

Effekten av geriatrisk behandling i sykehus er forbløffende godt dokumentert, men mange ser ut til å ønske seg en kastrert geriatri

## En døende spesialitet?

«Is geriatric medicine terminally ill.» ble det nylig spurt på lederplass i *Annals of Internal Medicine* (1). Skribenten påpeker at med den demografiske utviklingen burde geriatri være en blomstrende spesialitet, men slik er det ikke i USA. Hvordan er situasjonen i Norge?

Den er mindre dystert enn i USA, men varierende fra sykehus til sykehus. Det er 160 spesialister i geriatri i Norge, men ikke alle er yrkesaktive. De sykehusene som aktivt utdanner geriater, har god søkning fra leger som er dedikert til faget. Men langt fra alle sykehus tar del i denne utdanningen. Siden utdanningsløpet er langt og gjennomsnittsalderen for yrkesaktive geriater høy, vil det de nærmeste årene så vidt være balanse mellom tilførsel og avgang av spesialister i geriatri. Deretter vil antall yrkesaktive geriater øke, men ikke så fort som behovet tilsier.

Den geriatriske pasienten kjennetegnes ikke først og fremst ved sin alder, men ved helseproblemets kompleksitet. Kjernen i den geriatriske arbeidsmetoden kalles i internasjonal litteratur *comprehensive geriatric assessment*, på norsk gjerne *bred geriatrisk vurdering*. Ikke minst takket være norsk forskning (2), er det nå godt dokumentert at et slikt tilbud gir bedre overlevelse og større sjans til å bli skrevet ut til eget hjem for gamle som legges inn i sykehus med akutt sykdom oppstått mot et bakteppe av multisykkelighet, polyfarmasi, funksjonsvansker og kognitive problemer (3–5).

Hva er det ved den geriatriske arbeidsmåten som gjør den så effektiv? Tre sentrale elementer er særlig viktige: For det første et sterkt fokus på diagnostisk innsats – ofte med utstrakt (men målrettet) bruk av diagnostisk teknologi. Dette er nødvendig siden de geriatriske pasientene ofte har atypiske symptomer, også ved akutte tilstander der kausal terapi er svært virkningsfull. For det andre en systematisk gjennomgang av alle relevante helseproblemer og alle legemidler – ikke bare det som umiddelbart forårsaket innleggelsen. Dette er nødvendig siden akutt sykdom og kronisk komorbiditet påvirker hverandre gjensidig. For det tredje umiddelbar oppstart av målrettede rehabiliteringstiltak samtidig med akuttbehandlingen – ikke etterpå. Det er bare funnet effekt av geriatriske tilbud når de blir gitt på et dedikert geografisk område (sengepost e.l.), av et koordinert tverrfaglig team ledet av spesialist i geriatri, som har det overordnede ansvaret for behandlingen. Det er aldri funnet effekt av ambulerende geriatriske team som gir råd til de avdelingene som har behandlingsansvaret (5).

Nytten av et geriatrisk tilbud for akutt syke gamle med komplekse helseproblemer er så stor og overbevisende dokumentert at det vanskelig kan anses forsvarlig å behandle denne pasientgruppen uten et akuttgeriatrisk tilbud (6). Hvorfor får da ikke alle akutt syke geriatriske pasienter dette tilbudet, og hvorfor går ikke utdanningen av geriater raskere?

Årsakene er sammensatte – men andre enn i USA (1). I Norge er nok den viktigste begrensende faktoren manglende vilje – både blant administratorene og kolleger – til å satse på geriatri der geriatrien er viktigst, nemlig i akutt sykehusene. Ikke slik at man ønsker geriatrien død, men mange ser ut til å ønske seg en kastrert geriatri, forvist til andre arenaer. Helse Sør-Øst-direktørene Hans Nielsen Hauge og Ulf Ljungblad etterlyste f.eks. nylig mer geriatrisk rehabilitering i stedet for akuttsenger i sykehus – til tross for at det er i akuttsengene at geriatrien er mest effektiv (7). Direktøren for Helse Bergen, Stener Kvinnsland, har uttalt at det ikke bør satses på

store geriatriske enheter, men at man heller må styrke kompetansen innad i de medisinske avdelingene (8) – i strid med evidensen for hvilken organisering som gir helsegevinst. Store prestisjesykehus som Haukeland universitetssykehus og Akershus universitetssykehus gir ikke noe geriatrisk tilbud til pasienter som ville hatt nytte av det, og bidrar heller ikke i utdanningen av geriater. Og Oslo universitetssykehus har nylig etablert en «generell indremedisinsk avdeling» (som straks ble fylt av geriatriske pasienter) i stedet for å utvide sitt akuttgeriatriske tilbud i henhold til behovet.

De fleste andre sykehusspesialitetene har gjennom mange år høstet velfortjente triumfer gjennom subspecialisering. Det kan da virke provoserende når man fra geriatrisk hold påpeker at en organoppdelt tilnærming ikke er den optimale for multisyke eldre, og dessuten hevder at den indremedisinske generalistkompetansen er ofret på subspecialiseringens alter. Viktige elementer i samhandlingsreformen er fundert på feilinformasjon om de angivelig mange unødvendige innleggelsene av eldre (9). Når geriaterne påpeker at akutt syke eldre kan ha stor nytte av sykehussinleggelse hvis de får et geriatrisk tilbud i akuttfasen, vekker de dermed anstøt både hos myndighetene (som ønsker billige kommunale tilbud for denne gruppen) og hos kollegene (som heller vil behandle pasienter som feiler én ting om gangen).

Erfaringene tilsier at det ikke ville være vanskelig å fylle flere geriatriske utdanningsstillinger og dermed bidra til å sikre en aldrende befolkning et godt helsetilbud. Geriatrien trenger ambisiøse leger som fascineres av det sammensatte og kompliserte, og som i tillegg har god nok verdiforankring til å slåss for at samfunnets aller svakeste må ha rett til et helsetilbud av god kvalitet når de blir akutt syke.

**Torgeir Bruun Wyller**  
t.b.wyller@medisin.uio.no

Torgeir Bruun Wyller (f. 1960) er spesialist i indremedisin og i geriatri, professor i geriatri ved Universitetet i Oslo og overlege ved Oslo universitetssykehus.

### Litteratur

1. Golden AG, Silverman MA, Mintzer MJ. Is geriatric medicine terminally ill? *Ann Intern Med* 2012; 156: 654–6.
2. Saltvedt I, Mo ES, Fayers P et al. Reduced mortality in treating acutely sick, frail older patients in a geriatric evaluation and management unit. A prospective randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: 792–8.
3. Baztán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J et al. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ* 2009; 338: b50.
4. Ellis G, Whitehead MA, Robinson D et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2011; 343: d6553.
5. Gjerberg E, Bjørndal A, Fretheim A. Effekt av geriatriske tiltak til eldre pasienter innlagt i sykehus. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006.
6. Stuck AE, Iliffe S. Comprehensive geriatric assessment for older adults. *BMJ* 2011; 343: d6799.
7. Hauge HN, Ljungblad U. Eldre bør behandles der hvor de er. *Aftenposten* 26.7.2012.
8. Ødegaard S. Stener Kvinnsland: Lederen må ikke bli for dominerende. *Indremedisinen* 2009; nr. 3: 35–7.
9. Wyller TB. For mange eller for få innleggelses? *Tidsskr Nor Legeforen* 2010; 130: 1702.

Mottatt 31.7. 2012, første revisjon innsendt 18.8. 2012, godkjent 20.8. 2012.  
Medisinsk redaktør Anne Kveim Lie.