

De eldste eldre blir flere og vil kreve mer av spesialisthelsetjenesten. Foretakene må ta innover seg denne kunnskapen. Å opprette flere legestillinger og egne seksjoner for disse pasientene er helt nødvendig

## Helseforetakene må prioritere geriatrien

I tiårene fremover vil befolkningstallet i Norge øke mer enn tidligere beregnet. Størst vil veksten være blant de eldre, ifølge Statistisk sentralbyrå (1). Den store økningen begynner i 2020 og forsterkes etter 2030. I 2050 vil 1,25 millioner mennesker være over 67 år, det vil si dobbelt så mange som i dag. 280 000 i denne gruppen vil være over 85 år, og svært mange vil ha stort behov for omsorg og medisinsk hjelp. Den store økningen i antall eldre, spesielt i gruppen som kan kalles de eldste eldre, vil stille helsetjenesten overfor store utfordringer. Ikke minst må fremtidig spesialisthelsetjeneste innrettes med hensiktsmessig struktur og personell med riktig kompetanse.

Majoriteten av pasientene ved indremedisinske avdelinger er over 65 år. 40 % av pasientene er over 75 år, og andelen forventes å øke betydelig. Statens helsetilsyn gjennomførte i 1998 en undersøkelse blant pasienter over 75 år som var innlagt ved medisinske sykehus-avdelinger (2). De vanligste innleggelsesdiagnosene var hjerte- og karsykdommer, hjerneslag, infeksjoner og kreft. I tillegg hadde pasientene i snitt 2,6 av 12 andre aktuelle medisinske lidelser. Hver fjerde pasient hadde minst fire tilleggslidelser. Hele seks av ti hadde en kronisk hjerte- og lungelidelse.

På toppen av en serie kroniske lidelser, har denne pasientgruppen ofte problemer knyttet til høy alder, de har ofte høyt forbruk av medikamenter og forekomsten av psykososiale problemer kan være høy. Hovedårsaken til innleggelsen i sykehus utgjør altså bare en liten del av problemkomplekset for de aller fleste gamle.

Det er fortsatt noen år til 2020, og vi har tid til å bygge opp den nødvendige medisinske kompetanse for utredning og behandling av eldre syke med sammensatte helseproblemer. Men vi er nødt til å begynne nå! Det økte behovet for spesialisthelsetjenester til eldre betyr økt behov for leger med bred generell indremedisinsk kompetanse, i tillegg til flere leger med spesifikk kompetanse innen geriatri. Etter Legeforenings syn vil pasienter med stort behov for geriatrike helsetjenester være tjent med å bli tatt hånd om ved spesialenheter, der utredning og behandling preges av tverrfaglig samhandling og helhetstenkning. Ikke minst er det viktig at det finnes leger ved enheten som har bred indremedisinsk kompetanse.

For å sikre pasientene rett kompetanse og rett personell, mener Legeforeningen geriatrien fortsatt bør være forankret i det brede indremedisinske fagfeltet, og at geriatri bør være grenspesialitet under den indremedisinske hovedspesialiteten. Begrunnelsen er at geriatri i hovedsak er en metodespesialitet som baserer seg på medisinske, mentale, funksjonelle og sosiale aspekter ved pasientens problemkompleks. Feltet har i liten grad et spesifikt kunnskapsgrunnlag. Store deler av kunnskapsbasen er hentet fra generell indremedisin og fra de indremedisinske grenspesialitetene.

Legeforeningen mener derfor at de indremedisinske avdelingene vil være en naturlig arena for etablering og utvikling av spesialenheter i geriatri, og at den indremedisinske hovedspesialiteten fortsatt bør

være den faglige stammen. At leger som spesialisere seg innen geriatri har generell indremedisinsk kompetanse, mener Legeforeningen vil styrke etterspørselen etter geriater i sykehusene og bidra til at feltet vil være et attraktivt valg når nyutdannede leger skal velge spesialitet.

Til tross for at helseforetakene hittil har opprettet få egne seksjoner for geriatri og få stillinger både for overleger og assistentleger, har rekrutteringen til spesialiteten i geriatri vært god sett i forhold til antall stillinger som finnes. I snitt godkjennes seks nye spesialister i geriatri per år. Flere enn 70 er kommet til siden 1992, viser tall fra Legeforeningens register. Rekrutteringen har vært bedre enn til spesialitetene i blodsykdommer, endokrinologi, infeksjonssykdommer og nyresykdommer, men svakere enn rekrutteringen til spesialitetene hjertesykdommer, lungesykdommer og fordøyelsesykdommer.

Helseforetakene må vise at de prioriterer faget geriatri ved å opprette legestillinger og egne seksjoner for pasientene. Det må også legges til rette for økt innsats innen forskning og fagutvikling. På den måten kan vi forvente at rekrutteringen til faget øker, og at de eldste pasientene sikres et tilbud i spesialisthelsetjenesten som er tilrettelagt for deres særskilte behov – og av samme høye kvalitet som for andre pasientgrupper.

For å sikre god samhandling med primærhelsetjenesten må modellen med de områdegeriatrike team etableres langt flere steder enn i dag, hvor det kun er 15 av landets lokalsykehus som har opprettet slike team (3). I tillegg til å være et viktig bindeledd mellom forvaltningsnivåene, vil videreutviklingen av denne modellen gi økt kompetanse om de eldres behov både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Ved å delta aktivt i kvalitetssikringsarbeid i sykehjemmene vil teamet få kunnskap om kommunenes kapasitet og det lokale helsepersonellens kompetanse, og kan legge opp bruken av geriatrike sykehussenger i tråd med dette.

### Litteratur

1. <http://www.ssb.no/aarbok> (15.9.2004).
2. Statens helsetilsyn. Gamle i sykehus. Innlagte 75 år og over i medisinsk avdeling 1998. Oslo: Statens helsetilsyn, 1999.
3. Den norske lægeforening. Når du blir gammel og ingen vil ha deg. En statusrapport om situasjonen i helsetjenesten. Oslo: Den norske lægeforening, 2001.



*Hans Kristian Bakke*

**Hans Kristian Bakke**  
hans.kristian.bakke@legeforeningen.no  
president