

Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforeningen.no
Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Sykehjem som behandlingsinstitusjon

Sykehjemmene er i dag pleieinstitusjoner underlagt omsorgstjenesten i kommunene. Legetjenesten ved sykehjemmene er elendig, og annet kvalifisert personell er også mangelfullt. Det bygges ikke sykehjem lenger, bare omsorgsboliger i stor stil, fordi dette er økonomisk gunstig for kommunene.

Pasientene på sykehjem kjennetegnes av høy gjennomsnittsalder, flere diagnoser og ofte et komplisert sykdomsbilde. Opptil 80 % av dem er demente. Pasientene på norske sykehjem er minst like dårlige eller sykere enn pasientene i sykehusene.

Som følge av mangel på medisinsk fagpersonell som kan mestre akutte sykdommer hos eldre på sykehjemmene, blir pasienter der ofte innlagt i sykehus gjentatte ganger ved «akutt» sykdom. Det er et traume for gamle mennesker å komme inn på sykehus. En ting er risikoen for å få sykehusinfeksjon eller pneumoni, atskillig verre er de mentale følgene. Gamle med akutt sykdom er utsatt for forvirringstilstander, særlig ved betydelige miljømessige endringer. Med sykehusenes innsparinger og krav til kortere liggetid blir forholdene for eldre pasienter stadig forverret. Når eldre pasienter kommer inn akutt og forholdene omkring situasjonen blir klarlagt, men intet annet, fører dette uvegerlig til nye innleggelser, såkalte svingdørsinnleggelser, for gamle har ofte 5–6 diagnoser som kan samvirke. Fordi de fleste innleggelser av eldre dreier seg om øyeblikkelig hjelp, blir pasienten liggende i korridoren, der mange ikke får sove pga. all uroen, lyset på osv. Dette er en betydelig tilleggs påkjenning for gamle og syke.

Derfor bør bruk av sykehusinnleggelse begrenses mest mulig. Sykehjemmene må opprustes for å kunne ta mer hånd om medisinske diagnostikk og behandling. Det betyr at det må være tilstrekkelig og godt nok kvalifisert medisinsk personell som leger, sykepleiere etc., og det må være gode nok fasiliteter, både bygningsmessig og hva gjelder diagnostisk og terapeutisk apparatur og utstyr.

Det skal mye til om kommuneøkonomien kommer opp på et nivå som kan klare dette. Kommunene har jo så mange andre oppgaver også. En løsning er at flere kommuner går sammen om felles sykehjem, men jeg tror heller ikke dette er økonomisk

gjennomførbart. Etter mitt syn må sykehjemmene gjøres om fra en pleieinstitusjon til en medisinsk behandlingsinstitusjon og overføres fra omsorgstjenesten i kommunene til staten og med tilnærmet samme krav som i sykehus. Opprustning av sykehjemmene ville kunne avlaste presset på sykehusene betydelig. I sykehjemmene må det være plass for en rehabiliteringsenhet, der klienter kan trenes opp så de blir mer selvhjulpne og kanskje også slik at de kan klare seg hjemme en tid.

Bemanningsnormer for legedekningen på sykehjem er nødvendig, men det hjelper så lite når det ikke er søkere til stillingene. Fastleger er meget motvillige til å bli pålagt tjeneste på sykehjem. Hvis sykehjemmene ble statlige behandlingsinstitusjoner med anstendige ansettelsesvilkår for medisinsk personell, ville de kanskje bli mer attraktive som arbeidsplass for leger.

Lars Helling
Norsk Pensjonistforbund Oppland
Lillehammer

Klassifikasjon av vektavvik

Verdens helseorganisasjon (WHO) har etablert følgende grenseverdier av kroppsmasseindeks (body mass index; BMI) for vektavvik (1): Undervektig < 18,5, normalvektig 18,5–24,99, overvektig ≥ 25–30, fet ≥ 30. Dette innebærer at en person med høyde 1,80 m og vekt 81 kg (BMI = 25) er overvektig og en person på 1,70 m og vekt 53,5 kg (BMI = 18,5) er normalvektig.

En norsk studie har vist at gruppen med BMI-verdier fra 25 til 30 faktisk har en overdødelighet, men også en meget liten forandring i dødsrisiko fra 23 til 27 (2). Ingen BMI-verdier angir klart lavere dødelighet enn 25, en verdi som altså er definert som grensen for overvektig. WHO definerer området 18,5–25 som normalområde, noe som må tolkes som et område med lavest helse- og dødsrisiko. Dette er urimelig og misvisende, for en BMI-verdi på 18,5 indikerer en relativ overdødelighet på hele 40–50 %!

Dersom man synes dødsrisiko er viktig, er WHO's klassifikasjon av kroppsvikt etter BMI-verdier meget uheldig. Denne definisjonen av overvekt omfatter en betydelig del av befolkningen som har lavest relativ

dødelighet. Definisjonen av normal vekt omfatter en gruppe med 40–50 % overdødelighet. Dette har store konsekvenser. Svært mange i aldersgruppen 35–49 år har BMI-verdier på 25–26 og vil bli skremt med at de er overvektige, til tross for at gruppen har lavest dødelighet. Påstanden om at en BMI-verdi på 18,5 er normalt, dvs. gir lavest dødelighet, til tross for en slik verdi faktisk gir en betydelig overdødelighet, kan medføre alvorlige spiseforstyrrelser.

Hva er mulige årsaker til disse feilene? For det første kan observasjoner være basert på for små materialer som ikke har statistisk kraft for detaljerte analyser. For det andre forbindes høye BMI-verdier med økt dødelighet av hjerte- og karsykdommer. For disse sykdommene er den optimale BMI-verdien under 25. Men for andre dødsårsaker er risikoen økt ved lave BMI-verdier, slik som lungesykdommer, visse kreftsykdommer og død av vold og ulykker. Dessuten kan slankeindustrien ha nytte av WHO's feilklassifikasjon.

Bedømmelsen av en persons vekt og helseproblematisk vektavvik bør selvfølgelig ikke baseres på en statisk gruppedefinisjon på grunnlag av et enkelt kriterium alene. BMI-beregninger egner seg best for populasjonsstudier. For det enkelte individ er kroppsmasseindeks bare en indikator som må settes i sammenheng med om det dreier seg om fett eller muskler, fettets fordeling på kroppen, beinbygningen etc. Hvis man først skal foreta en klassifisering av vektavvik på grunnlag av kroppsmasseindeks, vil jeg foreslå følgende inndeling: normal 23–27, til nærmere vurdering 18,5–23 og 27–33, og bekymring < 18,5 og > 33.

Hans Th. Waaler
Oslo

Litteratur

1. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Genève: World Health Organization, 2000.
2. Waaler HT. Height, weight and mortality. The Norwegian experience. *Acta Med Scand Suppl* 1984; 679: 1–56.