avhenge av de gamles helse og levekår, og jeg tror at 80 år er en rimeligere grense i Norge. Likevel tror jeg at avgrensning

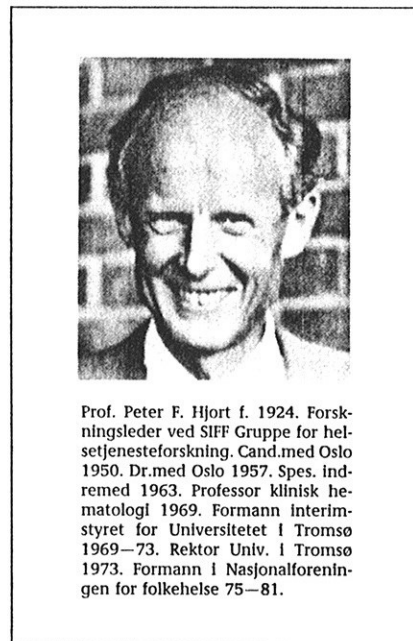
etter alder ikke er noen god fremgangsmåte.

En annen måte er å gå igjennom de enkelte spesialiteter og forsøke å trekke grenser, f.eks. mellom oftalmologi og geriatrici. Dette bringer en imidlertid opp i meningsløse vurderinger. Når en øyenlege opererer en 90-åring for grå stær, vil han nok hevde at han driver oftalmologi og ikke geriatrici. Spesielt tror jeg dette avgrensningsspørsmålet er vanskelig i indremedisinen, og mange indremedisinere føler nok at geriatrici i realiteten er indremedisin på gamle pasienter. Siden jeg selv er indremedisiner, har jeg spekulert meget over hva som er forskjellene mellom indremedisinen og geriatricien. Tab. 1 viser resultatet av disse spekulasjonene — satt på spissen. De viser, synes jeg, at det ikke er en fruktbar vei å avgrense geriatrici i forhold til hver enkelt av de andre spesialitetene.

Den tredje måten er derfor å spørre: Hva er det spesielle for geriatricien? Jeg tror svaret må bli: Kjernen i geriatricien er funksjonsvurdering, prognostikk og rehabilitering. Det ligger i dette svaret at:

- pasientene som regel er gamle, ofte over 80 år, og har en betydelig redusert funksjon
- pasientene har gjennomgått en fullstendig medisinsk diagnostikk.

Det er geriatriciens spesielle oppgave å vurdere pasientens utsikter og muligheter og legge opp et rehabiliteringsopplegg, inkludert medisinsk behandling, som styrker funksjonen og bedrer pasientens muligheter for å klare seg lengst mulig i sitt eget hjem. I praksis er det dette



Prof. Peter F. Hjort f. 1924. Forskningsleder ved SIFF Gruppe for helsetjenesteforskning. Cand.med Oslo 1950. Dr.med Oslo 1957. Spes. indremed 1963. Professor klinisk hematologi 1969. Formann Interimstyret for Universitetet i Tromsø 1969—73. Rektor Univ. i Tromsø 1973. Formann i Nasjonalforeningen for folkehelse 75—81.

som er oppgaven, og dette er også kjernen i de mange modeller for god eldreomsorg, f.eks. i Hudiksvall-modellen (4).

I tillegg tror jeg at leger med geriatricisk erfaring er særlig skikket til å lede omsorgen i livets slutfase for gamle mennesker.

Dette er mitt praktiske bilde av geriatricien. Det tar utgangspunkt i gamle menneskers behov mer enn i en avgrenset del av den medisinske lærebygning. Det tar også utgangspunkt i det behov helsepersonellet i eldreomsorgen venter at legene skal fylle. De vil ha svar på to spørsmål: Hva kan vi gjøre, og hva kan vi vente å oppnå? Erfaringene f.eks. fra Hudiksvall (4), viser at geriatere

Tabell 1. Geriatrici er mer enn indremedisin

	Indremedisin	Geriatrici
Problemstilling	Hva er sykt?	Hva er friskt?
Focus	Det syke organ	Hele pasienten, hennes hjem og nettverk (pasientens totale ressurser)
Diagnostikk	Sykdomsdiagnose	Funksjonsvurdering
Terapi	Medisinsk behandling	Trening og rehabilitering

er mer optimistiske enn indremedisinere og at det ofte er dekning for denne optimismen.

3. Geriatrien — hva hadde jeg tenkt?

Geriatrien har fått sin plass ved universitetene, se f.eks. planen for Universitetet i Oslo (1), og i de offentlige dokumenter, se f.eks. loven om sykehjemmene (5). Geriatrien har også fått status som grenspesialitet under indremedisinen. På bakgrunn av slike dokumenter og det økende antall gamle mennesker hadde jeg ventet at:

- geriatrien var blitt et viktig undervisningsfag ved universitetene
- geriatrik forskning hadde fått spesielt gode vilkår
- spesialiteten geriatri hadde trukket til seg mange unge, dyktige og dynamiske leger som hadde utviklet spesialiteten videre
- alle sykehus hadde bygd opp geriatrik spesialkompetanse, slik loven (5) forutsatte
- geriatrik kompetanse ble tilgjengelig for gamle mennesker som trengte det

Disse forventningene var godt begrunnet. Det var et stort og økende behov, det var et godt medisinsk grunnlag, det var et bredt erfaringsmateriale, og det var politisk vilje. Min eneste bekymring var den manglende entusiasme i den medisinske profesjonen og dens lederskap. Men jeg trodde at det ville endre seg.

4. Hvordan er det gått?

Hvordan er det så gått med disse forventningene? Min subjektive vurdering ser slik ut.

For det første er geriatrien ikke blitt et viktig og høyt prioritert undervisningsfag ved universitetene. Det er nok på gli, men det går for langsomt, og — med noen få unntak — er det liten entusiasme å merke. På en måte er dette merkelig, for geriatrien er ikke mindre intellektuelt utfordrende enn de andre fagene. Dessuten har jo professorene gamle slektninger som kunne hatt nytte av geriatrik service. Jeg tror forklaringen må være at et hvert nytt fag må kjempe seg til timer på studieplanen og penger på budsjettet. Mange representanter for nye fag har fått merke at dette er en «uphill fight».

For det andre har geriatrik forskning ikke fått den medvind den kunne trenge. Vi hadde trengt brede og sterke geriatrike forskningsmiljøer, på høyde med miljøene i kreftforskning og hjerteforskning. Det er gode anstalter på flere steder, men det er langt frem. Jeg skulle ønske meg at geriatrik forskning hadde 10 % av kreftforskningens ressurser.

For det tredje har det gått smått med å bygge opp en livskraftig geriatrik spesialitet. Mange vil oppleve dette som en urettferdig påstand, for det fins mange dyktige geriater, men spesialiteten har ikke fristet de unge og faglig ærgjerrige legene. I de siste par årene er det imidlertid tegn til bedring.

For det fjerde er det bare noen få sykehus som har bygget opp en kompetent og aktiv annenlinjetjeneste i geriatri. Jeg opplever at sykehusene avviser hele tanken om en annenlinjetjeneste i geriatri og henviser geriatrien til kommunehelse-tjenesten. Geriatrien taper i prioriteringskonfliktene ved sykehusene. Den får — i beste fall — komme når sykehusene får bedre råd.

For det femte må svært mange gamle pasienter klare seg uten tilbud om geriatrik vurdering og rehabilitering. I praksis er geriatrien blitt de forsømte muligheters fag. Likevel hører en sjelden klage over dette. Det er mangelen på pleieplasser som skaper politisk harme, ikke mangelen på en aktiv geriatri som kunne redusert behovet for pleieplasser.

Jeg har malt et mørkt bilde av geriatrien i dag, og jeg bør peke på at mye av eldreomsorgen er bra. Store deler av hjemmesykepleien, eldresentrene, dagsentrene, hjemmehjelpen og legetjenesten fungerer godt og har et engasjert og dyktig personell. Det som mangler, er den geriatrike kompetanse og det faglige lederskap som skulle springe ut av den.

5. Hvorfor har det gått slik?

Jeg tror — med etterpåklokskap — at to forhold har virket negativt på utviklingen av geriatrien.

Det første forholdet er at geriatrien ble gjort til en sykehusbasert disiplin. Det var naturlig, for en måtte ha en base for geriatrien, et sted å ha pasientene mens en arbeidet med dem. Praktisk erfaring viser

imidlertid at geriatrien de aller fleste steder ikke maktet å kjempe seg til likeverdighet i forhold til de andre spesialitetene. Dels ble den stadig utsatt til mer presserende oppgaver var løst, og dels fikk den de lokalene ingen andre kunne bruke. Ofte ble den plassert i gamle og fraflyttede bygninger uten nær kontakt med resten av sykehuset. Geriatrien har aldri fått sjansen til å bli et likeverdig fag.

Det andre forholdet er at geriatrien ble gjort til en grenspesialitet under indremedisinen. Her skulle den konkurrere med de attraktive organspesialitetene, f.eks. kardiologi og gastroenterologi. Det har vist seg i praksis at tilknytningen til indremedisinen ble et «kiss of death». Jeg tror dette henger sammen med den totale sceneforandringen vi har opplevd i indremedisinen. Hele 93 % av norske indremedisinere regner seg nå som organspesialister (6), og det brede moderfaget generell indremedisin er ikke lenger attraktivt (7). Dette har også rammet geriatrien. Samtidig mener mange innflytelsesrike indremedisinere at geriatri egentlig bare er indremedisin på gamle pasienter, se ovenfor. I ettertid kan en derfor slå fast at indremedisinen ikke har forvaltet sitt ansvar for geriatrien på en god måte.

6. Hva bør vi gjøre?

Jeg tror at geriatrien trenger en ny plattform. Den bør bli en egen spesialitet, uavhengig av indremedisinen. De sentrale elementene i faget bør være geriatrien selv og rehabilitering. Viktige støttefag er almenmedisin, generell indremedisin, fysikalsk medisin, psykiatri og nevrologi. Jeg tror at en bør tenke igjennom geriatriens innhold på nytt og utforme nye spesialistregler. I praksis tror jeg almenmedisinen blir en viktigere tilknytning enn indremedisinen.

Hvordan skal geriatrien organiseres, og hva skal være dens base? Dette er et avgjørende spørsmål, og jeg er usikker på svaret. Kanskje er det også flere mulige svar:

— En mulighet er fremdeles å bygge opp geriatrike avdelinger på de store sykehusene og geriatrike team på de mindre sykehusene. Selv om denne veien stort sett ikke har vært vellykket hittil, er det ikke utenkelig at den kan føre frem. I så fall må utgangs-

punktet være en klar og sterk politisk prioritering.

- En annen mulighet er å bygge opp egne klinikker etter modell av de svenske «långvårdsklinikerne». Denne modellen kan være god, men også den krever politisk prioritering.
- En tredje mulighet er å ruste opp sykehjemmene til spesielle rehabiliteringsenheter. Erfaringene i Hudiksvall var at pleiepasienter og rehabiliteringspasienter bør skilles (4). Skal en satse på sykehjemsløsningen, tror jeg en bør merke seg denne erfaringen.

Uansett hvilken løsning en velger, tror jeg personfaktoren er avgjørende. Jeg tror at geriatrien er avhengig av en ildsjel i hvert fylke, en dynamisk og dyktig person som kan inspirere, organisere og lede geriatrien i fylket. En slik person må ha både leder- og samarbeidsegenskaper, og han eller hun må se denne oppgaven som et livsverk.

7. Konklusjon

Jeg har tegnet et subjektivt bilde. Hovedpoenget er at jeg bedømmer erfaringene med geriatrien i Norge som stort sett skuffende. Derfor bør vi tenke igjennom faget på nytt og gi det et nytt innhold. Rehabilitering bør bli det sentrale elementet. Vi bør også løsrive faget fra indremedisinen og gi den selvstendig status. Organisasjonsmessig kan vi velge mellom flere løsninger.

Uansett hvilke valg vi treffer, er to forutsetninger nødvendige. Den ene er en sterkere politisk støtte for faget, fordi erfaringen viser at den faglige støtten fra medisinen (universitetene og Lægeforeningen) er for svak. Den andre er at vi klarer å rekruttere ildsjeler som kan og vil bruke sitt liv på å skape et geriatrik fagmiljø i fylkene.

Litteratur

1. *Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Styrking av fagområdet geriatri/gerontologi. Oslo: Universitetet i Oslo, 1980.*
2. Nord E. *Personlig meddelelse 1989.*
3. Anderson F. *Practical management of the elderly. 3rd ed. Oxford: Blackwell, 1976.*
4. Sundman, L. *Utvärdering av Hudiksvallmodellen för äldreomsorg. Uppsala, Institutionen för social medicin, Akademiska sjukhuset, 1990.*
5. *Sosialdepartementet. Ot.prp. nr. 48 (1985–86). Om lov om endringer i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i andre lover (Sykehjemmene i den kommunale helse- og sosialtjenesten). Oslo: Sosialdepartementet, 1985.*
6. Lange OJ. *Legebemanningen ved våre indremedisinske avdelinger. Tidsskr Nor Lægeforen 1989; 109; 3489–95.*
7. Hjort PF, Stene-Larsen G. *Indremedisinens rolle i helsetjenesten — moderfaget som må på gamlehjem? Tidsskr Nor Lægeforen 1990 (til vurdering).*

Forts. fra side 21

Normal aldring veksler med tid/sted og lokal kultur. Det viste Göteborgsundersøkelsene. Når gamle presenterer et skrøpelig ben-muskelsystem må vi finne ut hvordan det er blitt sånn. Det er sjelden en årsak. Det gjelder også mental svikt. Det kan være vilkårligheter som gir utslag i hjernen eller mer perifert.

Rehab-ideene er kommet mer i søkelyset etter at det ble etablert rehab-enheter rundt omkring i landet. Vår viten om muskel-skjelett systemer er altfor lenge blitt hengende i løse luften og prioritert lite fordi vi i starten av geriatri måtte legge fagområdet innunder indremedisin som subspecialitet. De 7 øvrige subspecialiteter er rene organspecialiteter. Utdannelsen i geriatri foregår på våre større klinikk-avdelinger som tenker organer og bruker stort sett seng/stol og vandringer i sykehuskorridorer.

Først må vi tenke funksjoner, og deretter organ-funksjoner. Er vi erfarne i å observere finner vi fort ut klinisk/laboratoriemessig svikt i organer (hjerne, lunger etc.). Svikter

ben-muskler, svikter ofte også organene. Muskelapparatet er vårt viktigste organ-system. Det er det samme om vi kaller det nevrologi, hjerte-kar eller for den saks skyld stress og hormonsvikt. Vi informerer om fysisk aktivitet, riktig kosthold etc., men det er langt fra fokus hos gamle som plages med f.eks. smerter, dårlig rygg, hofter, knær og føtter. Slike syndromer kan få yngre robuste mennesker gradvis til å bryte ned.

Ortopeder er praktiske leger, men som kirurger tenker de primært på kniven. En ortoped sa følgende: «Vi er gearret på operasjoner, dere å få folk på benene og hjem. Vi gjør forskjellig jobb med samme pasient. Vi kan ikke fungere uten dere. Når sykehusene kutter ned og ut blir vi enda mer avhengige av dere.»

Som eksperter i rehab tenker vi praktisk: hva trenger vi av egnete rom, utstyr på rommene, belysning, skilting, passelige og egnete stoler, ganghjelpemidler etc. Det er ofte

svært detaljert og variert hjelp for å komme på benene og hjem.

Hjem/sykehus/rehab-enheter/hjem som kjede er nødt å fungere smidig og fleksibelt. Stopper det opp et sted, er det stans i hele kjeden. Det går utover alle. Det er de ansvarlige helse- og politiske myndigheter som i dag kan legge opp bedre fremtid.

Hver kommune/bydel kan ikke bygge ut slik ekspertise alene. Alle landets kommuner møter og vil møte alle typer skrøpeligheter hos gamle. Rehab er derfor et felles-kommunalt problem, og slik må det løses. Vi har i vår medisinske historie alltid måtte satse på spesialisert viten med minimumskrav til lokaler, utstyr, personell og utdanning.

Hvis vi bygger ut rehab kun i kommunen, blir det samme som å flikke på gamle utslitte, utgatte sko når det trengs ortopediske sko som fungerer etter mål formet etter fotdeformiteter og person som skal bruke/prøve ut skotøyet spesielt laget for ham/henne.