



# Kritisk sengemangel rammer de eldre

---

## LEDER

### TORGEIR BRUUN WYLLER

E-post: t.b.wyller@medisin.uio.no

Torgeir Bruun Wyller er spesialist i indremedisin og i geriatri, professor ved Universitetet i Oslo, overlege ved Oslo universitetssykehus og styreleder i Helsetjenesteaksjonen. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

### SVEN ERIK GISVOLD

Sven Erik Gisvold er spesialist i anesthesiologi, professor emeritus ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og overlege ved St. Olavs hospital. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

---

Luftige ideer om teknologi og samhandling kan ikke erstatte senger.

«Eldrebølgen» er et tosidig fenomen. Når *andelen* eldre i befolkningen øker, er det bl.a. resultat av synkende barnetall. Når det *absolutte* antallet øker, er det bl.a. resultat av vellykket forebygging. Eldrebølgen er noe vi har forebygget oss *til*, ikke noe vi kan forebygge oss *fra*. For 100 år siden døde folk av infeksjonssykdommer som unge, for 50 år siden av hjerte-karsykdom som middelaldrende. Nå lever vi til vi blir gamle.

De apokalyptiske visjonene noen har om dette (1), er overdrevne. Den økte levealderen ledes av en utsettelse av tidspunktet for tap av funksjon (2). På gruppenivå har vi en periode på drøyt ti år på slutten av livet med funksjonsbegrensninger. Denne perioden forlenges ikke særlig med økende levealder, i hovedsak forskyves den utover i tid.

Likevel vil et økende antall eldre medføre et økende antall skrøpelige. Typisk for denne gruppen er at akutt sykdom ofte gir dramatisk funksjonstap, at risikoen for legemiddelbivirkninger og kirurgiske komplikasjoner øker, og at de medisinske utfordringene blir mer komplekse (3).

Hos skrøpelige eldre kan forebygging bidra til å utsette et aldersrelatert funksjonstap. Sentrale stikkord er fysisk aktivitet og ernæring samt å utnytte medisinenes muligheter og unngå dens skadevirkninger. Vi må gi legemidler som kan bedre symptomer, funksjon og prognose, og seponere dem etter hvert som sårbarheten tiltar og skadepotensialet overstiger nytten. Vi må tilby kirurgi som er nyttig, men samtidig vite når det er riktig å avstå. Dette vil kreve et mer tillitsfullt samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten enn samhandlingsreformens hardtslående økonomiske incentiver legger opp til.

Likevel kan vi ikke unngå at et økende antall skrøpelige eldre utfordrer sykehusenes kapasitet. Ved akutt sykdom i denne gruppen er sykehusinnleggelse nyttig. Siden symptombildet er villedende og preget av hjelpeløshet, kan man lett overse tilstander der medisinske tiltak gir stor prognosegevinst. Da er sykehusets døgndisponible diagnostiske

ressurser viktige. Når helseforetakene hevder at sengebehovet skal reduseres gjennom «bedre samhandling» (4), er det en eufemisme for at man vil skyve ansvaret for behandling av eldre over på kommunene. Det får to konsekvenser: Prognosetap for pasientene og økte utgifter for kommunene.

Flere eldre betyr større etterspørsel etter kirurgi. Forventningene er berettigede. Stor kreftkirurgi og ortopedi vil dominere. Selv om mange eldre er i brukbar form, reduseres deres fysiologiske reserver. Dette bidrar til økt forekomst av komplikasjoner, med lange sykehusopphold og behov for senger (5). Bedre preoperativ seleksjon og prehabilitering kan være forebyggende (6), men likevel vil også denne utviklingen utfordre sengekapasiteten.

Mye kan gjøres for mer sømløse overganger til primærhelsetjenesten etter diagnostikk, stabilisering og initial behandling i sykehus, men det er grenser for hvor korte sykehusoppholdene bør bli. Det er bekymringsfullt at sengetallet stadig beskjæres (7). Nye sykehus får underdimensjonert sengekapasitet fordi man overvurderer teknologiens og smarte arbeidsmetoders potensial til å erstatte senger. Det nye St. Olavs hospital har minst 200 færre døgn Wenger enn det gamle sykehuset i Trondheim. Advarslene ble avvist med at nye bygg skulle gi mer effektiv drift. Nå sier sykehusets langtidspan at det trengs en økning på 350 senger (46 %) på 15 år (8). Det illustrerer hvor urealistiske beregningene var. Det samme har skjedd ved Akershus universitetssykehus og sykehuset i Østfold. Få år etter åpningen bygges enerom om til tomannsrom, og korridorene er fulle (9).

Det er bekymringsfullt at helseforetakene fortsetter å dimensjonere nye sykehus for små, slik det f.eks. ser ut til å skje i Oslo (4). Det vitner om en langtkommen kunnskaps- og erfaringsresistens som bør bekjempes.

---

#### LITTERATUR:

1. Martin R, Williams C, O'Neill D. Retrospective analysis of attitudes to ageing in the Economist: apocalyptic demography for opinion formers. *BMJ* 2009; 339: b4914. [PubMed][CrossRef]
2. Murray CJ, Barber RM, Foreman KJ et al. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990-2013: quantifying the epidemiological transition. *Lancet* 2015; 386: 2145 - 91. [PubMed][CrossRef]
3. Clegg A, Young J, Iliffe S et al. Frailty in elderly people. *Lancet* 2013; 381: 752 - 62. [PubMed][CrossRef]
4. Fosen N. Fremtidens OUS. *Dagens Medisin* 15.10.2018.  
<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/10/15/fremtidens-ous/> (7.11.2018).
5. Bartels K, Karhausen J, Clambey ET et al. Perioperative organ injury. *Anesthesiology* 2013; 119: 1474 - 89. [PubMed][CrossRef]
6. Braude P, Partridge JS, Hardwick J et al. Geriatricians in perioperative medicine: developing subspecialty training. *Br J Anaesth* 2016; 116: 4 - 6. [PubMed][CrossRef]
7. Grimsgaard C. Det sengeløse sykehus? I: Haukelien H, Wyller TB. Ny helsepolitikk – det finnes løsninger. Oslo: Dreyer, 2017: 31-46.
8. Utviklingsplan 2019-2035. Trondheim: St. Olavs hospital, 2018.  
<https://stolav.no/Documents/Utviklingsplan/Utviklingsplan%20vedtatt%2022.02.2018.pdf> (7.11.2018).
9. Melkerud AG. Vi gjør hva vi kan for å forbedre oss. Sykehuset Østfolds nettsider.  
<https://sykehuset-ostfold.no/nyheter/-vi-gjor-hva-vi-kan-for-a-forberede-oss> (7.11.2018).