

Geriatrien før, nu og fremover

Det geriatriske speciale har haft op og nedture gennem tiden. Forfatteren spør her om gode fremtidsmuligheder for specialet, men om udfordringer til rekruttering

I 1936 fik geriatrien indpas i Danmark med ansættelsen af Torben Geill ved De Gamles By i København. Med stor flid opbyggede han et geriatrisk miljø i verdensklasse med vægten på klinik og - forskning. I modsætning til forholdene i Storbritannien og Sverige havde faget imidlertid vanskeligheder med at få fodfæste her i landet pga. modstand fra intern medicinsk side og begrænset politisk bevågenhed. I 1946 stiftedes Dansk Gerontologisk Selskab af en lille kreds af læger med gerontologisk interesse, men først i 1960'erne blev der etableret sygeafdelinger med 100-200 sengepladser på alderdomshjemmene i de større byer. Disse afdelinger blev udrustet med hospitalsprægede faciliteter og fik en normering, der satte dem i stand til at varetage størstedelen af sygdomstilfældene blandt plejepatienterne. De første geriatriske afdelinger havde altså deres virke i socialt regi, hvilket kan være en af årsagerne til fagets lave prestige i den medicinske verden. Senere oprettedes der også afdelinger i amtsregi i midten af 1970'erne. I 1972 blev specialet godkendt under navnet *langtidsmedicin*, der senere er ændret til *geriatri*.

Mens 1960'erne og 70'erne var en blomstringstid for geriatrien, blev de følgende to årtier præget af den økono-

miske krise, som for geriatrien betød en reduktion af kapaciteten på landsbasis fra omkring 1300 senge til 728 i 2001. Værst gik det ud over Jylland, hvor der kun var i alt 124 senge tilbage. Fra årtusindskiftet synes interessen for varetagelsen af ældres problemer igen at være stigende, og geriatrien er nu kommet ind i en mere stabil fase.

Geriatriens hovedindhold

Den klassiske geriatriske patient er over 65 år og karakteriseret ved flere samtidige sygdomme, funktionstab og social utilstrækkelighed i vekslende kombinationer og varierende grader (Danbæk og Henriksen, 1997). Dermed har man også defineret geriatriens tre kerneområder, der omfatter diagnose og behandling, genoptræning og afhjælpning af sociale problemer. I geriatrien anvendes en særlig systematik, der gør komplicerede sygdomsbilleder overskuelige. Tværfaglighed er krumtappen for den geriatriske metode, der kræver fælles forståelse af nøglebegreber og rationel planlægning.

I en årrække var de tre områder nogenlunde ligeværdige, men i de senere år synes geriatrien i nogen grad at have isoleret sig fra den brede gerontologi. Forklaringen herpå kan være, at geriatere i kraft af de forbedrede terapau-

tiske muligheder har prioriteret undersøgelses- og behandlingsopgaverne, men det må også nævnes, at der samtidig administrativt er sket en betydelig overførsel af rehabilitering og det sociale arbejde til andre instanser.

Berettigelsen af et geriatrisk speciale

Primært kan man spørge, om der fremover vil være behov for et geriatrisk speciale - eller udtrykt på en anden måde - kan geriatrien udrette noget, som andre specialer ikke kan eller gør? Flere undersøgelser har givet svar på dette spørgsmål.

I 1984 publicerede Rubinstein og medarbejdere resultaterne af en randomiseret undersøgelse af ældre plejehjemstruede patienter, hvoraf halvdelen blev indlagt på geriatrisk afdeling og halvdelen på medicinsk afdeling. For patienterne på respektive geriatrisk og medicinsk afdeling var udskrivelsesprocenten på 73 og 54, genindlæggelsesprocenten 35 og 50, dødeligheden det første år 48 og 24, men til gengæld var indlæggelsestiden dobbelt så lang for patienterne på geriatrisk afdeling, og de geriatriske patienter fik i gennemsnit stillet fem gange så mange diagnoser (Rubinstein et al., 1984).

Rødovreprojektet fra slutningen af 1980'erne viste, at et hjemmebesøg af

Mens 1960'erne og 70'erne var en blomstringstid for geriatrien, blev de følgende to årtier præget af den økonomiske krise, som for geriatrien betød en reduktion af kapaciteten på landsbasis fra omkring 1300 senge til 728 i 2001



læge eller sygeplejerske hver tredje måned med opfølgende intervention i fornødent omfang over en tre-årig periode resulterede i 19 % færre indlæggelser, 24 færre sygedage på hospital, 25 % færre dødsfald, 50 % færre vagtlægebesøg og 31 % færre plejehjemsindstillinger (Hendriksen, 1989).

I et arbejde fra 2005 påviste man en sammenhæng mellem kvaliteten af de geriatriske sundhedsydelse og overlevelsen for sårbare ældre. Den halvdel af patienterne, der havde de højeste gennemførelsesprocenter for det anbefalede undersøgelses- og behandlingsprogram, havde i løbet af tre år en dødelighed på 18 % mod 28 % i den anden halvdel med de laveste ydelsesprocenter (Higashi et al., 2005).

Holdninger til ældre

Indstillingen generelt i befolkningen til ældre, deres skavanker og sygdomme er naturligvis af fundamental betydning for geriatriens trivsel. Som fagfolk må man tilstræbe at få en balanceret og realistisk holdning ved at indbygge den viden, som moderne gerontologi har givet os om den normale aldring og de mest almindelige sygdomme.

To diametralt modsatte synspunkter på gamle mennesker blev allerede formuleret i Antikken: Aristoteles, der levede i det fjerde århundrede før Kristus, gav en negativ beskrivelse af ældre, som han fandt mindre interesserede, end de burde være, og desuden var de tvivlrådige, ondsksfulde, påholdende, smålige og egoistiske, hvorfor han fandt et liv efter de 50 meningsløst. Hans synspunkter kom til at påvirke indstillingen til ældre syge gennem ikke mindre end 2000 år. Omvendt skrev Cicero 300 år senere, at nok indebærer alderdommen et fysisk tab, men der er mulighed for erstatning. Han opfattede alderdommen som en periode, hvor man endelig fik lov til at være sig selv

og dermed opnå sjælelig forløsning (Kirk, 1995).

Det har været almindeligt at betragte ældre mennesker som en homogen gruppe, men en sådan generalisering giver ingen mening, da ældre mennesker er endnu mere forskellige end unge. Medierne fremviser jævnligt en negativ holdning til ældre, der beskrives som latterlige stakler præget af svækkelse og forfald. Udtryk som *ældrebyrden* og *ældrepres på sygehuse* er i tråd hermed.

I nogle år har de vestlige lande været præget af en ungdomskultur, hvor idealbilledet er de unge, smukke og stærke. Opfattelsen af de ældre kan derfor være et skræmmebillede og den diametrale modsætning til det kulturelle idealbillede (Moe, 2004). Samtidig med en dyrkning af ungdomskulturen findes der specielt i byerne en slags 'generationernes apartheid', hvor børn, voksne og ældre mest omgås deres egen generation og derfor ikke får viden om andre aldersgruppers naturlige adfærdsmønstre. Tilsvarende kan der på sygehusafdelinger opleves en stor asymmetri mellem de gamle, skrøbelige kronisk syge og et langt yngre personale, der er presset til stadig højere aktivitet (Hjort, 2004).

Også blandt sundhedspersonale har geriatrien lav prestige. I en norsk undersøgelse fra begyndelsen af 1990'erne bad man forskellige grupper af sundhedspersonale om at prioritere 22 forskellige medicinske specialer. På de tre sidste pladser lå hhv. dermatologi, psykiatri og geriatri. En undersøgelse blandt 645 medicinstuderende viste, at det geriatriske speciale var det mindst ønskede som karrierevalg. Tilsvarende blev en gruppe på 204 sygeplejestuderende spurgt om, hvad de ønskede at arbejde med. Geriatri blev placeret lavest (Høgseth, 2002).

I Danmark har udviklingen af det geriatriske speciale i perioder været ret turbulent, og det kan derfor være af almen interesse at overveje fagets fremtidige muligheder. Tatar-kiewicz analyserede begreberne liv og tid og kom til den slutning, at fortid ikke bare er de behagelige og ubehagelige oplevelser i sig selv, men at de også danner fundament for vurdering af nutid og fremtid (Tatar-kiewicz, 1976). En prognose for geriatrien må derfor både baseres på det hidtidige forløb og på en afgræsning af de parametre, der formodes at have betydning for specialets stilling i fremtiden.

Jørgen Worm er tidligere adm. overlæge ved geriatrisk afdeling på Universitetshospitalet i Odense. Hunderupvej 98, 5230 Odense M.

En undersøgelse blandt 645 medicinstuderende viste, at det geriatriske speciale var det mindst ønskede som karrierevalg. Tilsvarende blev en gruppe på 204 sygeplejestuderende spurgt om, hvad de ønskede at arbejde med. Geriatri blev placeret lavest

Imidlertid er der de senere år sket et psykologisk paradigmeskift, og der lyder nu mere optimistiske toner om forholdet til alderdommen. Dette har betydning, at tidligere tiders dystre tilkendegivelser om alderdommen i stigende grad erstattes af en forventning om, at gode tider venter i den tredje alder (Andersson, 2007).

Demografi

Som i de øvrige vestlige lande er ældrebefolkningen i Danmark øget stærkt i de sidste 100 år. I år 1900 var 10 % af befolkningen over 60 år, og procenten er nu steget til 20. Endnu større har stigningen været for de 80+-årige, nemlig fra 1 % i år 1900 til nu 4 %. Den gerontologiske grænse for alderdommen sættes sædvanligvis ved 65 år, og gruppen over 65 udgør nu 16 %. I 1950 var der 25 mennesker, der var 100 år eller ældre, og nu godt 50 år senere er der omkring 600. Middellevetiden, der omkring år 1900 var 50-53 år, har været jævnt stigende og er nu for danske mænd 75,9 år og for kvinder 80,4 år. Da levetiden i de øvrige nordiske lande er 2-3 år højere for både mænd og kvinder, synes danskerne umiddelbart at kunne hente nogle leveår ekstra. Dødeligheden i ældrebefolkningen er aftaget, og det gælder specielt for kvinder. I gruppen af kvinder over 80 år faldt dødeligheden således markant i tidsrummet 1950-1980 fra ca. 160 til ca. 100 pr. 1000 personer. Den store nedgang i dødeligheden kuldastede befolkningssprognosen fra 1960. På det tidspunkt regnede man med, at tilvæksten af de 80+-årige ville blive 40.000 i løbet af 20 år, men i 1980 viste antallet sig at være 70.000. 90 % af denne ekstra til-

vækst var kvinder, idet nedgangen i dødeligheden viste sig først og var størst for dem.

Fremskrivningen af befolkningen viser, at gruppen af 60-årige og ældre i 2020 vil udgøre 28 % af befolkningen, og gruppen af 80-årige og derover vil stige fra 4 % til 5 %, hvilket svarer til en relativ vækst på 25 %. I 2040 forventes antallet af 90-110-årige at være mere end fordoblet. Disse fremskrivninger må betragtes som meget sikre, da den kommende ældrebefolkning jo allerede er født.

For geriatrien er stigningen for 80+-gruppen særligt interessant, da de fleste patienter rekrutteres fra denne aldersgruppe. Fremskrivningen viser altså, at antallet af potentielle geriatriske patienter vil stige i de kommende årtier.

Ældre menneskers helbred

Når man skal give et bud på den fremtidige efterspørgsel på geriatriske ydelser, kan størrelsen af den fremskrevne ældrebefolkning naturligvis ikke stå alene, men må kombineres med den formodede helbredstilstand i befolkningen. Spørgsmålet bliver derfor, om forskningen kan bidrage med resultater, der belyser, om ældres generelle helbredstilstand er blevet bedre eller ringere i de senere år. Som mål for helbredstilstanden i ældrebefolkningen kan man benytte hyppighed og sværhedsgrad af sygdomme, befolkningens risikoprofil, funktionsevne og aktivitet. Hyppigheden af plejehjemsindstilling har også været anvendt, men er uegnet, da indikationen for indstilling kan variere fra sted til sted og bl.a. være afhængig af alternative muligheder. At anvendelse af lægemidler har været

støt stigende de senere år, således at 87 % af hjemmeboende over 75 år nu får lægeordineret medicin, kan udmærket være udtryk for en bedre behandling og ikke nødvendigvis et ringere helbred, da omfanget af et optimalt lægemiddelforbrug ikke er kendt.

Hvad sygdomme angår, ved vi fra danske opgørelser, at dødeligheden af hjertelidelser er faldet i de sidste 20-30 år. Årsagen hertil er forebyggende behandling og bedre operationsmuligheder i de højere aldersgrupper. På den anden side må det erkendes, at nogle hjertepatienter, der tidligere bukkede under for sygdommen, overlever i kraft af mere effektiv behandling, men med et betydeligt handicap og stort behov for medicinske ydelser.

I Glostrup-undersøgelsen foretog man en kohortesammenligning af kronologisk jævnaldrende personer født i respektive 1897 og 1914. I 1914-kohorten fandt man bedre lungefunktion og mindre fedme. Samtidig var blodtryk, kolesterol og blodsukker lavere som udtryk for en sundere risikoprofil hos de nytilkomne ældre. På den negative side var hyppigheden af osteoporose (knogleskørhed) større, og tilsvarende var der tre gange så mange lårhalsbrud i 1914-kohorten (Schultz-Larsen et al., 1990). I en stor amerikansk undersøgelse har man fulgt ældre siden 1980-erne og fundet, at ikke blot levede ældre mennesker længere, men at de også ud fra bedømmelse af deres funktionsevne havde det bedre i deres sidste leveår (Manton et al., 1997). Tilsvarende er det i England og her i landet bekræftet, at ældre menneskers funktionsevne og uafhængighed er stigende. I England tog gruppen af 50+-årige i 2007 på kor-

tere ferier otte gange om året, mens de i 1957 måtte nøjes med én ferierejse om året (Andersson, 2007).

Mod slutningen af livet gennemgår mange ældre mennesker en fase præget af sygdom og svækkelse, og det er i denne periode, at der især er behov for sygehusindlæggelse og sociale foranstaltninger. Fremtiden vil vise, om den stigende levealder vil indebære, at svækkelsestiden bliver forlænget, så der lægges år til liv, eller afkortet og dermed, at der lægges liv til år (Fries, 1984). Forskellen mellem de to muligheder bliver naturligvis enorm, når fremtidens nødvendige ressourcer skal udmøntes.

Samlet viser disse undersøgelser, at livsfasen med kronisk sygdom og invaliditet de senere årtier er blevet udskudt, men muligvis ikke afkortet. Forekomsten af sværere funktionsnedsættelse er faldet. Det er muligt, at sygdomme i de senere år er blevet mere godartede, eller at de senere generationer med bedre opvækstbetingelser er blevet mere modstandsdygtige over for sygdomme. Som en utopi har man beregnet, at den gennemsnitlige levealder vil blive øget med syv år ved udryddelse af alle blodpropper, fire år ved udryddelse af alle kræfttilfælde og to år ved undgåelse af alle ulykkestilfælde. Tænker vi os en idealtilstand, hvor alle tre dødsårsager er elimineret, vil den gennemsnitlige levealder være 85 år.

Konklusion og perspektiv

Sundhedsstyrelsen har anbefalet, at 15 % af de patienter, der indlægges i den medicinske sektor, bliver behandlet på en geriatrisk afdeling, men en enquete fra 1997 viste, at kun 4,4 % af de 65+-årige reelt fik et tilbud om geriatrisk behandling (Dansk Selskab for Geriatri, 1997). Nedlæggelsen af det brede intern-medicinske speciale kunne være en naturlig anledning til, at geriatrien som et andet bredt speciale overtager flere af de ældre medicinske patienter med et sammensat sygdomsbillede.

Den fremtidige stigning i ældrebefolkningen vil øge antallet af ældre patienter med aldersrelaterede sygdomme. Samtidig kan det forventes, at nytilkom-

ne og bedre behandlingsmuligheder vil udvide de geriatriske tilbud til de ældre patienter. Kravene til geriatrien forventes derfor at stige i fremtiden. På den anden side kan et mildere sygdomsforløb og en aftagende plejetyngde betyde, at ressourcekravet ikke bliver fuldt så stort, som en ren fremskrivning af befolkningen kunne antyde.

For geriatriens udvikling virker det befordrende, at der er kommet et psykologisk paradigmeskrift med en mere positiv opfattelse af alderdommen (Andersson, 2007). Desuden er der tværpolitisk enighed om, at ældrepolitikken skal hvile på et fælles grundlag med velfærdsstaten som baggrund (Nielsen, 2006). Samfundsmæssige forhold og politiske beslutninger er af afgørende betydning for geriatriens vilkår, og aktuelt giver udviklingen på nogle områder anledning til bekymring.

På flere geriatriske afdelinger er den rehabiliterende funktion blevet reduceret under den kommunale strukturreform, idet genoptræning nu overvejende skal ske i kommunerne, hvorfor der er blevet overført adskillige fysioterapeutstillinger fra sygehusene til kommunerne (Holm, 2007). Ved formuleringen af eventuelle fremtidige ventelistegarantier er det vigtigt, at der også tages hensyn til ældre patienter. Det er nemlig dokumenteret, at syge ældre i langt højere grad end yngre mister behandlings- og rehabiliteringspotentialer, mens de venter på behandling (Kirkevold, 2002). De senere år har geriatrien fået rekrutteringsproblemer, og det gælder især for sygeplejersker. Hvis geriatrien skal klare sig i konkurrencen om personale fremover, må stillingerne gøres mere attraktive ved en større anerkendelse, stadig forbedring af behandlingsresultaterne, mere forskning og større selvstændighed i det daglige arbejde.

Referencer

Andersson, L. (2007). Shop till you drop. *Gerontologisk Tidsskrift* 2007;16, p.1.

Danbæk, L. og C. Hendriksen (1997). Tidlig geriatrisk intervention. Konsekvenser af kortere indlæggelsestid på geriatrisk afdeling. *Ugeskrift for læger* 1997, vol. 159, pp. 302-305.

Dansk Selskab for Geriatri: *Enquete* 1997.

Fries, J. (1984). The Compression of Morbidity. *Gerontologist* 1984, vol. 24, pp. 354-359.

Hendriksen, C. (1989). *Rødovreprojektet. Forebyggende interventionsbesøg hos gamle patienter*. Disp. Københavns Universitet, eget forlag.

Higashi, T. et alia (2005). Quality of Care is associated with Survival in Vulnerable Older Patients. *Annals of Internal Medicine* 2005, vol 143, pp. 274-281.

Hjort, P.F. (2004). Sundhedsvæsenet og de gamle. I K. Amstrup og I. Poulsen (Red.). *Geriatri - en tværfaglig udfordring*. København: Munksgaard.

Holm, E. og P. Dyhr (2007). Geriatri, strukturreform og kvalitetskrav. *Ugeskrift for læger* 2007, vol. 169, p. 1937.

Høgseth, G. (2002). Holdninger til ældre. I M. Bondevik og H.A. Nygaard (Red.). *Tværfaglig geriatri*. København: Gads forlag.

Kirk, H. (1995). *Da alderen blev en diagnose: konstruktionen af kategorien "alderdom" i 1800-tallets lægelitteratur: en medicinsk-idehistorisk analyse*. Disp. Københavns Universitet. København: Munksgaard.

Kirkevold, K. (2002). Retssikkerhed i geriatrien. I M. Bondevik og H.A. Nygaard (Red.). *Tværfaglig geriatri*. København: Gads forlag.

Manton, K.G. et alia (1997). *Chronic disability trends in elderly United States populations: 1982-1994*. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 1997, vol. 152, pp. 2993-2997.

Moe, C. (2004). Alderisme. I K. Amstrup og I. Poulsen (Red.). *Geriatri - en tværfaglig udfordring*. København: Munksgaard.

Nielsen, M.K. (2006). *Et godt liv som gammel*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.

Rubinstein, L.Z. et alia (1984). Effectiveness of a geriatric evaluation unit - A randomized clinical trial. *New England Journal of Medicine*, 1984, vol. 311, pp. 1664-1670.

Schultz-Larsen Jürgensen et alia (1990). 70 åriges helbred før og nu. En kohortesammenligning af 70 årige mænd og kvinder tilhørende 1897 og 1914 populationerne i Glostrup. *Ugeskrift for læger* 1990, vol. 152, pp. 2993-2997.

Tatarkiewicz, W. (1976). Analysis of Happiness. *Melbourne International Philosophy Series 3*, Haag: Martinus Nijhoff.