

# Å være lege for gamle

I dette nummer av Tidsskriftet starter en artikkelserie om geriatri. Noen av de særegne utfordringer som gamle pasienter byr på kan samles under fire hovedpunkter:

For det første frembyr gamle gjerne en *ukarakteristisk symptomatologi*. Symptomer som ellers er typiske for gitte sykdommer kan mangle, f.eks. kan det være infeksjoner uten feber, hjerteinfarkt uten brystmerter eller appendisitt uten buksmerter. Akutt syke gamle har ofte ukarakteristiske, generelle symptomer preget av sviktende funksjonell kapasitet, som delirium (akutt forvirring) eller falltendens. Slike symptomer taler for at den gamle pasienten har en akutt somatisk sykdom, men gir liten differensialdiagnostisk veiledning.

For det andre er mange gamle preget av *multimorbiditet*. Endringer i sykdomsaktivitet eller behandling av én sykdom, eller opp treden av en akutt tilstand, vil virke på alle pasientens sykdommer, selv om de øvrige i utgangspunktet var velkompenserte. En pasient med hjertesvikt, kronisk obstruktiv lungesykdom, diabetes, polyneuropati og demens vil lett dekompensere kardialt, respiratorisk, metabolsk, motorisk og kognitivt hvis det f.eks. oppstår en akutt infeksjonssykdom. Å være lege for gamle innebærer at man alltid må ta den samlede helsetilstanden til pasienten i betraktning.

For det tredje kjennetegnes den gamle pasienten ofte av *polyfarmasi og bivirkninger*. Kronisk sykdom, svekkede organreserver og medikamentelle interaksjoner gir stor bivirkningsrisiko. Eldre pasienter blir vanligvis ikke inkludert i kontrollerte legemiddelutprøvinger, og det mangler derfor ofte vitenskapelig dokumentasjon for effekten av legemidler hos gamle og skrøpelige pasienter. Medikamentell behandling kan være til stor nytte for gamle, men man må være kritisk med indikasjonsstillingen, årvåken mot bivirkninger, aktiv med (prøve-)seponeringer og prøve å begrense antall legemidler per pasient.

For det fjerde kan det være vanskelig å *skille mellom sykdom og normale aldersforandringer*. Feiltolkninger kan gå i begge retninger. En gammel, forvirret pasient får kanskje ikke sitt delirium og den underliggende pneumonien diagnostisert fordi man feilaktig tror at det er normalt for gamle å være forvirret. På den annen side skjer det trolig en overdiagnostisering av pneumoni og hjertesvikt, fordi mange leger ikke vet at knatrelyder over lungenes basale deler er et nærmest fysiologisk fenomen hos gamle.

Av alderssykdommene står demenssykdommene i en særstilling, pga. hyppighet og pga. disse sykdommenes innvirkning på mellommenneskelige relasjoner og på pa-

sientenes funksjonsevne. Tidsskriftets geriatriserie starter med tre artikler om demens (1–3). Kolinesterasehemmerne har for første gang gitt oss muligheter for farmakologisk behandling av Alzheimers sykdom, og Knut Engedal gir en oppdatert og praktisk veiledning i bruken (1). Effekten er begrenset, og sykdommens progredierende forløp stoppes ikke. Sentrale elementer i behandling av demens er fortsatt omsorg, informasjon, medikamentsanering og optimal behandling av komorbide tilstander (1). Dag Årsland beskriver demens med Lewy-legemer (2), en «ny» diagnose som det er viktig å kjenne fordi pasientene er særlig følsomme for bivirkninger av nevroleptika. Foreløpige forskningsresultater antyder at kolinesterasehemmere kan være spesielt nyttige for pasienter med denne demensformen (2). Pårørende til pasienter med Alzheimers sykdom trenger informasjon – ikke bare om pasientens tilstand, men også om egen fremtidig risiko. Anne Rita Øksengård & Knut Engedals oversikt (3) gir et godt grunnlag for slik informasjon.

De fleste leger behandler gamle pasienter, og må derfor ha kjennskap til de faglige utfordringene som diagnostikk og behandling av sykdom hos gamle representerer. Samtidig foreligger et åpenbart og økende behov for spesialiserte helsetjenester for gamle pasienter med sammensatte og kompliserte helseproblemer. Kontrollerte kliniske undersøkelser har dokumentert at det oppnås bedre behandlingsresultater i spesialiserte enheter for akutt geriatri (4), i geriatriiske utrednings- og rehabiliteringsenheter (5) og ved geriatriisk poliklinisk oppfølging (6) og hjemmebesøk (7) enn i mer tradisjonelle medisinske sengeposter og poliklinikker. En intervensjonsstudie fra Trondheim der man sammenliknet postakutt behandling av skrøpelige gamle i en geriatriisk spesialenhet med «vanlig» behandling i medisinsk avdeling, gav en klar konklusjon: Spesialisert geriatri gir viktige helsegevinster (8). Nå gjenstår bare at helsetjenesten for gamle i Norge dimensjoneres og organiseres i samsvar med den dokumentasjon som faktisk foreligger.

Geriatrisens svake posisjon i norsk medisin har vært både overraskende og bekymringsfull. Nasjonalt geriatriprogram pågikk i perioden 1994–99, og de senere årene har situasjonen bedret seg. Tilgangen på nye spesialister i geriatri vil trolig øke merkbart i årene som kommer. Ny aktivitet og entusiastisk geriatriisk fagutvikling foregår mange steder. Alle de fire medisinske lærestedene i Norge har fått professorater i geriatri. God studentundervisning vekker entusiasme og legger grunnlaget for videre rekruttering. Vi har fått Nasjonalt formidlingscenter i ge-

riatri (9), Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens (10), og prosjektet Geriatriiske IT-tjenester (GerIT) (11). I GerITs regi arrangeres bl.a. felles fjernundervisning, der leger i geriatriisk virksomhet ved 25 sykehusavdelinger over hele landet «møter» hverandre ved hjelp av Internett og telefon annenhver uke. Norsk geriatri er i siget.

Torgeir Bruun Wyller  
t.b.wyller@ioks.uio.no  
Medisinsk klinikk  
Aker universitetssykehus  
0514 Oslo

Olav Sletvold  
Geriatriisk seksjon  
Medisinsk avdeling  
St. Olavs Hospital  
7006 Trondheim

*Torgeir Bruun Wyller (f. 1960) er dr.med. og under spesialistutdanning i indremedisin og geriatri. Han er prosjektleder for prosjektet Geriatriiske IT-tjenester (GerIT).*

*Olav Sletvold (f. 1949) er dr.med., spesialist i indremedisin og geriatri og professor i geriatri ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.*

## Litteratur

- Engedal K. Diagnostikk og behandling av demens. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 520–4.
- Årsland D. Demens med Lewy-legemer. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 525–9.
- Øksengård AR, Engedal K. Arvelige forhold ved Alzheimers sykdom. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 530–1.
- Landefeld CS, Palmer RM, Kresevic DM, Fortinsky RH, Kowal J. A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. N Eng J Med 1995; 332: 1338–44.
- Rubenstein LZ, Jephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL. Effectiveness of a geriatric evaluation unit: a randomized controlled trial. N Engl J Med 1984; 311: 1664–70.
- Boult C, Boult LB, Morishita L, Dowd B, Kane RL, Urdangarin CF. A randomized clinical trial of outpatient geriatric evaluation and management. J Am Geriatr Soc 2001; 49: 351–9.
- Hansen FR, Poulsen H, Sørensen KH. A model of regular geriatric follow-up by home visits to selected patients discharged from geriatric ward: a randomized controlled trial. Aging Clin Exp Res 1995; 7: 202–6.
- Saltvedt I, Mo E-SO, Fayers P, Kaasa S, Sletvold O. Reduced mortality in treating acutely sick, frail elderly patients in a geriatric evaluation and management unit. A prospective randomized trial. J Am Geriatr Soc, akseptert for publisering.
- Nasjonalt formidlingscenter i geriatri. <http://www.uib.no/ist/nfg> (6.2.2002)
- Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. <http://www.nordemens.no> (6.2.2002)
- Om prosjektet Geriatriiske IT-tjenester (GerIT). <http://www.legeforeningen.no/yf/eldre> (6.2.2002)