



STORTINGET

Representantforslag 135 S

(2017–2018)

fra stortingsrepresentantene Ingvild Kjerkol, Tore Hagebakken, Tuva Moflag,
Tellef Inge Mørland og Siv Henriette Jacobsen

Dokument 8:135 S (2017–2018)

Representantforslag fra stortingsrepresentantene Ingvild Kjerkol, Tore Hagebakken, Tuva Moflag, Tellef Inge Mørland og Siv Henriette Jacobsen om å sikre god behandling av eldre multisyke pasienter gjennom styrking av geriatrisk kompetanse

Til Stortinget

Bakgrunn

Helsetjenestene må tilpasses at det blir mange flere eldre i befolkningen fremover. Fra 1990 har forventet levealder ved fødselen steget med nesten syv år for menn og om lag fire år for kvinner. I henhold til framskrivninger foretatt av Statistisk sentralbyrå (SSB), vil antall personer som er 70 år og eldre, øke fra knapt 600 000 i dag til rundt 1,3 millioner i 2060.

Økende levealder er også et uttrykk for bedret helse blant de eldre, og de fleste personer over 70 år er relativt friske og klarer seg selv. Antallet svært gamle forventes imidlertid også å øke betydelig. I 2060 vil det kunne være ca. 186 000 personer over 90 år, mot knapt 45 000 i dag. Dette vil medføre en betydelig økning av eldre som trenger ulike former for helsehjelp og omsorg.

Mange eldre har flere sykdommer og et varierende funksjonsnivå, som gjør at det er nødvendig med en helhetlig tilnærming til problemene. Helsetjenester til eldre i fremtiden kan ikke dekkes med dagens søylebaserte tjenester, hvor de ulike yrkesgrupper og spesialister for ofte kun ser en liten del av de komplekse problemstillingene.

Regjeringen planlegger en ny reform for eldre. Reformen skal hete «Leve hele livet» og vil omhandle tje-

nester til eldre i kommunene. Den skal ta for seg flere aspekter som mat, aktivitet og fellesskap, helsehjelp og sammenheng i tjenestene.

Forslagsstillerne mener at det er en svakhet at den delen av reformen som omhandler helsehjelp, ikke inkluderer helsehjelp til eldre i spesialisthelsetjenesten. Helhetstenkning på tvers av nivåene er spesielt viktig innen helsetjenester til eldre.

Helsetjenesten for eldre

De siste årene har det vært en tendens til at større deler av helsetjenesten, også til eldre, ytes utenfor institusjon. Sykehusopphold blir kortere, og det satses mye på hjemmetjenester i stedet for institusjonsplass. Dette er i stor grad ønsket, men det er viktig å være klar over at dette ikke innebærer en enklere helsetjeneste. De eldres behov vil fremdeles inkludere tjenester fra spesialisthelsetjenesten, både som en del av oppfølging av kronisk sykdom, og i forbindelse med akutt sykdom eller skade, for eksempel ved hoftebrudd.

Den økende spesialiseringen man har sett de siste årene, har til dels gått på bekostning av satsing på generalister med kompetanse til å se ulike sykdommer i sammenheng. Diagnostikk og behandling av en bestemt sykdom hos en 50-åring kan være totalt forskjellig fra diagnostikk og behandling av samme sykdom hos en 80-åring. Det er derfor viktig at sykehusene har kompetanse på de spesielle forholdene som gjelder for multisyke og eldre.

I Innst. 206 S (2015–2016) til Nasjonal helse- og sykehusplan, jf. Meld. St. 11 (2015–2016), var det enighet i helse- og omsorgskomiteen om at alle store akuttstusykehus skal ha geriatrisk kompetanse for å kunne møte utfordringene innen helsetjenester til eldre. Imidlertid er

det fremdeles store sykehus som ikke har stillinger for spesialister i geriatri.

Forslagsstillerne mener at det må satses på breddekompetanse og kompetanse på behandling av eldre i alle norske sykehus.

Geriatrici som en viktig spesialitet

Geriatrici innebærer spesiell kompetanse på sykdom hos eldre, og spesialiteten har både akutfokus og breddefokus. Ofte snakker man om tilstander med «akutt sykdom på kronisk sykdom». Spesialiteten vektlegger hvordan ulike faktorer påvirker hverandre: Medisiner for én tilstand kan muligens ikke brukes sammen med medisiner for en annen sykdom. Likeledes påvirker pasientens ernæring og sosiale forhold hvilken behandling som velges.

Det er godt dokumentert i norsk og internasjonal forskning at geriatricisk vurdering og behandling fører til lavere sykkelighet, lavere dødelighet og at folk klarer seg lenger i eget hjem.

Tilsvarende ser man innen ortogeriatrici, hvor det er godt dokumentert at en geriatricisk vurdering av eldre pasienter med hoftebrudd har mange positive effekter. En studie fra Trondheim viste at pasientene som hadde fått en geriatricisk vurdering under oppholdet, i større grad kunne reise rett hjem etter sykehusoppholdet, og de hadde mindre innleggelse på sykehus i ettertid¹. Dette gir først og fremst en gevinst for den enkelte pasient, men vil sannsynligvis også gi en økonomisk besparelse både i kommuner og i spesialisthelsetjenesten.

Geriatrici har en nær relasjon til allmenntilmedisin, sykehjemsmedisin, generell indremedisin, rehabiliteringsmedisin og alderspsykiatri. Ingen av disse spesialitetene kan imidlertid erstatte geriatri.

Geriatricisk sykepleie er også et viktig fagfelt, og det finnes i dag utdanning på masternivå innen avansert geriatricisk sykepleie. Disse sykepleierne er en ettertraktet ressurs også i den kommunale helsetjenesten.

Primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste mer integrert i fremtiden

Spesialiteten er tradisjonelt en sykehusbasert tjeneste, men man kan se for seg at den i fremtiden også vil ha en mer utadrettet virksomhet. I flere kommuner har geriatricere vært involvert i en tverrfaglig gjennomgang av medikamenter til eldre pasienter.

Et mer integrert samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har vist seg nyt-

1. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878764914001168>

tig innen flere felt. Et eksempel på dette er kollegabasert veiledning i bruk av medikamenter, hvor spesialister fra sykehus oppdaterer fastlegene om ny kunnskap og nye anbefalinger på feltet.² Innen behandling og oppfølging av alvorlig psykiatrisk syke pasienter har bruk av tverrfaglige team bestående av personell både fra kommuner og spesialisthelsetjenesten vist seg å ha god effekt.³

Mangler stillinger innen geriatri

Ifølge statistikk fra Legeforeningen er det per januar 2018 131 yrkesaktive geriatricere under 70 år i Norge. Gjennomsnittlig ble det godkjent ni nye spesialister hvert år de siste ti årene, hvorav to har fått sin spesialitet i et annet land i EU/EØS. Aldersfordelingen blant spesialistene tilsier at 33 (25 pst.) av spesialistene vil bli pensjonister i løpet av de neste ti årene. Hvis dagens trend fortsetter, vil det dermed være en tilvekst på sju og en avgang på tre geriatricere per år, altså en netto tilvekst på fire geriatricere per år. I tillegg kommer eventuelle konverteringer fra andre land.

Ifølge leder for Norsk geriatricisk forening, Nils Holand, er det største problemet at det ikke finnes stillinger for geriatricere etter ferdig utdanning, og at mange derfor skifter til andre medisinske spesialiteter før de er ferdig utdannet.⁴

Forslagsstillerne mener det må opprettes flere stillinger innen geriatri for å kunne ivareta fremtidens behov for god og effektiv helsetjeneste for eldre.

Forslag

På denne bakgrunn fremmes følgende

f o r s l a g :

1. Stortinget ber regjeringen utarbeide en strategi for helhetlige helsetjenester til eldre som også inkluderer tjenester i spesialisthelsetjenesten.
2. Stortinget ber regjeringen sikre at det er tilstrekkelig kapasitet innen utdanning i geriatri både for leger og sykepleiere.
3. Stortinget ber regjeringen sørge for at alle akuttssykehus i Norge har breddekompetanse innen behandling av eldre, og at alle store akuttssykehus skal ha spesialist i geriatri.

2. <https://relis.no/content/4698/KUPP--Kunnskapsbaserte-oppdaterings-visitter.-Riktigere-bruk-av-antibiotika>
3. <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/act-og-fact-team>
4. <https://www.bt.no/btmeninger/debatt/i/lvnV9/Eldre-har-for-darlig-akutttilbud>

8. februar 2018

Ingvild Kjerkol
Tellef Inge Mørland

Tore Hagebakken

Tuva Moflag
Siv Henriette Jacobsen