



Hans Knut Otterstad,
lege og helsetjeneste-
forsker

Historisk blikk på eldrebølgen

Eldrebølgen er et resultat av at den norske velferdsstaten har nådd sitt mål om økt levealder blant innbyggerne.

Det har bodd mennesker i Østfold i 6000 år, men det er først utviklingen de fem siste generasjonene som har forårsaket en eldrebølge. Det er derfor viktig med et historisk overblikk over utviklingen av livslengden. Hva har vi lært som kan hjelpe kommunene til å velge en god strategi for å mestre dagens utfordringer med samhandlingsreformen? Det sentrale spørsmålet blir hvor og hvorledes vi skal behandles i livets slutfase, når så mange lever så lenge og trenger så mye hjelp? Dette blir bestemt av helsevesenet, og etter samhandlingsreformen er det først og fremst prioriteringer og drift av den kommunale helse- og omsorgstjenesten som avgjør hvorledes dette kommer til å skje.

Målet nådd

Norge har lenge ligget i toppsjiktet i verden når det gjelder livslengde. Dette har vært et mål og en ønsket utvikling. Og denne artikkelen vil vise at eldrebølgen har et historisk perspektiv på cirka

150 år. Når eldrebølgen blir framstilt som et problem setter man saken på hodet. Vi har jo strevet for å forlenge levealderen i de siste fem generasjonene. Og Norge har nå klart det, i motsetning til de fleste andre land. Men dette gir samtidig en spesifikk utfordring for sykehus og eldreomsorg: Hvilke tilbud skal vi gi til de gamle når helse svikter, og hvor skal de eldre dø?

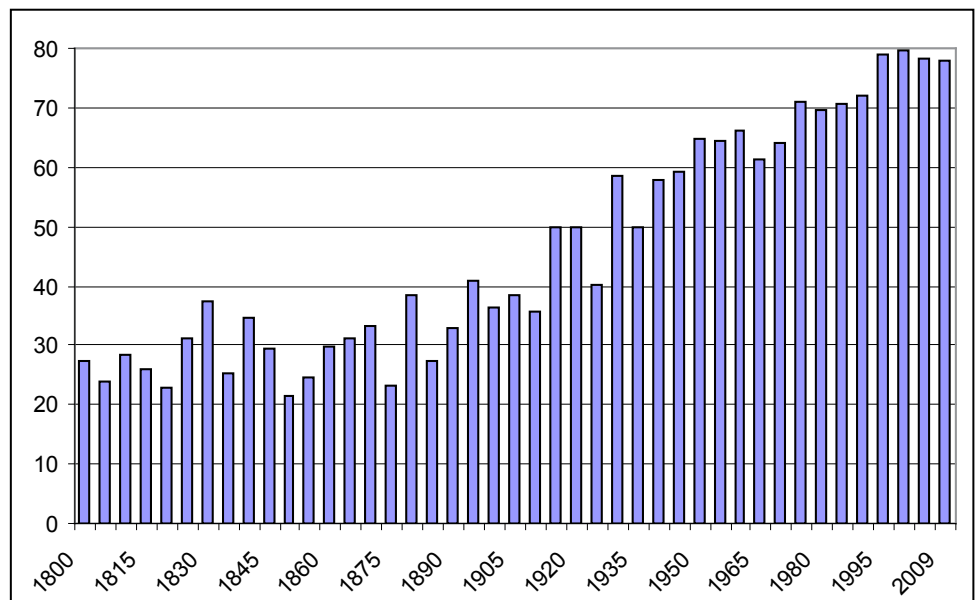
Fra kirkebøkene

Faktagrunnlaget for denne historiske oversikten er tatt fra kirkebøkene som inneholder oppteget for de siste 200 årene. Det er betydelig lenger tilbake enn hva man kan finne av tilsvarende data fra helsetjenesten. I Tune, Sarpsborg kom-

mune i Østfold, ligger en meget gammel kirke, og fra kirkebøkene er alle fødsels- og dødsdager for innbyggerne registrert, samt også adressen på dødstidspunktet.

Økt levealder

Figur 1 viser utviklingen fra 1800 og fram til i dag. Dette er en figur som sier mer enn tusen ord, og den forteller at eldrebølgens forløp kan spores tilbake til 1870-årene. Før dette tidspunktet var gjennomsnittsalderen for dem som døde i Tune kun litt over 28 år. Men så startet moderniseringen av det norske samfunnet, og i løpet av de neste 75 årene, det vil si fram til 1950, steg gjennomsnittsalderen ved død til 65 år.



Figur 1. Gjennomsnittsalder for alle som døde i Tune i perioden 1800 til 2009, registrert hvert femte år.

Hovedbudskap

Historiske tilbakeblikk er viktige for å forstå dagens utfordringer. Helsetjenesteforskningen viser at driften av sykehjem, særlig driften av kortidsplassene, avgjør om kommunen vil klare å takle eldrebølgen.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- › Sykehjem
- › Samhandling
- › Historie
- › Kommunehelsetjeneste



FØROGNÅ: Eldrebølgen er et resultat av økt levealder; mens gjennomsnittsalderen i Sarpsborg kommune eksempelvis var 28 år på 1870-tallet, steg den til 65 år i 1950. Illustrasjonsfoto: Nicolai Howalt/NTBscanpix

Et sentralt årstall er 1970. Da kom sykehusloven som var starten på helsevesenets ansvar for eldreomsorgen. Det startet sykehjemmene, definert som en medisinsk institusjon drevet av fylkeskommunen, som sykehusenes forlengete arm. Tidligere var det bygd gamle hjem som i starten var drevet som en del av fattigomsorg og sosialtilbudet i kommunene. Andre viktige årstall er 1982 med kommunehelseloven og 1988 med overføringen av sykehjemmene til kommunene. Senere har kommunene hatt et helhetlig

ansvar for primærhelsetjenesten og for samordningen av de ulike tjenestene i eldreomsorgen.

Presset økonomi

Det er verdt å merke seg at eldrebølgen først ble merkbar i de fleste sykehus og kommuner i Norge fra rundt 1970, og at de beskrevne administrative endringene av helsetjenesten var et resultat av et økende press på sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester. Hovedsakelig var det en presset offentlig økonomi som

lå bak. Samhandlingsreformen fra 2012 er en videreføring av disse tilpasningene slik at kommunene fra nå av får et enda større ansvar for behandlingen av de eldre.

Den historiske utviklingen som framgår av Figur 1 dokumenterer at mesteparten av den sterke økningen av levealder har funnet sted i perioden 1870 til 1950, det vil si mens Norge var et fattig land og den kommunale helsetjenesten ikke var etablert. Men også før de effektive kurative medisinske behandlingsmetoder!!



Flere sykehjem

Før 1950 døde de fleste hjemme eller i sykehus. Dette skyldtes at institusjonene for de eldre i kommunene ikke ble ansett som noe helsetilbud. Gamlehjemmene var et lavstatustilbud som først og fremst ble benyttet av dem som ikke hadde noen familie som kunne ta vare på sine eldre. Sykehuse- sene ble det vanligste stedet å dø på etter hvert som disse ble utbygget og spesialisert, et mønster som har vart fram til vår tid.

På 1970-tallet ble det satt i gang en storstilt utbygging av sykehjemmene i Norge. Da var det fylkeskommunen som drev både sykehus og sykehjem, og en rasjonell sykehusdrift forutsatte at sykehjemmene kunne ta imot de sykeste gamle slik at de ikke ble liggende som «pleiepasienter» og forårsake sykehuskøer.

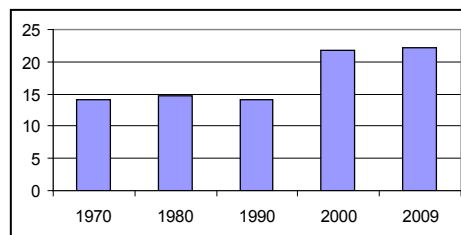
Flest dør på sykehus

Slik var situasjonen fortsatt rundt 1990, men på slutten av 1990-tallet ble eldrebølgen så kraftig at mange eldre døde på sykehjem, se Tabell 1. Årsaken var at sykehusesenes liggetider ble kraftig redusert i denne perioden, både på grunn av økende køer, men også på grunn av politikernes krav til økt effektivitet. Korte liggetider gir flere pasientbehandlinger per år, noe som fortsatt blir tolket som mer effektiv drift. Mange eldre som før døde på sykehus ble nå i stedet overført til sykehjem i en terminal fase (1).

Fortsatt er sykehuset det vanligste stedet å dø, men samhandlingsreformen skal nå sørge for at flere eldre utskrives før de dør. Det blir derfor et betydelig press på eldreomsorgen i kommunene når terminale pasienter i høyere grad enn før blir erklært som utskrivingsklare.

År	Dødssted		
	I hjemmet	I sykehjem	I sykehus
1990	25	23	52
2009	12	39	49

Tabell 1. Dødssted for døde i Tune i 1990 og 2009. Prosentfordeling.



Figur 2. Andel av dem som døde som bodde på langtidsavdeling i sykehjem, 1970-2009.

i Tune bodde i langtidsavdeling i sykehjem. Men fra slutten av 1990-tallet var eldrebølgen blitt så omfattende at sykehjemsdekningen ble mye lavere enn før. Dermed fikk bare de sykeste av de eldre sykehjems plass. Da steg sykehjemsdødeligheten, noe som vises tydelig i tabell 1.

Tallene viser at 39 prosent av alle som døde bodde i sykehjem, mens andelen som hadde sykehjem som fast bosted, det vil si langtids plass, var betydelig mindre, 23 prosent. Differansen skyldes de som døde i korttids plass. De fleste var eldre, utskrivingsklare sykehuspasienter med en mye høyere dødelighet enn de som bodde i langtids plass. Korttids plassene var ofte kommunens eneste mulighet til å ta imot utskrivingsklare sykehuspasienter, siden langtids plassene var belagt, og de var for syke for hjemmesykepleienivået. En undersøkelse fra Akershus viser at hele 100 av de 159 utskrivingsklare pasientene døde i korttidsavdeling innen 25 dager etter overflyttingen (1). Dette viser at pasientstrømmen i korttids plassene er preget av meget høy dødelighet, noe som ikke er tilfelle i samme grad i langtids plassene, der liggetiden i gjennomsnitt fortsatt er rundt to år.

Hva kan vi lære?

Kommunenes møte med Samhandlingsreformen vil få både etiske og økonomiske konsekvenser. Forskjellen i kvaliteten på den kommunale eldreomsorgen vil trolig bli stor i tiden som kommer. Dataene fra eldrebølgen i Tune viser at driften av sykehjems plassene vil stå helt sentralt for å kunne gi et godt behandlingstilbud i eldreomsorgen. I klartekst betyr det at kun pasienter med de største behovene skal få sykehjems plass. Da må ikke sykehjemssengene blokkeres av pasienter med lange

liggetider og mindre behov enn de «utskrivingsklare» sykehuspasientene, som raskt bør kunne overføres fra sykehus til ledige korttidsenger i kommunene.

Flere korttids plasser

I Vestfold fylke har de fleste kommuner tatt seg dette ad notam (2). Fra 1985 til 2005 økte andelen korttidsenger i sykehjem fra 12,3 til 18,6 prosent, mens den totale sykehjemsdekningen ble redusert fra 19,0 til 14,1 plasser per 100 innbygger som var 80 år og eldre. Til tross for en reduksjon av dekningen av sykehjems plasser på 32 prosent ble sirkulasjonsfaktoren i sykehjemmene i Vestfold likevel opprettholdt på samme nivå i denne krevende 20-årsperioden. Løsningen var å omdanne langtidsenger til korttidsenger i takt med endringene i eldrebefolkningens behov og presset fra eldrebølgen.

Økt sirkulasjon

Utviklingen av eldreomsorgen etter at Samhandlingsreformen er innført vil gi et betydelig press på mottakskapasiteten i hjemmetjenester og sykehjem. Dette vil kreve strategiske valg som må baseres på empiri, analyser og evnen til å endre behandlingsopplegg, særlig moderne sykehjemsdrift. Dødelighetstallene fra Tune og erfaringer fra omleggingen av eldreomsorgen i kommunene i Vestfold viser at driften av korttids plassene vil være helt avgjørende for sirkulasjonen i sykehjem og dermed mottakskapasiteten for de utskrivingsklare sykehuspasientene. Blir den stor nok? – bør være det sentrale drifts- og planleggings spørsmålet.

Dersom langtids pasientene med mindre behov blokkerer for inntaket av pasienter med større behov, vil man i noen kommuner få scenarier som ikke vil kunne forsvares faglig eller etisk. Dette er spørsmål som vil utfordre kommunene i forhold til kvaliteten på tjenestene og rettferdig fordeling av begrensede ressurser. Med Samhandlingsreformens økonomiske virkemidler vil det også få store økonomiske konsekvenser, og norsk eldreomsorg vil i løpet av kort tid kunne inndeles i A-, B- og C-grupper. Da vil det være viktig å bo i «den riktige kommunen», både for de eldre og for deres nære pårørende. ■■■

LITTERATURLISTE:

- Otterstad HK, Sorteberg K. Alvorlig syk og utskrivingsklar. Sykepleien 2008; 01: 34–36
- Otterstad HK. Flere korttids plasser gir økt sirkulasjon. Sykepleien 2008; 09: 37–41.

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

«Når eldrebølgen blir framstilt som et problem setter man saken på hodet.»

Tabell 1 og Figur 2 viser dynamikken i dagens eldreomsorg og dødspleie slik den framstår på høyden av den første eldrebølgen i perioden 1990–2009. Tallene forteller at sykehjemmene har fått en økende betydning, særlig driften av korttids plassene.

Sykehjem i Østfold

Fram til 1990 var sykehjemsdekningen i Østfold så god at mange relativt friske eldre ble innlagt. Dødeligheten var derved ikke så høy, noe som medførte at under 15 prosent av dem som døde