

Eldre og norsk geriatri i eldreåret

REDAKSJONELT

STRAAND J

Geriatrien står foran viktige veivalg når spesialiteten i år runder 25 år

Den store andelen eldre i befolkningen er konsekvensen av en samfunnsutvikling som kan beskrives som en vellykketintervensjon mot sosial nød, spedbarnsdødelighet, infeksjoner og livsstilssykdommer. At dagens "gamle eldre øker mest", skyldes bare i liten grad at gjennomsnittlig levetid fortsatt øker. Hovedårsaken er redusert dødelighet etter 80-årsalderen. De siste 50 år har vi opplevd et dramatisk fall i dødelighet for 80-89 år gamle kvinner, (50%) (1), mestuttalt i USA, men tendensen sees også i Vest-Europa og Japan (2).

Fremskreden alder er viktigste risikofaktor for kronisk sykdom og funksjonssvikt. Gamle mennesker må sikres tilgang på adekvat diagnostikk, behandling, pleie og omsorg, samtidig som samfunnet tilrettelegges slik at de eldres ressurser kan utnyttes til beste for å styrke deres livskvalitet. I dette perspektivet blir det viktig å styrke geriatri faget kraftig i årene som kommer.

Nå i FN's eldreår ("et samfunn for alle generasjoner") er det 50 år siden geriatri ble etablert som selvstendig spesialitet i Storbritannia, og 25 år siden faget ble en indremedisinsk grenspesialitet i Norge (3). Disse milepælene gir anledning til ettertanke omkring fagets stilling og fremtidige utvikling.

Det har utvilsomt skjedd og det skjer stadig mye gledelig innen norsk geriatri (3). Ikke minst har den statligesatsingen Nasjonalt geriatriprogram (1993-99) vært viktig (4). Når programmet nå avsluttes, vil treprosjekter videreføres: Geriatrik Intranett (GerIT), nasjonalt formidlingssenter i geriatri og undervisningssykehjem knyttet til hvert av de fire universitetene. Dette blir viktige ressursbaser for videre utvikling og formidling av faget.

I dette nummer av Tidsskriftet gir Renate Pettersen, leder av Norsk Geriatrik Forening, en oversikt over geriatri spesialitetens tilblivelse og utvikling gjennom de siste 25 år i Norge (3). Jubileumsskålen har imidlertid ennoe bitter ettersmak: Rekrutteringssituasjonen for spesialiteten gir grunn til alvorlig bekymring for fagets fremtid. I Norge er det i dag omtrent 80 godkjente spesialister i geriatri, men bare

halvparten av disse innehargeriatristillinger. Fortsatt står tre fylker uten geriater. Hvorfor er så faget fortsatt en "lilleputtspesialitet"? Oghvorfor rangeres geriatri sist på legers prioriteringslister (5)?

I stedet for å søke etter forklaringer på manglende tiltrekningskraft i selve faget er det sannsynligvis merfruktbart å sette et kritisk lys på de fagpolitiske rammene. De fleste eldre befinner seg utenfor den etablertegeriatri virkefelt og ansvarsområde. Tydeligst gjelder dette sykehjemspasientene, de svakeste av de syke, hvormedisinsk geriatrik ekspertise nærmest er fraværende. Legepraksis ved sykehjem teller nå verken i forhold tilspesialiteten i geriatri eller til vedlikehold av spesialiteten i allmennmedisin. Så lenge geriatri er en renindremedisinsk grenspesialitet, finnes det ingen veier til spesialiteten utenom via indremedisinen. Det betyr atspesialiteten mangler rekrutteringsveier fra beslektede og store nabofag som psykiatri, nevrologi og allmennmedisin. Her ligger et stort vekstpotensial for en eventuell fremtidig hovedspesialitet i geriatri.

Faget må også utvikles og bygges opp vitenskapelig. I de siste 20 år har det nærmest vært en eksplosiv utviklinginnenfor geriatrik og gerontologisk forskning, og geriatrien er nå tuftet på et solid vitenskapelig fundament (6-9). Likevel er geriatri fortsatt et "lilleputtfag" også ved universitetene. Den nasjonale bemanningen innenfor akademiskgeriatri utgjøres av til sammen 3,6 toppstillinger pluss en kvalifiseringsstilling. Det sier seg selv at dette er enhåpløst trang ramme for fagets akademiske utvikling. To nye stillinger under etablering endrer ikke dette inntrykket. Vi må derfor erkjenne at det ikke har vært politisk, fagpolitisk eller økonomisk vilje til å bygge opp geriatri somuniversitetsfag i Norge. Vi kan heller ikke regne med at faget skal få den plass det fortjener som følge av interneomprioriteringer innenfor universitetene. Eneste løsning er derfor statlig tilførsel av øremerkede midler til de fireuniversitetsenhetene i geriatri. Opprettelse av to nye stillinger ved hvert av universitetene ville bety fire nyemedarbeidere hvert sted om stillingene ble tatt ut som 50%-stillinger kombinert med tilsvarende klinisk praksis.

Norsk Geriatrik Forening er i dag delt i synet på hva som er beste resept for å styrke geriatri faget: Fortsattforankring i indremedisin som grenspesialitet eller ny hovedspesialitet (3). Vi bør ha en bred debatt om dette, ikkeminst i Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling.

Jørund Straand

Harald A. Nygaard

Jørund Straand (f. 1951) er spesialist i allmennmedisin og førsteamanuensis ved Universitetet iBergen.

Harald A. Nygaard (f. 1938) er spesialist i geriatri og professor ved Universitetet iBergen.

LITTERATUR

1. Vaupel J. Biodemographic trajectories of longevity. Science 1998; 280: 855-60.
2. Manton KG, Vaupel JW. Survival after the age of 80 in the United States, Sweden, France, England, and Japan. N Engl J Med 1995; 333: 1232-5.
3. Pettersen R. Geriatri - stort behov og få spesialister. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3458-60.
4. Nasjonalt geriatriprogram, Statens helsetilsyn, 1999.

5. Album D. Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 2127-33.
 6. H-70. Hälsoundersökning av 70-åringar i Göteborg. Läkartidningen 1980; 77: 3729-86.
 7. H-70. Åldrande och hälsa! Ytterligare rön från Göteborgstudien. Läkartidningen 1989; 86: 2747-78.
 8. Kirk H, Schroll M. Viden om aldring - veje til handling. København: Munksgaard, 1998.
 9. Cassel CK, Cohen HL, Larson EB, red. Geriatric medicine. 3. utg. Berlin: Springer Verlag, 1996.
-

Publisert: 30. september 1999. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. september 2026.