

## Geriatrici på italiensk

### Også kinesere er overvektige

Overvekt og metabolsk syndrom er en viktig risikofaktor for kardiovaskulær sykdom i rike land og i økende grad også i fattige land.

En representativ kohort med 15 540 kinesere (alder 35–74 år) ble undersøkt i perioden 2000–01 (1). Aldersstandardisert prevalens av metabolsk syndrom var 9,8% (95% KI 9,0–10,6%) hos menn og 17,8% (95% KI 16,6–19,0%) hos kvinner. Tilsvarende prevalenstall for overvekt, definert som kroppsmasseindeks over 25, var 26,9% (95% KI 25,7–28,1%) og 31,1% (95% KI 29,7–32,5%). Metabolsk syndrom og overvekt var vanligere i nord enn i sør og vanligere på landet enn i byene.

Studien tyder på at overvekt er i ferd med å bli et stort folkehelseproblem i Kina. Det haster med å få satt i verk tiltak for å motvirke denne utviklingen.

#### Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no  
Tidsskriftet

#### Litteratur

1. Gu D, Reynolds K, Wu X et al. Prevalence of the metabolic syndrome and overweight among adults in China. *Lancet* 2005; 365: 1398–405.

Italia er et land de fleste forbinder med gode ferier, der behagelig klima, natur, kultur, historie samt god mat og vin er viktige ingredienser. Men Italia er også et land hvor geriatricispesialiteten har gode kår og hvor faget blomstrer.

En halv post doc-stilling og opparbeidet overlegepermisjon gav meg mulighet til et timåneders forskningsopphold i Italia. Mine interesser ligger først og fremst innen akutt geriatrici, og i planleggingsfasen søkte jeg etter akuttgeriatriciske miljøer. Gjennom litteratursøk fant jeg miljøer med mange interessante publikasjoner i Torino, Milano, Padova og Brescia. Jeg skrev så et brev til redaktøren i *Aging (Milano)* for å få en anbefaling om hvem jeg kunne kontakte og fikk et raskt og hyggelig svar hvor jeg ble rådet til å ta kontakt med forskergruppen i geriatrici i Brescia.

Etter noen e-poster var kontakten etablert, og jeg ble ønsket varmt velkommen som den første utenlandske geriatricer i gruppen. Jeg besøkte gruppen to ganger våren 2003 før selve oppholdet begynte i august samme år.

### Eldreomsorg og geriatrici i Italia

Italia har 57 millioner innbyggere og ca. 2 000 geriatricere (tab 1). Dette utgjør dobbelt så mange geriatricere i forhold til innbyggertallet som i Norge. Gjennomsnittlig levealder i Italia er høy, 77 år for menn og 83 år for kvinner, altså ikke mye forskjellig fra Norge. Imidlertid har landet lite utbygd kommunal eldreomsorg, og sykehjemsdekningen er lav, idet bare 2% av befolkningen over 80 år bor i sykehjem. Sykehusgeriatricien er godt utbygd med geriatriciske enheter i de aller fleste generelle sykehus.

I løpet av de siste 20 årene er det utviklet et rekke offentlige helsetjenester for eldre, men med ulike elementer og svært ulik fordeling. Tidlig i 1990-årene tok den italienske nasjonalforsamlingen initiativ til et prosjekt, «Progetto obiettivo anziani», for å styre og kvalitetssikre helsetjenesten for eldre. Dette prosjektet førte til en lov om helsetjenester for eldre. Loven påla alle sykehus å ha en akutt geriatricisk enhet og at det skulle organiseres en ny type intermedieenheter for eldre utenfor sykehus, «Residenze Sanitarie Assistenziali» (RSA), hvor kronisk syke eldre eller eldre pasienter som er utskrevet fra sykehus, kunne få forlenget medisinsk behandling og omsorg. Hjemmetjenester skulle også organiseres ut fra de geriatriciske avdelingene. Detaljerte



regelverk skulle styre virksomheten i de enkelte enhetene.

Italienske geriatricere karakteriserer denne loven som svært viktig og som unik i verdenssammenheng, fordi den representerer det mest logiske og komplette regelverk for å sikre helsetjenester for eldre (1). Dessverre er loven implementert i meget varierende grad. Noen regioner i Nord-Italia har godt utbygde differensierte helsetjenester for eldre og følger påleggene i loven, mens mesteparten av Sør-Italia i stor grad har ignorert loven og har lite utbygde helsetjenester for eldre. I nord har mange sykehus akuttgeriatriciske enheter som er organisert og drevet etter en amerikansk modell (2), og som har systematisk geriatricisk tverrfaglig vurdering som hovedelement (3, 4). Der RSA-reformen er gjennomført, har dette ført til sykehjem der både medisinsk behandling, rehabilitering og omsorg er viktige elementer. Disse RSA-sykehjemmene står også for praktisk undervisning og trening av sykepleiere og leger i videreutdanning.

Hjemmebaserte tjenester er ujevnt fordelt og synes langt mindre utviklet enn i Norge. Imidlertid bor en stor andel av svært pleietrengende eldre hjemme (5). Dette er mulig på grunn av en stor innsats fra familiemedlemmer. Fortsatt bor mange gamle i storfamilier sammen med sønner og døtre. I vårt forskningsmateriale fra den akutt geriatriciske enheten i Poliambulanza-sykehuset i Brescia bodde bare 25% av de eldre

pasientene alene. Fortsatt legges mye av denne omsorgsbyrden på kvinnene, dvs. døtre og svigerdøtre. Fordi moderne italienske kvinner også ønsker utdanning og karriere, resulterer dette i at fødselstallene er blitt svært lave, bare 1,2 per kvinne. En av mine italienske venninner, som er en høyt utdannet bedriftsleder, sier det slik: «Italienske kvinner er i streik.» Dette er til bekymring i det italienske samfunnet, særlig hos dem som tenker på fremtidens eldreomsorg.

Når det gjelder faste legekontakter, varierer dette både geografisk og med sosial klasse. Mange bedrestilte gamle i byene har en geriater som sin faste lege. Det er svært ujevn fordeling og kvalitet på allmennlegene.

### Spesialiteten geriatri

Spesialistutdanningen i geriatri består av fire års praksis under veiledning i en geriatrisk avdeling. De fleste legene har arbeidet noen år før de begynner spesialisering i geriatri, og for å kunne påbegynne spesialistutdanningen må de bestå en opptaksprøve. Dette er en flervalgstest bestående av 50 spørsmål der 40 må besvares riktig. Spørsmålene er tatt fra en samling med 5 000 spørsmål og svar som kandidatene får utdelt for å forberede seg til prøven. Under spesialistutdanningen må de gjennomføre et prosjekt og skrive en avhandling. I denne forbindelse blir det ofte produsert artikler som publiseres internasjonalt. Kandidatene må også følge et etterutdanningsprogram (continuing medical education; CME) med ukentlige faglige undervisningsmøter.

Innholdet i tjenesten varierer sterkt mellom de ulike praksisavdelingene. Der det er akuttgeriatrike enheter, får spesialistkandidatene god trening i indremedisin og akuttmedisin og går vakter med tjeneste i akuttmottak. Andre har sin praksis i geriatrike avdelinger som hovedsakelig har pasienter med subakutte eller kroniske problemer. Det er ingen formelle krav til tjeneste i indremedisin. Geriatrikspesialiteten i Italia gir dermed ingen enhetlig praktisk kompetanse, og spesialistene i geriatri er mest egnet til å arbeide i den avdelingen hvor de har hatt sin spesialistutdanning. Følgelig finnes det geriater med god akutt- og indremedisinsk kompetanse for akuttgeriatrike enheter i sykehus og andre geriater med god kompetanse i utredning av kroniske tilstander og rehabilitering.

### Forskergruppen i Brescia

Forskningen i geriatri er delvis organisert gjennom sentralt styrte programmer og regionale forskergrupper i geriatri. Det finnes også en rekke nasjonale forskningsinstitutter som egentlig er forskningsorienterte småsykehus drevet med statlige midler. Blant disse er en rekke Alzheimer-sentre. Jeg var knyttet til den regionale fors-

**Tabell 1** Faktaopplysninger om Italia og helse hentet fra WHO's nettside

Antall innbyggere	57,4 millioner	(2003)
Andel personer som er > 65 år	18,7 %	(2001)
Total fødselsrate	1,2	(2001)
Forventet levetid fra fødsel, kvinner	83,2 år	(2001)
Forventet levetid fra fødsel, menn	77,1 år	(2001)
Antall sykehussenger per 100 000 innbyggere	446,8	(2001)
Antall leger per 100 000 innbyggere	612,1	(2001)
Sykehusinnleggelse per 100 innbyggere per år	16,2	(2001)
Andel personer med privat helseforsikring	16 %	(1998)
Andel private sykehussenger	16 %	(1998)
Totale helsekostnader, prosent av brutto nasjonalprodukt	8,5	(1998)
Gjennomsnittlig inntekt per person, Nord- og Sentral-Italia	20 000 euro	(1998)
Gjennomsnittlig inntekt per person, Sør-Italia	10 900 euro	(1998)

kergruppen i Brescia som har ca. 40 medlemmer, derav bare én sykepleier og resten leger. Ikke alle er geriater, og både geriatriinteresserte psykiatere, nevrologer og en kardiolog er med i gruppen, samt mange spesialistkandidater og leger fra RSA-sykehjem med og uten geriatrikspesialitet. Gruppen har egne lokaler med sekretariat, bibliotek og auditorium i sentrum av Brescia. Det er ukentlige fagmøter med oversiktsforelesninger og/eller presentasjon av egne prosjekter og data. Muntlig foregår presentasjonene på italiensk, men mesteparten av de visuelle presentasjonene er på engelsk. Dette gjorde det mulig for meg, til tross for beskjedne italienskkunnskaper, å få utbytte av forelesningene.

Forskningsinnsatsen omfatter forskning på demens, sykehjem og akuttgeriatri i sykehus. Professorene Renzo Rozzini og Marco Trabucchi er frontfigurene i gruppen og har en hånd med i det meste. Gruppen

har ingen rene forskere. Alle kombinerer forskning med klinisk og/eller administrativ virksomhet. I de avdelinger jeg besøkte var legebemanningen høyere enn i tilsvarende norske avdelinger, noe som gav rom for forskning integrert i klinisk virksomhet. Forskning, og særlig det å publisere, har høy status, og mange av mine kolleger gjør en betydelig arbeidsinnsats utenom vanlig arbeidstid for dette.

Forskergruppen arrangerer kurs hvor gruppens medlemmer står for det meste av undervisningen. Kurs for leger under spesialisering i geriatri arrangeres to ganger årlig og kurs for sykepleiere i geriatri en gang årlig. Disse kursene er også en betydelig inntektskilde for gruppen.

### Poliambulanza-sykehuset

Sykehuset er eid og drives av en nonnestiftelse, men med offentlig tilskudd. Opprinnelig drev denne stiftelsen poliklinikker,



En typisk italiensk geriater – dyktig, elegant og med scooter. Foto Morten Mowé

derav navnet Poliambulanza, men etter hvert ble virksomheten utvidet til full sykehusdrift. Poliambulanza-sykehuset er et generelt sykehus med 350 senger, de fleste funksjoner innen medisinske og kirurgiske fag og et akuttmottak, som også fungerer som en åpen legevakt. Den geriatriiske avdelingen har en akuttgeriatrik enhet med 24 senger som også inkluderer en fire-sengs subintensiv enhet, samt en geriatrik poliklinikk. Legene i spesialistutdanning går vakter i akuttmottaket hvor de tar imot alle typer medisinske pasienter og undersøker medisinske legevaktspasienter som ikke trenger innleggelse. På den akuttgeriatrike enheten er tverrfaglig geriatrik vurdering, høyt medisinsk behandlingsnivå med utstrakt bruk av høyteknologisk medisin og planlagt tidlig utskrivning de viktigste prinsippene. Avdelingen har sin egen kardiolog, og i utstrakt grad blir andre spesialister tilkalt til pasientene. Disse tilsynene foregår som regel under visitten, og geriater og den tilkalte spesialisten kan sammen vurdere pasienten. Det er bare for prosedyrer som må foregå i spesialrom, at pasientene blir hentet ut av avdelingen.

Pleiefaktoren er vesentlig lavere enn i medisinske sengeposter i Norge. Til gjengjeld har praktisk talt alle pasientene pårørende hos seg mesteparten av døgnet. Pårørende deltar aktivt i enkle pleieoppgaver og tilsyn av pasientene. I løpet av mine ti måneder ved avdelingen skjedde det ikke at en eneste pasient falt. Årsaken til dette er nok først og fremst at pasientene aldri er alene. Sykepleiertjenesten er ledet av nonner, og avdelingssykepleier, søster Augustina, er «alltid» til stede. Med sin stille autoritet sørger hun for orden i avdelingen. Det er alltid gullende rent og ethvert søl blir umiddelbart fjernet.

Midt i avdelingen er det opprettet en subintensiv enhet i en firesengs stue. Der behandles kritisk syke eldre som har behov for et høyere behandlingsnivå enn det som kan gis i en vanlig sengepost. Enheten er utstyrt med tre respiratorer for ikke-invasiv respirasjonsstøtte (BiPap), samt monitorer for overvåking av vitale funksjoner og volumetriske infusjonspumper. Min rolle i avdelingen var først og fremst å følge opp enheten med hensyn til datainnsamling og analyser for å kunne publisere en artikkel om denne nye behandlingsmodellen for kritisk syke eldre medisinske pasienter.

### Hva kan vi lære av italienerne?

Italiensk eldreomsorg er lite utbygd og har langt igjen før den når det omfang vi har i Norge. Men når det gjelder kvalitet på legetjenestene i sykehjemmene, kan vi lære noe. Forskning og utviklingsarbeid er prioritert og vises ved de mange publikasjonene fra italiensk sykehjemsmedisin. Mange sykehus har organisert behandlingen av de akutt syke gamle i sentralt plasserte akuttgeriatrike enheter. Slike enheter har i en rekke studier vist seg å ha effekt på mortalitet og institusjonalisering (2, 3). Mange steder i Italia er de implementert i praksis (4).

Når det gjelder behandlingen av de kritisk syke gamle, er mine italienske kolleger svært opptatt av at alle skal ha optimal behandling. Det er satt en standard for behandling av skrøpelige eldre ved den måten den aldrende og parkinsonsyke pave Johannes Paul II ble behandlet på ved stadige sykehusinnleggelse. Mine kolleger har likevel påpekt at det er en skjult aldersdiskriminering i forhold til tilgang på intensivbehandling og mener at mange gamle trolig ville ha profittert på mer avansert behandling og omsorg enn de får i en vanlig sengepost (6). En subintensiv enhet for eldre er en god løsning på dette problemet og kan trolig også avhjelpe den mangelen på intensivressurser som er spådd som følge av en raskt økende eldre befolkning (7). Dette er ikke noe nytt, for italienske geriater har helt side begynnelsen av 1960-årene vært opptatt av at eldre mennesker skulle få del av den medisinske utviklingen. I Firenze ligger landets første geriatrike avdeling, der var de tidlig ute med å opprette en egen intensiv enhet.

Kravet om å gjennomføre et prosjekt/avhandling i spesialistutdanningen sikrer at det til enhver tid foregår prosjekter og fagutvikling i de geriatrike avdelingene. Dette gir kompetanseheving ikke bare for spesialistkandidaten, men for hele avdelingen og bidrar til økt interesse for forskning i geriatri.

Sist, men ikke minst kan vi lære noe om hvordan vi kan høyne status og popularitet for vår spesialitet. De italienerne jeg har møtt, er stolte av å være geriater. Geriater innehar mange viktige posisjoner i italiensk medisin. Da min veileder og leder for forskergruppen i geriatri i Brescia, professor Marco Trabucchi, ble utnevnt til president i Italias geriatrike forening, ble dette feiret

med flere festmiddager! Foruten å påse at vi kledde oss dannet og helst italiensk elegant til fagmøtene, og alltid møtte presis, holdt professor Trabucchi sin halvårige tale om «rikets tilstand». Hovedbudskapet til oss yngre og mer uerfarne kolleger var en oversikt over hva som var viktigst innen det geriatrike fagfeltet i verden, og hvordan vi kunne gi våre bidrag til den videre utvikling av faget. Disse seansene var det ingen som gikk glipp av.

Og selv om talene kunne være litt svulstige for en nøktern nordmann, så gav de inspirasjon. Som professor Trabucchi har sagt: Det som gjør geriatrien til et nobelt fag og som er geriaterens virkelige stolthet, er å kunne stake ut en farbar vei i et kupert landskap med mange uforutsette hindringer og usikkerheter for en eldre og skrøpelig pasient.

### Anette Hysten Ranhoff

ahranhoff@yahoo.no  
Mottagelsesavdelingen  
og  
Forskergruppen i geriatri  
Ullevål universitetssykehus  
0407 Oslo

*Forfatteren har mottatt reisestøtte fra Universitetet i Oslo.*

### Litteratur

1. Passeri M. Place of the geriatrics in the health care system in Italy. I: Michel JP, Rubenstein LZ, Orimo H, red. Geriatric programs and departments around the world. New York: Serdi Publisher, 1998: 85–8.
2. Landefeld CS, Palmer RM, Kresevic DM et al. A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *N Engl J Med.* 1995; 332: 1338–44.
3. Stuck A, Siu AL, Wieland GD et al. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993; 342: 1032–6.
4. Rozzini R, Sabatini T, Trabucchi M. The network for elderly care in Italy: only a correct use of acute wards allows an overall functioning of the health care system. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003; 58: 190–1.
5. Carpenter I, Gambassi G, Topinkova E et al. Community care in Europe. The Aged in Home Care project (AdHOC). *Aging Clin Exp Res* 2004; 16: 259–69.
6. Rozzini R, Sabatini T, Trabucchi M. A silent ageism in access to critical care. *Age Ageing* 2004; 33: 517.
7. Angus DC, Kelley MA, Schmitz RJ et al. Current and projected workforce requirements for care of the critically ill and patients with pulmonary disease. Can we meet the requirements of an aging population? *JAMA* 2000; 284: 2762–70.