

GERIATRI OG GERONTOLOGI I HISTORISK PERSPEKTIV

Jørgen Worm

Alderdommens problemer har interesseret menneskeheden fra de ældste tider, men set med nutidens øjne i mange tilfælde på et primitivt niveau. Historisk har indsatsen over for ældres skavanker og sygdomme været skiftende og afspejlet holdningen til gamle mennesker. Menneskesynet har blandt andet været afhængigt af samfundets struktur og dets behov for at udnytte de ældres viden og erfaringer.

Jørgen Worm har været med i redaktionskomiteen for *Gerontologi og samfund* siden bladets start. Han er tidligere overlæge ved geriatrik afdeling på Odense Universitetshospital, nu konsulent i geriatri i Svendborg.

Gerontologi og samfund 2002, 18; 2: 33-35

LÆGEKUNST OG ALDERDOM

Mens de første nedskrevne råd for behandling af ældre fandtes i det gamle Ægypten, var det især i Grækenland, at lægekunsten blomstrede. *Hippokrates* (466-377 f.Kr.) betragtes stadig med ærbødighed som lægekunstens fader.

Hans aldersteori baseredes på et livslangt varmetab, der kunne forklare ændringer i kliniske symptomer med årene, herunder at febersygdomme ikke er så heftige hos gamle. Han beskrev »normale« og sygelige symptomer i alderdommen svarende til den senere distinktion mellem aldring og sygdom. Han gav en oversigt over, hvilke sygdomme, der var karakteristiske for alderdommen, og beskrev ældres disposition til kroniske sygdomme.

Han fremhævede, at man skulle forsøge at danne sig et helhedsbillede af det syge menneske og ved undersøgelse gå frem med minutøs nøjagtighed. Mottoet for den hippokratiske terapi blev udtrykt med ordene: »To ting må lægen holde sig for øje, at gavne eller i det mindste ikke at gøre skade«. De hippokratiske skrifter var i de følgende 2000 år grundlaget for størstedelen af den kliniske funktion og blev betragtet som evigt gyldige.

Konsulent i geriatri Jørgen Worm
Hunderupvej 98
5230 Odense M

SPIRER TIL MODERNE GERIATRI

Først i 17- og 1800-tallet kom der en stigende interesse for sygdomme i alderdommen, og dermed skabtes de første spirer til den moderne geriatri.

Den tyske læge *Fischer* udgav i 1754 en lærebog om høj alder hos mennesket. Bogen var præget af overgangen mellem Antikkens synspunkter og den stigende naturvidenskabelige tankegang i 1800-tallet.

SYSTEMATISK TILGANG

I 1839 fremkom den tyske læge *Canstatt* som den første med sit systematiske værk om sygdomme i alderdommen. Han forklarede aldringsprocesserne ved involution på celle- og vævsniveau. Han gjorde som Hippokrates opmærksom på, at det er nødvendigt at skelne mellem aldersprocesser og sygdomme i alderdommen.

I sit arbejde kombinerede han de kliniske iagttagelser med den patologiske anatomi, og han fremhævede, at sygdomme hos ældre kan give andre kliniske billeder end hos yngre. Han beskrev de degenerative forandringer i hjernen, som medfører, at åndsevnerne svækkes, intellektet mister kraft, og energien svækkes, men alderens erfaring og visdom giver en vis kompensations.

Under stor tilstrømning af interesserede holdt den franske neurolog *Charcot* (1825-1893) på Salpêtrièren i Paris forelæsninger over alderdommens kroniske sygdomme med demonstration af patienter fra det rigeholdige materiale på hospitalet. Forelæsningerne blev offentliggjort og stimulerede den videnskabelige interesse for ældres sygdomme.

GERONTOLOGIEN FØDES

Den russiskfødte zoolog og immunforsker *Élie Metchnikoff* (1845-1916) offentliggjorde sine alderdomsundersøgelser i en række bøger fra 1901 til 1910 (se figur 1). I 1903 indførte han betegnelsen »gerontologi« (af *geron* = gammel mand og *logia* = læren om) for alderdomsproblemerne i deres helhed, omfattende både alderens biologi, alderdomssygdommene samt alderdommens social-medicinske og social-økonomiske aspekter, og dermed betragtes han som skaberen af den moderne alderdomsforskning.

I 1908 tildeltes ham Nobelprisen sammen med bakteriologen *Ehrlich*.



Figur 1
Élie Metchnikoff som
indførte betegnelsen
gerontologi

GERIATRIEN ETABLERES

Erkendelse af gerontologi som et forsknings- og arbejdsfelt var en naturlig forløber for en stigende interesse for ældres sygdomme.

I 1909 lancerede *Ignatz Nascher* (1863-1944), der var født i Wien, men udvandret til USA, ordet »geriatri« (af *geron* = gammel mand og *iatria* = lægekunst) for læren om sygdomme hos gamle.

Som student deltog Nascher i kliniske demonstrationer af kroniske sygdomme. En gammel kvinde henvendte sig til den medicinske lærer med klager over smerter. Hun blev sendt afsted med kommentaren: »Hun lider af alderdom, intet kan gøres for hende«. Denne oplevelse gjorde et så stort indtryk på Nascher, at han viede sin arbejdsindsats til ældrebefolkningen, og i 1914 udgav en stor lærebog om alderens fysiologi og sygdomme. Han anførte, at aldring ikke har en årsag, men at samvirkende negative faktorer kan fremskynde aldersprocessen. Han foreslog, at senil demens skulle behandles med mental stimulation, og omtalte det atypiske billede af lungebetændelse hos ældre.

TVÆRFAGLIG REHABILITERING I STORBRIITANNIEN

I Storbritannien oprettedes den første geriatrike afdeling på West Middlesex Hospital i

Figur 2
Danmarks første og hidtil eneste
professor i geriatri,
Marianne Schroll



1935 med *Majorie Warren* som chef. Hun indførte holistisk vurdering og tværfaglig rehabilitering af de meget gamle, svækkede og syge, hvoraf mange havde udiagnosticerede og ubehandlede sygdomme. Efter relevant behandling og rehabilitering kunne mange udskrives fra institutionen med passende hjælpeforanstaltninger.

Geriatrici blev anerkendt som et selvstændigt speciale i Storbritannien i 1947 og udviklede sig derefter hurtigt til en indflydelsesrig specialitet, således at der nu er over 500 afdelinger og adskillige lægeskoler, der docerer gerontologi og geriatri.

Storbritannien betragtes med rette som foregangsland på det klinisk-geriatriiske felt, og deres erfaringer har været til stor støtte for mange lande ved etablering af specialet.

GERIATRIENS FØDELSE I DANMARK

I 1936 fik geriatrien indpas i Danmark med ansættelsen af intern-medicineren dr.med. *Torben Geill* (1897-1990) ved De Gamles By i København. Med stor flid opbyggede *Torben Geill* et geriatriisk miljø i verdensklasse med vægten lagt på klinik og forskning, og han kom med sin personlighed og store indsigt i fagets aspekter i høj grad til at præge uddannelsen af geriater. I 1991 etableredes det første og hidtil eneste professorat i geriatri ved Københavns Universitet (se figur 2).

I 1992 publiceredes en analyse af geriatriens udvikling i Danmark indtil 1972. Heri konkluderedes det, at udviklingen i Danmark i international sammenhæng har været speciel i den forstand, at den kliniske og forskningsmæssige indsats i et væsentligt omfang primært blev etableret under *socialvæsenet*, og først omkring 1970 er blevet pla-

ceret under *sygehusvæsenet*. Det er muligt, at denne flydende grænse mellem social- og sundhedssektorens arbejdsområde har svækket fagets anseelse og været medvirkende til, at det lægevidenskabelige krav om placering af diagnostik og behandling af de ældre patienter som et selvstændigt speciale under sundhedsvæsenet er opstået relativt senere i Danmark end i de lande, vi ellers sammenligner os med.

Geriatricien fik selvstændig specialestatus i 1972.

VIDENSKABELIGE SELSKABER

Dansk Selskab for Alderdomsforskning (senere *Dansk Gerontologisk Selskab*) blev stiftet i 1946 med 12 medlemmer, hvoraf de fleste var læger. De følgende årtier var selskabet et ret lukket videnskabeligt forum med et lavt medlemstal.

Omkring 1970 var selskabet stærkt engageret i oprettelsen af specialet langtidsmedicin, hvilket i 1972 førte til, at *Dansk Selskab for Langtidsmedicin* (senere *Dansk Selskab for Geriatrici*) blev udskilt fra Dansk Gerontologisk Selskab. Medlemskab i Dansk Selskab for Geriatrici er forbeholdt speciallæger og læger under uddannelse i specialet, mens Dansk Gerontologisk Selskab er åbent for alle med gerontologisk interesse.

I Dansk Selskab for Geriatrici er medlemstallet nu omkring 100, mens Dansk Gerontologisk Selskab i de senere år er vokset betydeligt og nu har næsten 800 medlemmer.

GERONTOLOGI I GERIATRIEN

Holdningen til ældre er vigtig for det personale, der skal beskæftige sig med dette område. Man må være omsorgsorienteret og tålmodig, have en varm interesse for ældre



Figur 3
Behandling – der hersker ikke længere en nihilistisk indstilling til syge gamle mennesker

og kunne anlægge et holistisk syn på undersøgelse, behandling og omsorg. Samtidig skal patienterne støttes i at bevare deres integritet og selvværd.

Geriatrici adskiller sig fra andre kliniske specialer ved at have et dobbelt udviklingsspor med udgangspunkt både i lægevidenskaben og i gerontologiens humanistiske, adfærdsmæssige og sociale discipliner. Det faglige fundament for beskæftigelse med ældres sygdomme er de resultater, som forskningen inden for disse videnskabsgrene har bidraget med. Udøvere af geriatrici må derfor være fortrolige med såvel naturvidenskabelig som hermeneutisk tankegang.

Med den stigende gerontologiske viden i de sidste årtier har man kunnet forlade den opgivende holdning over for ældre, svækkede og syge og erstatte den med en realistisk forståelse for de gode muligheder med hensyn til behandling og rehabilitering samtidig med, at de terapeutiske foranstaltninger i stigende grad bliver evidensbaseret.

PÅ VEJ VÆK FRA ALDERISMEN

Ved vurdering af ældre patienter er det nødvendigt at kunne adskille fysiologiske aldersforandringer fra sygdomsprocesser og at have kendskab til biologiske ligevægtens ændringer med alderen (*homøostase*). På grund af ændrede biologiske forhold kan sygdomspanoramaet være ændret hos ældre mennesker. Den medikamentelle behandling kræver særlig erfaring med henblik på at sikre overholdelse af ordinationer (*compliance*) og undgå bivirkninger. Biologisk aldring er en kontinuerlig proces, der står på gennem hele livet, og opstilling af aldersgrænser for diagnostiske og terapeutiske formål har derfor ingen mening. Efterhånden er det al-

mindeligt anerkendt, at ældre mennesker skal have samme medicinske tilbud som yngre uden diskrimination alene på grund af alder (*alderisme*).

Større videnskabelige serier fra de sidste årtier har vist, at effekten af medicinsk intervention generelt er større hos ældre end hos yngre, og denne erkendelse har i høj grad bidraget til at reducere tidligere tiders nihilisme.

GERONTOLOGISK FORSKNING

Gerontologiske undersøgelser har dokumenteret, at man selv op i 90-årene kan opnå en væsentlig bedring i kondition og funktionsniveau ved målrettet motion, og disse fund har fremmet forståelsen for betydningen af intensiv rehabilitering efter sygdomme hos ældre.

Geriatriceren interesserer sig ikke blot for de medicinske problemer i snævrere forstand, men orienterer sig også om den sygdomsskabende og den sygdomsskabte situation med henblik på mulighed for indgriben. I arbejdet planlægges sociale og praktiske foranstaltninger for patienter under hensyntagen til fysiske færdigheder, adfærd, bolig, økonomi, hjælpebehov, netværk etc. – områder, der har været genstand for intensiv gerontologisk forskning.

I geriatriceren er der tradition for, at disse multifacetterede problemer løses i et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, hvor omfattende gerontologisk viden er nødvendig. ■

