



Eldre og norsk geriatri i eldreåret

REDAKSJONELT

STRAAND J

Geriatrien står foran viktige veivalg når spesialiteten i år runder 25 år

Den store andelen eldre i befolkningen er konsekvensen av en samfunnsutvikling som kan beskrives som en vellykket intervensjon mot sosial nød, spedbarnsdødelighet, infeksjoner og livsstilssykdommer. At dagens “gamle eldre øker mest”, skyldes bare i liten grad at gjennomsnittlig levetid fortsatt øker. Hovedårsaken er redusert dødelighet etter 80-årsalderen. De siste 50 år har vi opplevd et dramatisk fall i dødelighet for 80-89 år gamle kvinner, (50%) (1), mest uttalt i USA, men tendensen sees også i Vest-Europa og Japan (2).

Fremskreden alder er viktigste risikofaktor for kronisk sykdom og funksjonssvikt. Gamle mennesker må sikres tilgang på adekvat diagnostikk, behandling, pleie og omsorg, samtidig som samfunnet tilrettelegges slik at de eldres ressurser kan utnyttes til beste for å styrke deres livskvalitet. I dette perspektivet blir det viktig å styrke geriatrifaget kraftig i årene som kommer.

Nå i FNs eldreår (“et samfunn for alle generasjoner”) er det 50 år siden geriatri ble etablert som selvstendig spesialitet i Storbritannia, og 25 år siden faget ble en indremedisinsk grenspesialitet i Norge (3). Disse milepælene gir anledning til ettertanke omkring fagets stilling og fremtidige utvikling.

Det har utvilsomt skjedd og det skjer stadig mye gledelig innen norsk geriatri (3). Ikke minst har den statlige satsingen Nasjonalt geriatriprogram (1993-99) vært viktig (4). Når programmet nå avsluttes, vil treprosjekter videreføres: Geriatrik Intranett (GerIT), nasjonalt formidlingssenter i geriatri og undervisningssykehjem knyttet til hvert av de fire universitetene. Dette blir viktige ressursbaser for videre utvikling og formidling av faget.

I dette nummer av Tidsskriftet gir Renate Pettersen, leder av Norsk Geriatrik Forening, en oversikt over geriatrispesialitetens tilblivelse og utvikling gjennom de siste 25 år i Norge (3). Jubileumsskålen har imidlertid en noe bitter ettersmak: Rekrutteringssituasjonen for spesialiteten gir grunn til alvorlig bekymring for fagets fremtid. I Norge er det i dag omtrent 80 godkjente spesialister i geriatri, men bare halvparten av disse innehar geriatristillinger. Fortsatt står tre fylker uten geriater. Hvorfor er så faget fortsatt en “lilleputtspesialitet”? Og hvorfor rangeres geriatri sist på legers prioriteringslister (5)?

I stedet for å søke etter forklaringer på manglende tiltrekningskraft i selve faget er det sannsynligvis mer fruktbart å sette et kritisk lys på de fagpolitiske rammene. De fleste eldre befinner seg utenfor den etablerte geriatri virkefelt og ansvarsområde. Tydeligst gjelder dette sykehjempasientene, de svakeste av de syke, hvor medisinsk geriatrik ekspertise nærmest er fraværende. Legepraksis ved sykehjem teller nå verken i forhold til spesialiteten

i geriatri eller til vedlikehold av spesialiteten i allmenntidning. Så lenge geriatri er en ren indremedisinsk grenspesialitet, finnes det ingen veier til spesialiteten utenom via indremedisinen. Det betyr at spesialiteten mangler rekrutteringsveier fra beslektede og store nabofag som psykiatri, nevrologi og allmenntidning. Her ligger et stort vekstpotensial for en eventuell fremtidig hovedspesialitet i geriatri.

Faget må også utvikles og bygges opp vitenskapelig. I de siste 20 år har det nærmest vært en eksplosiv utvikling innenfor geriatrisk og gerontologisk forskning, og geriatrien er nå tuftet på et solid vitenskapelig fundament (6-9). Likevel er geriatri fortsatt et "lilleputtfag" også ved universitetene. Den nasjonale bemanningen innenfor akademisk geriatri utgjøres av til sammen 3,6 toppstillinger pluss en kvalifiseringsstilling. Det sier seg selv at dette er en håpløst trang ramme for fagets akademiske utvikling. To nye stillinger under etablering endrer ikke dette inntrykket. Vi må derfor erkjenne at det ikke har vært politisk, fagpolitisk eller økonomisk vilje til å bygge opp geriatri som universitetsfag i Norge. Vi kan heller ikke regne med at faget skal få den plass det fortjener som følge av interne omprioriteringer innenfor universitetene. Eneste løsning er derfor statlig tilførsel av øremerkede midler til de fire universitetene i geriatri. Opprettelse av to nye stillinger ved hvert av universitetene ville bety fire nye medarbeidere hvert sted om stillingene ble tatt ut som 50%-stillinger kombinert med tilsvarende klinisk praksis.

Norsk Geriatrisk Forening er i dag delt i synet på hva som er beste resept for å styrke geriatrifaget: Fortsatt forankring i indremedisin som grenspesialitet eller ny hovedspesialitet (3). Vi bør ha en bred debatt om dette, ikke minst i Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling.

Jørund Straand

Harald A. Nygaard

Jørund Straand (f. 1951) er spesialist i allmenntidning og førsteamanuensis ved Universitetet i Bergen.

Harald A. Nygaard (f. 1938) er spesialist i geriatri og professor ved Universitetet i Bergen.

LITTERATUR:

1. Vaupel J. Biodemographic trajectories of longevity. *Science* 1998; 280: 855-60.
2. Manton KG, Vaupel JW. Survival after the age of 80 in the United States, Sweden, France, England, and Japan. *N Engl J Med* 1995; 333: 1232-5.
3. Pettersen R. Geriatri - stort behov og få spesialister. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 3458-60.
4. Nasjonalt geriatriprogram, Statens helsetilsyn, 1999.
5. Album D. Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1991; 111: 2127-33.
6. H-70. Hälsoundersökning av 70-åringar i Göteborg. *Läkartidningen* 1980; 77: 3729-86.
7. H-70. Åldrande och hälsa! Ytterligare rön från Göteborgstudien. *Läkartidningen* 1989; 86: 2747-78.
8. Kirk H, Schroll M. Viden om aldring - veje til handling. København: Munksgaard, 1998.
9. Cassel CK, Cohen HL, Larson EB, red. *Geriatric medicine*. 3. utg. Berlin: Springer Verlag, 1996.

Publisert: 17. oktober 2018. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeförening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no