

Torgeir Bruun Wyller – Sesong 15, episode 9

Eldreølgen er allerede over oss, og det er sånn at akkurat per dags dato så er femhundretusen av oss som bor i Norge er over 75 år, det vil si 9 % av befolkningen og det tallet det vil øke med 30 % i løpet av det neste tiåret. Heftige tall og med det å være eldre så kommer det en del problemstillinger. Og da er vi så heldig at i studio i dag, så har vi en av de aller største gruene på området, Torgeir brun viller. Velkommen hit til hele hjerten. Du er indremedisiner og du er geriater. Professor på Universitetet i Oslo og jobber som overlege på Ullevål og der har du dette? Har du jobba med i veldig mange år geriatri, hva var det som gjorde at du valgte akkurat det?

Det feltet ja fra verden ble jeg geriater. Ja nei altså det det har jo. Det har jo folk lurt på før også, så jeg tenkte litt på det da, for jeg bestemte meg nok egentlig for at det var det jeg skulle drive med allerede mot slutten av studiet, og at det var vel sikkert en kombinasjon av litt flere ting. Det ene er at at geriatri er et. Et breddefag og et generalistfag, og jeg har alltid vært mer fascinert av det å forsøke å forstå sammenhenger å forstå hvordan ting virker på hverandre enn nødvendigvis å bli så fryktelig flink, liksom i en veldig, veldig spesifikk ting. Så så det synes jeg er veldig artig og veldig, veldig fascinerende. Og så var nok også litt. Altså. Jeg tror kanskje man må det er en fordel å ha en sånn liten teskje idealisme også i det, for det er klart at det kan være. Det kan jo kjennes tungt. På en måte, men jeg følte vel allerede som student at jeg synes mange av de gamle pasientene rett og slett ikke blir behandlet så veldig bra. Så jeg det var vel også litt sånn at jeg tenkte at dette må vi kunne gå ned og gjøre det litt bedre, så det er en kombinasjon av det. Så var det nok en en spesifikk. Det kan vi kanskje komme litt inn på etter hvert, men jeg har allerede som student, så var jeg ganske interessert i medikamenter og farmakologi og sånt så det utfordringen med at gamle folk typisk bruker veldig mange medisiner på en gang og at. Vanskelig å vite hva som er til nytte og hva som kanskje er til skade og finne frem til det beste og det han som var min veileder da jeg begynte med dette her som het knut låke, som dessverre døde for mange år siden nå. Men han, han var også spesielt interessert i legemiddelbruk hos eldre, så det var den grunn til at jeg fikk ja, så det var en grunn til at jeg tok kontakt med han allerede mot slutten av studiet og dermed, og da var han professor II gerøtrine da, og så da ble jeg liksom litt fanget inn også av av ham og av av det tema. Så men jeg har jo aldri virkelig aldri angret på det. Jeg synes det er nå har jeg holdt på med dette faget litt sånn forskjellige avskygninger og litt til og fra forskjellige jobber og sånn, men men mer eller mindre mer eller mindre hatt en eller annen tilknytning til giatrien helt siden jeg var ferdig med å studere, og det var jeg jo i nittenåttifem, så det er jo faktisk 40 år da. Jeg har aldri angret på det. Jeg synes det er veldig spennende fag å drive med utfordrende og interessant på mange plan.

Jeg tenker at dere som jobber i geriatrien, så har jeg sånt bilde på at dere er tålmodige og dere er lyttende. Veldig mange som jobber i det faget ditt. Vil jeg si fremstår sånn. Jeg synes du det er spennende å sitte å ha disse møtene med den eldre pasienten.

Ja man må jo synes det er litt spennende, og det er nok ikke sånn som du sier. Man må kanskje hvert fall prøve å være litt tålmodig, for det er klart at både fordi at gamle pasienter er jo ofte rett og slett langsomme, slik at hvis man skal få hvis jeg får fortalt det som er viktig for dem for eksempel, så må man faktisk gi det bli tid, men også fordi at den. Den grundigheten da som på sitt beste må kjennetegne geriatrien at vi vi, hvis vi skal, hvis vi skal kunne gi de pasientene noe hvis vi skal ha noe nytte av å komme til en greater sammenlignet med hva helsevesenet kan tilby ellers, så er det jo fordi vi bruker den tiden som er nødvendig for å sette oss ordentlig inn i problemet. For det er jo en utfordring i helsevesenet generelt at det blir mer og mer sånn samlebånds. Virksomhet og den deler pasienten feiler jo egentlig bare en eneste ting og er ellers helt frisk og egentlig skal være ferdig diagnostisert før han eller hun kom på sykehuset slik at de kan gå i samlebåndet og så bare få fikset feilen som på bilverkstedet og så komme ut igjen. Men de selger pasientene setter seg på tvers igjen. Det er samlebåndet fordi de er for komplekse, og da blir det dårlig medisin og dårlig helsetjeneste hvis man behandler dem som om de. Var veldig enkle. Da må man faktisk hvis man skal få det til bedre, så må man ta den tiden som skal til for å sette seg ordentlig inn i hele helseproblemet i all sin bredde. Det betyr ikke at man skal forholde seg til hver eneste detalj, altså det kan. Det kan jo bli en parodi også hvis man skal beskrive hver eneste fotvorter, liksom like grundig men men altså hoved viktigste finne ut hva som er det viktigste, finne ut hva som har skjedd. Lese journalen tilbake i tid. Det er ofte nødvendig, ikke sant? Altså, det tar tid, da må man da må man synes det er litt artig da.

Jeg tenker det er litt sånn det å være indremedisiner i seg selv og det å være geriater. Det er litt sånn. Det er litt sånn doctor house man skal liksom finne. Man må lete litt. Ja, det er er, er det sånn?

Ja ja av og til er det absolutt litt sånn, men men doktor house er kanskje mer liksom. Der er jo greia at du finner den ene fryktelig rare og fryktelig spektakulære diagnosen som akkurat forklarer den pasientens problemer, så de gratiske pasientene. De er jo vanligvis ikke. De er ikke kompliserte i kraft av at de feiler så fryktelig sjeldne og rare ting de fleste av dem da, men de kompliserte i den forstand at de feiler altså veldig, veldig mange, veldig alminnelige ting på samme tid. Så det er ikke det at sykdommen er så sjelden og rare, men det er det at det er så mange at de at de har alle de alminnelige sykdommene oppå hverandre. Det er det som så utfordringen er, hva er vi, hva er viktigst, hva er viktigst, hva betyr mest for denne pasientens symptomer og funksjon og prognose? Ja, forsøke å få få oversikt over det.

Så når vi er inne på det, hva hva? Hva er det du? Hva er det som kjennetegner den geriatrike pasienten? Hvor gammel er den geriatrike pasienten eller hva er det? Hvem er det?

Ja, det vi kjenner sånn vi i praksis tenker II geriatrikspesialiteten, så tenker vi at de først og fremst er kjennetegn nettopp av helseproblemets kompleksitet og ikke. Altså vi har ingen aldersgrense nei, men jo eldre man er. Desto større risiko har man på en måte for å bli en geratis pasient da, men noen noen lever jo til det 100 år også dør de plutselig uten noen gang og vært en geratis pasient og noen blir geatis pasient, kanskje allerede når de er 60 år. Men da er da er man ekstremt uheldig hvis man har blitt rukket å bli en geratisk pasient, så i så ung alder hvis de fleste pasientene er i 80 pluss men men i praksis er de fleste 80 pluss men men noen er absolutt i 70 årsalderen også.

Hvordan er det hvis jeg er 55? Hvis jeg nå får alzheimer, er jeg da en av en av de geriatrike pasientene i kraft av den diagnosen.

Ja, det er faktisk litt. Det kommer hvilket sykehus det hører til for hos på Ullevål eller o. s. da så er det sånn at all demens utredes av oss av vår avdeling, uansett hvor uansett pasientens alder så også de unge med mistenkt demens. Fordi det utredes også. Vi har jo det som heter hukommelsesklinikken, som er en sånn veldig høyspesialisert poliklinikk for demensutredning eller coin til utredning som ligger i vår avdeling. Mens for mange andre sykehus så er det en sånn aldersgrense som er sånn at hvis man har mistenkt demens under 70, så er man nevrologisk og hvis man er over 70 så er man geriatrik, så dette er litt sånn hvordan man har organisert det her og der du.

Har jo gjort en del studier, vært professor i mange år. Altså du er veldig opptatt av spesielt 2 ting og det ene er polyfarmasi, altså det medikamentbruk med ja med mange forskjellige typer medisiner og det andre. Det er delir eller delirium. Fortell først og fremst. Jeg tror vi skal vi ta fra oss litt sånn polyfarmasi. Hva er det som gjør at dette er så stort problem hos den geriatrike pasienten?

Det henger jo sammen med det vi snakket om i sted også med litt hvordan? For blant tingene organisert at sykehuslegene har eller sykehusene er organisert slik at sykehuslegene i praksis medisinerer sitt organ for å si det sånn, altså hjertelegene medisinerer hjerte og lungelegene medisinerer lungene og og sånn, og så forventer de at fastlegene skal ta ansvaret for helheten, og som hele pakken er fungerer bra og dessverre så er ikke det så lett, altså. Dette blir ganske det blir rett og slett faglig sett veldig komplisert. Og så synes fastleger. Det er skummelt å forandre på medisiner som hver og en er forordnet av en organspesialist i sykehuset, og det blir det konsekvensen. Det er at det i mange tilfeller ikke er noen som tar ansvar for den totale listen, og det kan vokse seg lenger og lenger og bli både 10 og 12 og 15 medisiner som hver og en i og for seg kan ha en god begrunnelse, eller i hvert fall har hatt en god begrunnelse av og til. Så er det ikke. Er det ikke lenger så god begrunnelse heller. Men men uansett så kan man

ikke vurdere hver av de medisinene helt uavhengig av hverandre. Man må se på hele hele pakken og det. Det er en problemstilling som passer veldig godt med den geatriske måten å tenke på. Ellers er det nettopp fordi vi er opptatt av av sammenheng interaksjoner i bred forstand. Interaksjoner kan jo bety helt sånn snevert at medikamentene virker på hverandre, men det kan også brukes bredere, liksom de forskjellige helseproblemene virker på hverandre. Sykdommene virker på hverandre, så så det og og veldig mange eldre bruker jo helt klart mer medisiner enn det er godt av. De har blitt gående på ting, og det blir bare av en eller annen grunn. Så synes også leger det er mye skumlere å ta vekk medisiner enn å gi nye medisiner, så det for sikkerhets skyld gir noe mer, men man tar ikke bort noe for sikkerhets skyld, så det blir så listene blir bare lenger og lenger, og det blir vanskeligere å få oversikt over hva som eventuelt har ønsket effekt. Hva som eventuelt har uønsket effekt, altså bivirkninger. Og det ble ganske vanskelig også ofte å finne ut hva hvorfor all verden startet dette, hvem startet og når og hva var begrunnelsen og har noen evaluert effekten noen gang og sånn så, så det tror jeg er en. Jeg tror faktisk at det skal være en økende virksomhet eller et satsingsområde i en da større grad for vår spesialitet. Jeg tror det er et økende behov for det, og vi var lenge opptatt av at det var noe å gjøre å ta vekk, og det er det altså ofte. Så er det en en. Skikkelig grundig legemiddelgjennomgang fører ofte til at vi kan. Vi ser at vi kan ta vekk masse og at pasienten har godt av å bli kvitt en del av medisinene, men samtidig så er det ikke bare bare om å gjøre liksom å jo flere du klarer å se på ned i jo flinkere geriater er du liksom, for det er jo en del av de medikamentene som faktisk er ekstremt nyttig også, slik at vi må og og det kommer an på hva de er gitt mot som det det krever en ganske grundig jobb, men den tror jeg at. At geriatrien skal i større grad gjøre, og vi har jo da etablert det vi kaller en polyfarmasi polyklinikk som ikke er noe. Det er ikke noe egen organisatorisk størrelse, så det er bare en det er innenfor rammen av geriatrik polyklinikk på Ullevål der hvor vi da tar imot henvisninger med den problemstillingen og har et eget et eget løp da et eget opplegg for de som henvises. Og vi sier til fastlegen at det er en helt ålreit henvisningsgrunn denne pasienten bruker. Medisiner, jeg kan ikke skjønne at det kan være sunt, men jeg vet ikke hvor jeg skal starte. Altså det er på en måte helt reelt greit. Du kan ikke henvise pasienten med den problemstillingen. Det synes da synes vi det er gøy å å gå løs på det. Kanskje klarer vi å ta vekk masse? Kanskje klarer vi ikke å ta vekk noe, men at vi går ordentlig gjennom.

Det og når du gjør det, så tenker jeg altså det å fjerne organspesifikke medisiner da som du sier at kanskje kan ha interaksjoner med hverandre og sånn. Så har dere jo selvfølgelig mye faglig bakgrunn for å gjøre det, men jeg tenker, er det sånn at det kan være så farlig for noen pasienter at de trenger innleggelse mens dere mens dere fjerne medisiner eller gjør dere dette stort sett poliklinisk?

Ja, vi gjør det stort sett poliklinisk, men fordi ja det det er trygt det bare man bare. Man følger ordentlig opp og vet hva man gjør. Dessuten så er det jo ikke. Vi har jo ikke lenger mulighet for å legge pasienter inn planlagt. Alt er jo bare øyeblikkelig hjelp nå. Men det

er vanskeligere å vise. Det er vanskeligere å forandre medisiner i en akuttsituasjon, for da er pasienten ofte preget av det akutte da tar vi vekk ting som vi tenker åpenbart ikke er bra for den pasienten, men men den ordentlige grundig gjennomgangen den er lett å gjøre i en stabil fase om faktisk fra. Jeg har hatt en sånn pasient i dag før jeg kom hit. Det var en pasient som brukt. Jeg prøvde å telle i bilen mens jeg for å huske mens jeg kjørte hit. Jeg tror han bruker 12 faste medisiner av de, så er det en som helt. Har lagt deg feil, altså en blodfortynnende som det var meningen han skulle bruke i 3 måneder etter en blodpropp, og bruker det fortsatt etter mange år, og det bare finne ut det og søke meg tilbake også har noen funnet. Noen har skrevet senere at de trodde han hadde atriflimmer, altså hjerteflimmer for de som har det. De skal jo bruke det fast og ofte så trekker jo folk slutning fra medisin til diagnose, så har de tenkt at siden han bruker denne medisinen blodfortynnende medisin, så har han sikkert atriflimmer. Så er det noen skrevet en gang og så er det jeg bare. Kopiert og gjentatt i epikrise etter epikrise og og og journalert til journal. Men når jeg klarte å finne ut det når det startet, så viser det seg at det var helt feil. Han har aldri hatt. Han har aldri hatt takre filmer, har sett inn alle e. k. g. ene som er skannet inn i journalen hans. Han har aldri hatt takre filmer, men det var meningen jeg skal bruke i 3 måneder også har det blitt 6 år eller noe.

Sånt, så det var feil?

Også er det 4 av medisinene som kanskje har vært veldig begrunnet av en gang, men jeg tenker i hvert fall. Nå er jeg ganske skeptisk, men det er litt mer sånn avveining, men nå tror jeg kanskje de er. Ikke så ikke så bra lenger og kanskje litt uenig i at de startet, men det det spiller ikke stor rolle nå. Hvert fall tenker jeg noe som han bør prøve å slutte med. Også var det hvert fall 2 som er litt mer av typen hvor pasientene er veldig redd for at de skal bli tatt vekk. Sånn type smertestillende og og sovemedisin og sånt noe hvor det jobben mer er å snakke grunnig med pasienten om det. At kanskje noen av plagene. Du har også skyldes medisinene slik at det kan være vel verdt å å prøve, men man vil gi pasienten trygghet for at vi skal ikke ta fram medisiner som oppleves som nyttige mot symptomer. Men det kan også tenkes at medisinene gir symptomer uten at pasienten tenker på det også. Var det en medisin som jeg tror han rett og slett bare bruker? Sånn bruker feil på en uensiktsmessig måte, fordi den ikke har blitt forklart ordentlig, altså en sånn behov som medisin som aldri har blitt forklart ordentlig hvordan han skal bruke. Også er det en medisinen som jeg mener at han bruker alt for lav dosa av som han bør ha mer av, så bare som et sånt eksempel. Herlighet på hvordan så her kan det faktisk.

Hende at denne mannen med 12 medisiner plutselig kan bli stående igjen med 4.

Kanskje om en kanskje en av dem i dobbel dose av hva han bruker nå?

Ja herlighet altså ja, men det er klart det krever jo sikkert som du sier trygging, altså tryggingsamtaler for pasienten. Nå tar vi bort sånn og sånn, og det vil ikke skje, og det

vil. Det er sikkert mange spørsmål dere får underveis da i hvert fall hvis jeg er helt klar og orientert.

Og typisk, og det er jo. Folk har veldig ulik grad forhold til medisinene sine, og noen med noen medisiner, altså typisk de smertestillende og disse sovemedisinene og vival og sobrille og sånn er det jo veldig mange som har et veldig sterkt forhold til veldig angst for at de skal ta fra dem som de sier. Og mange er jo også sier at jeg er så gammel, så det er ikke så farlig å være narkoman og de og at de sier de pårørende også det kjære mor er jo 80 år. Du må ikke være så redd for at du skal bli avhengig, men problemet er ikke. Og poenget er ikke. Jeg er ikke redd for å bli avhengig i det hele tatt, men vi er redd for at du skal falle og virke, loverhalsen eller få en blødning i hodet, så det kan være en katastrofe. Men det og det er det som er grunnen til at vi er engstelig for så mye solbrill av vivaloparagin fort. Det er jo fordi at det øker ustøhet og fall risiko, og det sløver hjernen slik at hvis de er begynner å bli kognitiv svekket, så blir de ofte da enda verre, så bare få pasienten til å forstå det at det er ikke. Det er ikke den moralske pekefingeren mot fy fy narkotiske legemidler. Det er ikke det som er greia, men det er frykt for alvorlige bivirkninger.

Så det. Det er jo den ene siden av det med medisinering til eldre, så er det den andre siden med den pasientgruppen som som jeg synes også at jeg har møtt ganske mange av opp gjennom årene, er jo de som absolutt ikke vil ta noen medisiner fordi jeg er livredd for medisiner, ja. Hva gjør du med de? Hvordan hjelper dere? De? Ja, vi må jo. Det er jo akkurat.

Det samme. Det er jo en pedagogisk utfordring da om at vi må snakke sammen, og vi må ha respekt for hva som er pasientens begrunnelse eller hva som er pasientens oppfatning. Og så kan vi være uenig i det og tenke at pasienten har misforstått eller fortolker noe som en bivirkning som jeg ikke tror er en bivirkning. Men de må jo til synt og sist bestemme selv. De må jo bestemme hva de vil ha. Ja, vi må jo forsøke. Vi må jo forsøke å hjelpe dem til å bestemme det på et på det jeg tenker er et så bra kunnskapsgrunnlag som mulig da.

Og der handler det om å møte møte det mennesket du du har foran deg, akkurat der de er. Men nysgjerrigheten må være på plass da. Hvilke? Når det er polyfarmasi sånn som han som var hos sa i dag, da med 12 medisiner. Hva slags bivirkninger er det som kan oppstå eller ser dere mest av da? Når det er når det er virkelig for mye medisiner, er det sløvhets, eller er det spesielt andre ting?

Det er et stort spekter, men jeg tenker at ja sløvhets av av summen av mange forskjellige medisiner som på ulikt vis sløver hjernen. Det tror jeg nok er ens en av de største gruppene. Og så er det mye blodtrykk, altså veldig mange hjertemedisiner senker blodtrykket enten fordi de gis mot høyt blodtrykk eller fordi de gis mot andre ting, for eksempel hjertesvikt, men som allikevel har lavt blodtrykk som som bivirkning og av og

til er det ikke til å unngå for eksempel god hjertesvikt. Behandling vil ofte ha som en sideeffekt at blodtrykket blir lavt, og det det klarer vi ikke å unngå, og det er. Det er verre å være veldig tungpusten ha dårlig behandlet hjertesvikt enn å ha lavt blodtrykk, slik at da må vi heller prioritere det. Men i andre tilfeller, så kan vi klare å å ta vekk medikamenter som gir pasienten for lavt blodtrykk, slik at de blir ustøve og sier når de reiser seg opp og og også det gir fall tendens da. Så er det noen som har for sterk for sterk demping av hjertet av hjertefrekvensen. Pulsen, særlig betablokkere da i for i for høy dose slik at de går rundt og er har langsom puls ikke klarer å å få opp. Pulsen når de har behov for det, for eksempel når de skal anstrenge seg, gå på en trappe eller sånn blir mye mer slitsomt for dem enn det trengte å være, og noen av dem så mye at de får alt for langsom pulser kan besvime av det. Det er også. Det kan også være medikamenter som har vært passe dosert tidligere, men som årene går, så skjer det også ting med kroppen, for eksempel hjertets elektriske ledningssystem som som gjør jo lager pulsen og gjør at hjertet slår så fort som det skal. De blir ofte dårligere med alderen.

Jeg sitter og tenker med at det er jo litt av en jobb. Fastlegene har skal følge opp alt dette her uten å ha den spesialkompetanse da. Nå blir det vel kanskje de får jo kompetanse på det. Etter hvert erfaringskompetanse, men men jeg tenker også at etter hvert som når vi hører at 30 %, altså tallet på eldre den eldre pasienten vil øke med 30 % i det neste tiåret, så er det jo nesten sånn at man bør tenke at hvert fastlegekontor bør ha en geriater.

På plass ja det er ja, det kan du si. Jeg tror nok at det får lang tid før vi før vi har så mange geriater, for vi har nok å gjøre med å forsøke å utdanne nok geriater til sykehusene og geriatri er. Nok en er nok en sykehus spesialitet og skal vel kanskje være det, men jeg. Men for det første så tror jeg veldig på tett samarbeid mellom geriater og fastlege vi er. Vi er ganske sånn sterkt åndelig beslektet fordi at de både de og vi er veldig sånn generalist generalisthode, så det gjør at vi snakker ofte. Jeg tror at byggallianser få til rådgivning og at vi gir råd, ikke bare ved å sende epikriser som ofte kan bli litt sånn uforpliktende eller litt vage med å si eller hvis vi snakker sammen altså. Telefonen er et kjempegodt samhandlingsverktøy, så for eksempel den pasienten jeg har hatt i dag. Da skal jeg snakke med fastlegen på telefon, og så skal vi bli enige om hvorfor. Det er ikke sikkert. Skitt av at alle mine ideer er lure heller. Kanskje fastlegen som kjenner han om lang tid vet noe som ikke jeg vet. Så hvis jeg da foreslår noe som hun er helt uenig i, så er det bare tull, så så det er bedre at vi snakker sammen. Ja, så det må vi gjøre, så jeg tror veldig på tettere tettere samarbeid, men disse pasientene er naturligvis krevende også fordi at de ofte så kommer de ikke til fastlegen heller. Altså de de slutter å gå til legen. Det er veldig, veldig synd fordi at de har jo. Men i den fasen her, så har de veldig nytte av å ha en tett oppfølging av en lege som kjenner dem over tid, og det er jo fastlegen som skal ha den rollen, men de synes det blir slitsomt, og ofte blir det bare til at hjemmesykepleien gir beskjed til fastlegen når det trenger så fornyes resepter eller liksom ny sånn multidoser resepter eller noe sånt, noe så bare gjør fastlegen det uten

noen gang å se pasienten, og det er veldig synd. For da mister fastlegen mulighet til liksom å å følge de kliniske endringene som skjer hos de pasientene. Men det er klart de. Fastlegen har det travelt og de unge pasientene de krever sitt og bestille time og de gamle som slutter å bestille time og bare lar hjemmesykepleien, ordne opp og sende sånne p. l. o. meldinger de jeg skjønner godt at fastlegen ikke helt klarer å få prioritert dem da i sin i sin hverdag.

Jeg tenker også til de sykepleierne der ute, som er i hjemmesykepleien eller på sykehjem eller helsehus, eller sånn at når de oppdager pasienter som har en 10 12 14. Medisiner på medisinalisten sin faste medisiner at de må være de også må være litt obs og være litt observante på hvordan pasienten har det akkurat for livskvalitet og ikke minst funksjon.

Og og det, men da toucher vi også litt inn på det helsepolitiske da som selvfølgelig er en side av dette også fordi disse pasientene har jo veldig ofte vedtak på at de skal ha hjelp til medisiner. Det er ikke vedtak på at de skal evalueres. Hvordan medisinerne virker. Sånn at de får stappet den 40 mg furiks i munnen, uansett hvor dehydrerte de er for å sette for liksom gi et sånn på spissende eksempel da, men faktisk så er det litt sånn at man er opptatt, og liksom de som har laget de som har laget det systemet har liksom vært helt opptatt av at vi må passe på at de medisinerne som legen har fått ordnet de må pasienten få i seg, og det er liksom sykepleiers oppgave er å sørge for at det som står på lista det blir putta inn i pasientens munn, men sykepleier har jo masse verdifull kompetanse på å vurdere om. For eksempel pasienten virker å være dehydrert eller motsatt virker å være ha masse eudemer og ha for mye vann i toppen, ikke sant? Bare for å ta det eksempelet, men den kompetansen blir ikke utnyttet i det systemet vi har som er veldig sånn vedtaksstyrt og vedtak for veldig sånne, veldig avgrensede områder. Så her går vi glipp av masse som kunne vært nyttig.

Men dette er jo blitt borte dette vedtakspunktet som heter observasjon, er blitt borte. Ja, ikke sant?

Det er skummelt, men det noe hjemmesyke i hvert fall kan gjøre, er også bestille team for disse pasientene og så for å hale de til fastlegene av og til. Det tror jeg også vil være nyttig, kjempeviktig, men ellers så er det jo hvis jeg får lov å bare skyte ned en ting når du dette med eldrebølgen der, så jeg syns jeg blir så opptatt av hvordan vi omtaler dem, for vi vi du sier liksom eldrebølgen er over oss som om det kom en en bølge av eldre som liksom kom skyldende fra et eller annet sted og skyldet over oss unge. Men eldrebølgen er jo ikke det eldrebølgen er jo oss som er født i som er født i på 60 og 70 i åttitallet som ikke lenger dør av diarresykdom som babyer eller av tuberkulose som tjueåringer eller av hjerteinfarkt som førtiåringer, og derfor har god sjanse til å leve til. Vi er over 80 90 og da har vi høyest sjanse for å få enten kreft eller demens som er de 2 mest aldersrelaterte sykdommene, så det er en. For det første er det ikke noen som kommer og oversvømmer oss. Det er oss som blir eldre og som og for det andre så er

det egentlig en suksesshistorie, for det er resultat av meget vellykket forebygging av infeksjonssykdommer hos barn. Det da snakker vi 100 år tilbake i tid, ikke sant? Og forebygging av hjertekar hos middelaldrene og yngre eldre, altså folk i 60 syttiårs alderen, så man døde veldig mye av på 1960. Syttitallet. Og det har vært vellykket forebygget, og derfor så lever vi lenge og derfor eldrebølgen. Så det er liksom noe med politikernes perspektiv. Politikerhelseplanlegget de snakker som om det skulle komme et en snodbølge av gamlinger, så hvis du skal til å oversvømme oss unge, det er jo ikke det. Det er jo oss som blir gamle, og da vi da diskuterer hvordan vi skal håndtere den eldrebølgen, så diskuterer vi jo hva slags eldreomsorg vi ønsker å få. Det skal starte som bibli fler.

Nå sitter jeg og småhumrer litt her da Torgeir, men det er rett og slett for dette synes det var veldig, veldig bra bilde du forteller du sier nå det var veldig bevisst. Gjørende synes jeg veldig godt perspektiv. Det er faktisk oss vi snakker om veldig bra. Og når det er sagt da, så går vi over på neste tema, som du også er ekstremt opptatt av. Og det er jo dette med delir hos den eldre pasienten. Og det er jo masse spennende med de lir, men det som ofte folk spør om eller snakker om som ikke er helsepersonell. Det er hvordan ser man forskjell på fordi at delir har blitt et litt mere sent ord? Hvordan ser man forskjell på en med debens og en som har delir? Hvordan skal man skjønne det så som en inngang til delir? Hvordan ser du forskjell på det?

Veldig godt spørsmål og ikke alltid veldig lett å å se det. Nei. Det viktigste er jo at man må få greie på varigheten etter en demens utvikler seg nesten alltid langsomt og snikende over måneder og år, mens etter liv typisk oppstår fort i løpet av timer eller noen få døgn. Og så nytter det ikke å spørre pasienten, hvor lenge har du vært så forvirret som du er nå? Det klarer de naturligvis ikke å svare på, slik at vi må. Vi er helt avhengige av flyte informasjon for noen som kjenner pasienten. Over tid det er det er hoved det er hovedsvaret det kommer brått demensen kommer langsomt, og så er det også litt litt forskjell på profilen eller ganske stor forskjell hvis man hvis man vet om det de som har demens. De er vanligvis våkne fullt bevisste fester blikket de prøver jo de svarer så godt de kan, men de svarer ofte galt fordi de har glemt ting og så gjetter de og de prøver å dekke. De går og prøver å bruke de de bruker sosiale fraser og og prøver å maskere sin sitt problem. Da så så godt de klarer. Det er typisk ved demens, mens de som har delirium de er også påvirket bevissthet. Altså de bevisstheten deres er ikke normal, selv om de er jo ikke de er jo våkne altså hvis de ikke hvis man ikke er våken så er man i koma. Det er noe annet, men så de er våkne, men de har allikevel ikke en ordentlig normal bevissthet. De klarer ikke å. Forretthold de klarer ikke å holde fokus. Ja, litt forskjell i øya, ikke sant? De normale er jo hvis du kommer inn til en pasient, for eksempel akutt mottaket som lege eller sykepleier å snakke med pasienten, så er det normalt at pasienten vil feste blikket på deg primært og ikke på en flue i taket eller noe som skjer utenfor vinduet eller sånn så det å ikke klare å skille mellom viktige og mindre viktige stimuli er en side av det de ikke klarer å holde seg våken altså. Pasienter med

delirium de kan jo sovne midt i sin egen tid, mens de snakker selv. Det er ganske patologisk, ikke sant? Det? Det å sovne når du hører på noen andre som snakker som er kjedelig sovner på forelesning, for eksempel. Det er jo helt. Det trenger ikke å være sykdom i det hele tatt, men å sovne når man selv snakker, og særlig når man snakker om noe som vi må tro at man virkelig altså er du lagt inn på sykehuset og legen eller sykepleieren kommer inn til deg, så er du ganske motivert for å forsøke å få fortalt. Den legen eller sykepleien hvordan du har det og hva som har skjedd og sånn hvis man da bare liksom feider helt ut og ikke klarer å holde tråden i det hele tatt. Det er ikke typisk et demens da det de vil prøve. De vil ofte si ting som er helt feil, men de men de prøver så godt de kan. Men de med delirium de bare ramler av. Derfor så og så.

Synes jeg også at noen ganger så kan det være. Jeg opplever at det kan være vanskeligere å. Å veilede eller å å prøve å få med meg en en delirpasient enn en demenspasient en pasient er lettere på en måte å snu. Du eller få med deg inn igjen da hvis han har vandret av gårde enn en delirpasient. Du kan ofte bli litt mer agitert er det?

Ja det er jo det er riktig at delirpasienter kan være veldig agiterte. Noen er noen er ordentlig. Noen er ordentlig paranoide og og hallusinerte og og veldig veldig sånn motorisk hyperaktiv forsøker å stikke av og klatre over sengejerde og. Trekker ut p. v. k. og urinfrateter og sånt ja og veldig redde. Men så har du den motsatte varianten som i mye mindre grad blir blir oppdaget, og det er de som er sløve og hypoaktive som bare ligger stille. Og ja, ikke sant. Men så er det det at at pasienter med demens kan jo også ha det vi kaller for demens relaterte atferdsforstyrrelse så hender jo at også pasient med demens kan være fryktelig sinte og og paranoide og. Hallusinert hallusinert av og til og agiterte og sinte og til og med voldelige. Så jeg så det er ikke så lett altså og jeg synes jo 20 for 20 år siden så ble ikke delir begrepet brukt så mye. Nå brukes det plutselig mye mer enn før, men til dels galt. Og jeg tror veldig mange bruker ordet delir egentlig synonymt med pasienten som ikke kan oppføre seg ordentlig, og som helst ikke vil ha på vår sengepost kan ikke den komme et annet sted. Det er sånn altså altså som man kaller det for delir hvis pasienten er urolig og vanskelig og sint, og så kaller man det ikke for det lir hvis pasienten er stille. Men pasienten som er urolig vanskelig og sint kan godt tenkes at det er en demens eller noen annen psykiatri som gjør det. Og pasienten som er stille og fredelig kan ha det lir allikevel, så det er en ganske feil bruk av av ordet som har som har festet seg, men så er det klart at det er jo det er veldig mange som har demens fra før, og så får du delir på toppen og da er det vanskelig å, så det er jo riktig at det er vanskelig å skille altså. Ja vanskelig å diagnosisere, liksom hva. Hva er særlig særlig de der? Hva liksom er demenskomponentene her og er det lidkomponentene det her? Det er ikke så lett å alltid å svare.

På demens går jo ikke over, men et delir går som regel over er det riktig eller er det en myte?

Nei, det er riktig. Det er riktig og og hvis man får og og et veldig viktig poeng er jo at det delir skyldes noe. Det lille er på en måte oppfattet som et symptom. Det har en utløsende somatisk årsak som n. b. ikke bare trenger å være infeksjon. Noen tror at det alltid skyldes infeksjon, eller at det alltid skyldes urinøns infeksjon og det. Ja, det kan skyldes urinøns infeksjon. Det kan skyldes lungebetennelse. Det kan skyldes andre infeksjoner, men det kan også godt skyldes hjerteinfarkt lungeemboli, gallestein, perforert ulcus, blindtarmbetennelse, hoftebrud. Ikke sant? Altså? Listen du kan gjøre listen nesten så langt du vil, så så første første punkt når det gjelder pasient med delir er jo liksom finne årsaken og forsøke å behandle årsaken også må vi ellers prøve å liksom optimalisere så godt vi kan og forsøke også å hjelpe berolige pasienten og dempe pasientens angst og sånn. Og da er det helt riktig som du sier. Da skal det i prinsippet gå over, så er ikke det helt sant allikevel, for det viser seg at delir. På en eller annen måte skader nok hjernen, og i hvert fall hvis det lirket er veldig alvorlig å vare lenge flere dager. Noen kan jo vare i ukesvis av og til, men men hvis det liksom har vart i flere dager, så begynner det nok å bli økt risiko for pasienten vil komme ut av det altså. De vil nok komme ut av det i den forstand at de blir bedre enn de var på det verste, men de kommer aldri opp på det kognitive nivået de hadde før de lirket, så de liksom. Den demensen, som de ofte har i bakgrunnen da som kanskje ligger der og er er en bakgrunns sårbarhet, den liksom gjør et hakk ned i forløpet av adelirer. Dette er noe vi har forsket mye på. Akkurat det der der og det er økende holdepunkter for at det er sånn og hva som er mekanismen for det. Hvorfor det på en måte er skadelig for hjernen. For lengre sikt, eller at det kan forverre en demenssykdom eller til og med utløse en demenssykdom og ha et elir? Det vet vi egentlig ikke så mye om, men men og i det hele tatt vet vi jo ikke så veldig mye om hva som egentlig skjer i hjernen til de pasientene. Hva som går galt, som gjør at de får så dramatiske symptomer så fort etter hoftebrudd er jo et eksempel hoftebrudd. Cirka 50 % av pasientene med ofte brudd er det lyriske første dag etter operasjonen.

Og li kosen da eller bedøvelsen og.

Bruddet i seg selv altså, det er ganske mange. Er jo det lyriske allerede før du blir operert. Det er kanskje sånn 20 % og så er det kanskje 30 % til som blir det lyriske i løpet av operasjonen, så er det en kombinert effekt av bruddet og smertene og stresset med det. Og ja, det er spisens synsinroller og selve operasjonen og og bedøvelsen kanskje? Men, ikke sant, hva? Hva kommer det av at du du brykker en knokkel som riktignok er stor kroppens største knokkel, men den sitter jo langt fra hodet da og så i løpet av noen få timer så får pasienten nærmest en akutt psykose. Hva i all verden er det som skjer sånn på molekylnivå? Det vet det har det har vi prøvd å forske på da og og funnet kanskje noen noen små brikker, men egentlig vet vi når sant skal sies veldig lite om det. Og derfor vet vi også lite om hvorfor det eventuelt gjør at pasientene ikke kommer seg helt, men men får en kognitiv knekk i forløpet av et liv. Mange får det, men men mange også blir helt, blir helt som før.

Eller som før det er veldig spennende, altså veldig spennende jeg hadde i familien, så hadde vi og dette her er da 15 seisten år siden en eldre, en eldre familie med et eldre familiemedlem som. Egentlig var ganske fin form bodde hjemme hos seg selv også, og jeg var ganske ofte på besøk hos henne også, sier hun. Det er så slitsomt da, for det bare tyter blod ut av peisen og det rant blod fra veggene, og det var akkurat som kjøttdeig som kom ut fra denne murveggen og helt forferdelig. Og så da ringte jeg hennes fastlege og fortalte det. Han fant ikke ut noe årsak hva det var, og det ble ikke gjort noe. Hun levde de siste 3 årene av livet sitt med å se det blodet som kom ut fra den. Men det utviklet seg aldri til noe mer, men det var peisen var full av blod, og det var liksom kjøtt der lignende kjøtt som tøyde ut av murveggen, og de gjorde aldri noe. Og så tenker jeg. Det er jo 15 16 år siden, så det handler noe om at man kunne ikke så mye heller, men hva? Hva kan man fordi dette hang ved, men hun var helt klar orientert ellers. Det var bare de synshallusinasjonene. Vi hadde aldri noen lyder eller. Og hun visste at hun hallusinerte. Det var hun veldig klar på, men hva? Hva kan man gjøre med sånt? Altså er det er det finnes det medisiner som hjelper eller er det, hva gjør man, hva gjør dere?

Ja det vi godt spørsmål. Det er jo ikke alt. Det er ikke alt så lett. Hvis pasienten har altså det der. Der er jo sånn vi vil kalle for. Psykoselignende symptomer da det å ha det å ha hallusinasjoner eller å ha forestillinger som åpenbart er feilaktige. Du kan jo naturligvis forsøke å behandle med antipsykotiske legemidler, og jeg tenker at det av og til er det riktig å gjøre det. Hvis de symptomene plager pasienten veldig mye, og pasienten blir veldig redd av det, og vi ikke klarer å bli kitte på en annen måte, så er det kanskje riktig. Men det er igjen. Så har vi gjento tilbake til dette med medisinene da og fordeler og ulemper for antipsykotiske legemidler har ganske mye bivirkninger, og vi må liksom da bare tenke oss om hva er verst av og til, så er kanskje symptomet så ille og hvis effekten av medisinen er god, så vil vi kanskje tenke at pasienten tross alt har det bedre med de medisinene enn ikke, men det skal være alle pasientene man skal ikke. Man skal ikke behandle den minste lille hallusinasjonen med medisin, bare fordi pasientene altså det skal være fordi vi tror at det er et større. Problem for pasienten å ha de symptomene enn å bruke medisinen, så det er liksom en det er en strategi, men så er det jo å utgjøre da. Hva i verden kommer da man begynner å bli å bli hallusinert, og dette leddet i en er ledd i en demenssykdom. Det hender jo at demenssykdommer er at startsymptomet er sånn rart og og hvis du hører halsinasjoner, da tenker jeg fort på sånn demens med leverlegemer som er en litt litt annerledes alzheimer demens og ofte. Dere har oftere hallusinasjoner, og da kan det være at de kommer før pasient før du merker den kognitive svikten så veldig godt, og den kognitive svikten ved den demensformen er også annerledes enn i alzheimer. At ofte er ikke hukommelsen det største problemet for de pasientene. Det er mer sånn romretningsvansker og problemer med å orientere seg og og sånn så det kan. Og da kan man også prøve andre, for eksempel sånne demensmedisiner av typen av resept. Exelon for de som kjenner til det hender at

det kan også hjelpe på sånne hallusinasjoner, så man må vurdere hvert egentlig tilfelle da prøve å skjønne hva det er som skjer. Også kan det tenke seg altså om pasienten er så plaget til holdusinasjonen at det er riktig å gi. Nå er det kanskje riktig å gi gisbert dal eller kvetiapin eller serokel eller ja. Den er litt gammeldags, så har vi gått vekk, men den bruker fortsatt en del den også. Kanskje det er riktig en stund, men så kan det jo være om om 3 måneder at uansett ville for sånne symptomer går litt i bølger. Kanskje det ville uansett bleknet av og blitt borte ikke vært så stor plage lenger, så da å finne ut det eneste måte å finne ut det på er da å forsøke å ta medisinen vekk igjen og se om symptomene da kommer igjen, eller om det kanskje fortsetter å holde seg vekk, så det må man også tørre, og da blir også så er de pårørende. Personalet på sykehjemmet sette seg et sykehjem ville jo ofte bli veldig engstelig, for de må ta vekk medisinene. Det var jo det som hjalp, men kanskje trenger ikke pasientene lenger. Kanskje sitter de bare igjen med bivirkningene, så det må vi også tørre å tenke dynamisk om hva som er hva som er riktig for denne denne pasienten akkurat nå.

Det lir kan jo innimellom være litt sånn skummelt for pårørende, ja. Hvordan, hva sier du til pårørende hvis det er pasienter som har uttalte liv?

Jeg tenker at det er viktig å forklare hva dette er for noe. Det er klart at hvis mor eller far eller ektefelle plutselig er helt annerledes og og og helt desorientert. Og kanskje ja, kanskje har paranoide og rare ideer og sånt, så er det klart at det er skummelt så fortelle. Dette vet vi. Hva er dette heter det tar et navn. Det vet du hva det kommer av? Det er skummelt og ubehagelig for alle, men vi må prøve å hvis vi klarer å få hjelpe ham eller henne gjennom dette, så er det god sjanse for at det fort vil bli bedre. Det er vel det viktigste vi skal gjøre også er det. Det viser seg også at det er jo veldig skremmende for pasienten selv også. Det har det kommet. Det har det kommet litt mer forskning på de siste årene. Man har faktisk intervjuet folk som har hatt det gir som er i sann til å fortelle hvordan det føltes, og de. Ja, de har jo det til felles at de synes det var kjempeskummelt.

De laget noen filmer med hvor man ser visuelt hvordan de har?

Ja det er det vel også også gjort, så jeg tenker det å snakke med dem i ettertid også og hjelpe dem til å få det få bearbeidet. Opplevelsene kan antagelig være veldig gjort, og det har vi ikke vært nå. Det har det ikke vært noen rutiner for i det hele tatt, men der tror jeg også det.

Er en del ugjort altså tenk på eldre det det, det eldre mennesket altså. Jeg er ikke eldre, vil jeg si. Den er femogfemti. Jeg begynner allerede å bli dårligere på å drikke. Vann må liksom tenke på at jeg må drikke vann. Er det å er det å drikke for lite? Det å være dehydrert er det er det en indikasjon for å kunne bli det delirisk? Ja, altså hvis du kår rørene kan hjelpe til.

Dehydrering kan nok helt sikkert også føre til delir og og, og hvert fall hvis man får delir, så er det veldig mange som mister tørste følelsen veldig mye i den fasen og drikker i

hvert fall dårlig. I den akutte situasjonen, men generelt så er jo en av de tingene som skjer med aldring er for så vidt også at altså alle fysiologiske reguleringsmekanismer blir litt kan blir svekket litt mindre presise med alderen og en, og det at vi kjenner tørst når vi trenger å få fylt på væske er jo også en er jo også en fysiologisk regulerings altså.

Mekanisme vi regulerer væsknivå i kroppen mellom nyrene, hvor mye, hvor mye urin vi eller hvor mye vann vi skiller ut den veien, og så regulerer vi det med hvor mye vi tar inn, og det er det tøsten som regulerer og og med alderen. Så blir de både nyrene som regulerer hvor mye vi slipper ut og tøsten som regulerer hvor mye vi tar inn, blir litt litt dårligere regulert, og det stort sett går det greit. Men det betyr at den er litt mer sårbar da for å få. Forstyrrelser i det systemet, og da kan det å huske på å drikke eller minne folk på å drikke. Kan helt klart hjelpe, men så er det noen som tror at jo mer man drikker, jo bedre er det det altså. Hvis man drikker litervis av vann om Dagen, men noen tar det veldig bokstavelig. Legen har snakket om å drikke godt, så drikker de 5 liter vann om Dagen uten å ta en, og da får de for lavt saltinnhold i kroppen og og.

Får problemer med det, og en måte Torgeir. Du er 66 år. Ja. Og du er en kjent geriater, kan mye om disse sykdommene som som skjer med oss etter hvert som årene kommer, og for 3,5 år siden så merket du at armen eller kona di merket at armen din hang litt annerledes. Hva skjedde?

Ja hun det var hun som sa det hvorfor? Hvorfor er du? Hvorfor beveger du den? Venstre armen så rart og da tenkte da hadde ikke jeg merket det selv og sa at nei, det var sikkert bare at jeg skulle til å ta opp telefonen av lommen eller et eller annet sånt noe. Men så begynte jeg å se på det også, så jeg det at det hadde mistet det vi kaller medsving. Altså når vi går, så så svinger vi med armene. Det er noe vi bestemmer oss for vi. Vi svinger med armene spontant når vi går, ikke sant? Og det er det som er det normale. Men jeg hadde sluttet å svinge med den Venstre armen den den var helt i ro mens den Høyre svingte normalt, og fordi jeg har drevet mye med dette da så tenkte jeg veldig sånn fort. Dette ligner på parken sånn. Dette er en sånn. Dette er jo et park for det parkinson pasientene de når du ser typiske parkinson pasienter går så er de så har de ofte så går de med armene helt stille. De beveger ikke armene i det hele tatt nedsvingen blir borte av en av de mange sammensatte motoriske endringene som skjer i parkinsons sykdom da, og det var jo det jeg viste seg. Det var det det var som jeg da ante selv, så jeg ble jo fryktelig raskt undersøkt da fordi jeg tenkte på det selv og. Ja da var jeg så frekk at jeg ikke stilte meg den vanlige køen. Jeg må innharrowme. Da sendte jeg en mail til den nevrologen jeg kjenner som er veldig flink med det og sa kan du se på meg og så ble det tatt sånn. That's gang altså spesielt bilde av hjernen og sånn, så det er det jeg har og jeg har fått medisiner som som hjelper meg veldig godt, så jeg har det jo bra og lever veldig bra med dette. Har lite symptomer. Og det har ikke forverret seg så veldig mye på de 3,5 årene som nå er gått siden jeg fikk den diagnosen jeg jobber, jobber jo fullt fortsatt og er har ganske er ganske aktiv. Jeg merker jo at altså, jeg skal ikke si at jeg merker det. Jeg merker at jeg blir litt lettere sliten. Vi har mindre å gå på mindre reserver. Det kunne

sikkert også bare forklare oss med alderen da. Når det blir 66 år så er jo det kanskje normalt, men jeg tror nok at noe av det er nok litt mer enn det jeg ville hatt hvis jeg bare hadde vært 66 år og helt frisk så jeg jeg. Jeg merker det jo, men ja ikke sånn generell utmattelse, men mer ja mindre toleranse for å sove for lite og generelt, men også litt vanskelig for å sove matte. Menn og litt sånn dårligere søvn, våkenhetsrytmer og som også er typisk symptomer lettere for å falle i søvn på dagtid duppet. Det er en del altså. Det er ganske subtilt. Det er ganske lite ganske beskjedent, lite plagsomt, men jeg kjenner det minner meg jo på hele tiden at jeg har en sykdom, så det når.

Du kan så mye om en sykdom som dette var jo rett inn i ditt eget fagfelt. Ble du redd?

Nei, ikke så veldig. Og kan du lure på er det fordi at jeg er bare fortrenger det eller ikke vil forholde meg til det, eller bare bare kompenserer ved å fortsette å være aktiv. Men jeg tror kanskje også at at jeg fordi jeg faktisk kjenner sykdommen godt og vet om behandlingsmulighetene vet om hvor forskjellige forløp det er, så så hadde jeg jo et reelt håp om å ha et. Et ikke så ikke så ondartet forløp og og håp om at det skulle holde seg bra lenge. Jeg skjønnte jo at jeg var veldig at jeg var veldig tidlig at jeg fikk diagnosen veldig tidlig. Mange har jo sikkert hatt symptomer i mange år. Vet at mange med parkinsons sykdom har hatt symptomer i mange år før de får diagnosen fordi de jo symptomene er i tidlig fase er så subtile og og vanskelig å oppfatte så, så det er ikke det. Er ikke noe gøy å få en. Kronisk sykdom og det som er altså det vi kaller nevrodegenerativ sykdom som betyr at hjernen skades langsomt over tid. Det er ikke noe gøy i det hele tatt, så jeg blir jo lei meg av å tenke på det. Men samtidig så er det klart at det jo altså. Det er klart om hvis jeg ser 5 eller 10 eller 15 år frem i tid, så kanskje jeg har mye plager av mye funksjonstap av dette, men det kunne jeg jo få i løpet av. 2015 år uansett. Det kommer til en alder hvor risikoen for å få jeg kunne fått slag eller a. l. s. eller kreft eller et eller annet, ikke sant? Så jeg tenker at uansett så skal man jo. Uansett er det viktig å glede seg over de gode dagene så lenge de er gode, for man har ingen garanti hvordan fremtiden blir, og det å få en en sånn sykdom som dette her her. Det er jo på denne siden leit på den annen side også en ekstra sterk påminnelse om nettopp det å. Og glede seg over dager når de er gode og jeg har det bra. Jeg har det veldig godt nå. Jeg kan ikke drive å bruke opp den tid. Jeg har det gått nå på å greme meg over at det kanskje blir verre senere. Det er selvfølgelig litt sånn, tenker jeg da det blir den riktige måten å tenke for meg.

Og det tenker jeg. Det er sånn vi ofte som helsepersonell ønsker at pasientene våre skal tenke, men det er jo ikke så lett å faktisk tenke det. Da er dine verktøy for og greie å tenke. Da er du bare født sånn eller er det eller er det noe du gjør bevisst?

Nei det er nok mest at min personlighet er litt optimistisk da, og det er jo en. Det er jo en gave og og så det er ikke noe jeg har liksom tatt meg veldig sammen eller vært veldig sånn moralsk overfor meg selv at nå må du. Nå må du tenke positivt. Nei, det er mer det at jeg. Ja, jeg har vel kanskje en en litt sånn grunnleggende optimistisk innstilling, og da

på et eller annet tidspunkt, så blir man jo sikkert skuffet av, men men hvert fall nå, så så føler jeg at det at det har vært en ressurs også også er synes jeg. Vi jobber min er så er så morsom og interessant og spennende, så jeg vil jo gjerne klore meg fast i den jobben så lenge som mulig, men det samtidig. Det er klart at jeg må. Jeg må jo nå tenke alvorlig liksom hvor hvor lenge skal jeg jobbe før jeg ble pensjonist? Hvor hvor mye skal jeg? Det er andre ting i livet som også er veldig, veldig viktig og veldig hyggelig. Så og etter hvert som kreftene reduseres litt. Selv om det er veldig lite, så reduseres de litt og reservene blir litt mindre. Jeg orker litt mindre. Jeg må passe på at ikke hvis jeg jobber akkurat like mye som før, så vil jo jobben på en måte ta alt, og jeg har ressurser, vil mindre og mindre. Tid igjen til andre ting, familie og barn og barnebarn og alt som er hyggelig. Ellers så det er jo noen. Det er noen dilemmaer som man kanskje får når man kommer i seksårsalderen, uansett som blir litt mer satt på spissen da når man vet at man har en sykdom som som kan sette kommer til å sette sine begrensninger. Så jeg driver og planlegger dette her litt og prøver å tenke.

Nå skal du gjøre det?

Trenger du meg til å slutte å jobbe fordi at jeg trives godt i jobben min, men jeg gleder meg selvfølgelig også til å få mer tid til andre ting, så dette er jo en ambivalens.

Jeg tenker det er jo du sa jo til meg når vi gikk ned til studio her nå i stad, så sa du at fordi vi jobber jo både på universitetet og på sykehuset, og du kan fort jobbe opp i 150 % liksom altså det bare nå var vi sa, men du jobber veldig mye og mer enn du skal egentlig også tenker jeg at. Det er jo noe med å trappe ned fra kanskje 130 140 % arbeid da til å jobbe kanskje 75, ja, så får du allikevel denne gleden fordi det er jo noe med det jeg sa til deg også i stad at veldig mange med din sykdom, selv om ikke du har jeg kan jo ikke sitte. Jeg kan ikke se på deg her. Du sitter nå at du har parkinson, men du kjenner sikkert på det på et eller annet vis, men du har valgt å være i full jobb. Og det er klart, det handler om kjærlighet til jobben.

Det er først og fremst fordi jeg er så ekstremt privilegert, at jeg har en jobb som jeg synes er så er så spennende og at jeg har helt helt flytende grense mellom jobb og hobby. Og det er jo en gave å ha det sånn, og da synes man jo det å jobbe mye er fint fordi man synes det er gøy å få lov å drive mye med det man liker og det man også har som en hobby, ikke sant? Det som gir livskvalitet? Ja, men det er jo riktig som du sier er det siste. De siste par årene har jo prosjektet mitt vært å forsøke å trappe ned mot 100 %. Og det er ikke fordi at jeg er som sagt at jeg er så jeg jobber ikke så mye fordi jeg er så fryktelig pliktoppfyllende, men fordi jeg synes det er så gøy, så det er det er et privilegium og en gave. Men jeg må passe på nå at jeg ikke at jeg ikke lar det liksom ta alt av krefter.

I dag har du blant annet hatt polyklinikk, og så kommer du hit til ahus II studio er med på podcast, og så skal du rett tilbake igjen. Og har vakt, så du kom faktisk i sykehus tøy fordi du fordi du gjør dette i tillegg til.

Altså kanskje du antyder at dette er sånn på grensen til patologisk? Gjør du det? Nei, det tenker. Det handler.

Om en enorm interesse for det du driver med. Det er det. Det er jeg tenker jo det er det ikke det.

Men jeg vil jo si det, men det kan jo være at det av og til jeg blir så. Det jeg synes er jeg blir så ivrig at jeg har lett for å planlegge for å gjøre mer enn jeg egentlig at det blir litt fort at tiden den ikke strekker til. Og når nå da både tingene går litt saktere enn de gjorde før, som jeg tror skyldes litt, skyldes den sykdommen og at jeg har litt mindre toleranse for å for eksempel ta. Før kunne jeg sitte langt på natt og jobbe og allikevel stå opp tidlig om morgenen, for jeg bare tok igjen jeg ikke har gjort på dag. Det gjorde jeg på en måte om natten. Det kan jeg ikke gjøre lenger da, da ble jeg helt. Slått ut så så jeg må passe. Jeg må liksom passe på det jeg må. Jeg må være streng mot meg selv ikke bli altfor ivrig til å bare tro at jeg skal fikse alt da.

Ja, og det er noe med både selvbilde og forventninger til en selv og alle de greiene her som må justere seg. Hender det at du forteller pasienter du har som når du gir dem diagnosen parkinson eller? Eller de har kommet til deg med den diagnosen hender at du forteller at du har den sykdommen selv.

Det har jeg ikke gjort. Jeg føler liksom at det blir litt rart eller litt sånn. Det blir liksom kanskje forhold til pasienten litt sånn litt for intimt eller eller nært eller eller fokus for meg? Jeg synes det, men det er klart etter hvert som jeg har jo vært veldig ekstremt åpen om diagnosen sånn generelt og og. Fortalte her skrevet om det II forordet til skal drive reklame her først her, da så fjerde utgave av min lærebok i geriatri som den kommer nå om noen uker og har skrevet om dette skrevet om dette i forordet også, så jeg har på en måte jeg synes det blir så slitsomt hvis det skal være sånn der torger er kanskje syk, men vi må ikke snakke om det. Det synes jeg blir fryktelig slitsomt, så for meg har det vært en mental hygienisk god ting å være åpen. Nå har jeg selvfølgelig plutselig slumpet at det er en pasient som kanskje har hørt på dette, eller et eller annet som som vet om det. Men jeg har valgt å ikke akkurat den situasjonen der jeg ikke har gjort det. Og si liksom ja, dette har jeg også. Jeg tar mine sine metter så mange ganger om Dagen. Hvordan tar du dine? Det synes jeg blir litt sånn. Da blir rollen så rar, så jeg har ikke gjort.

Ja, jeg tenker at det noen ganger da. Hvis det er en type pasient som er så livredd og får fullstendig helt hetta. At det sitter en sånn trygg fin overlege og sier, jeg har også parkinson. Det er fins medisiner uten at og så stoppe der da de har ikke noe med resten. Nei, dette må finne de ut av selv, men jeg tenker jeg tenker og det er du som setter det

inn i grenser, men jeg synes det er superflott at du er så åpen om det, og særlig når du er i den posisjonen som du er da og har den posisjonen du har i det ditt fagmiljø.

Ja, men som sagt det, jeg har ikke gjort det liksom av idealistiske årsaker egentlig, men mer av at det har vært et valg som jeg tenker er best for meg da. Ja ja, minst dette enkleste å forholde seg til at dette er noe som man bare vet ja.

Ja rett og slett. Da blir det mindre fokus, og vet du? Egentlig fordi mindre fokus alltid mindre slitsomt Torgeir. Det er jo litt artig fordi du har en du har en bror som heter Vegard brun willer. Han er barnelege overlege. Han er her på ahus. Det er 12 år mellom dere, men dere er jo veldig like. Ja, veldig like dere bor i samme eiendom. Dere har blitt lege begge 2. Familiene deres går om hverandre og dere er dere er leger begge 2. Selvfølgelig, men men dere har valgt hver deres ende. Han er barnelege og du er geriater. Det er liksom begynnelsen av slutten av livet. Er det tilfeldig at det ble sånn at dere valgte på en måte begynnelsen av slutten av livet?

Altså jeg er jo helst, så jeg bestemte meg først. Spørre Vegard hvorfor han? Hva? Nei, men det er kanskje ikke tilfeldig vi er nok, altså vi er nok. Du sier vi er liker å se på. Vi er nok sikkert. Vi er ganske like mange, mange viser måten å tenke på, deler nok mange både verdier og og og meninger, og det å jobbe med de pasientene som ikke er altså barn og gamle som pasienter betraktelig har jo det til felles at de er veldig lite a. 4, ikke sant? De a. 4 pasientene er de som er mellom mellom 10 og. Og 70 da sånn sånn øflig. De er de som passer best i sånne sånn derre guideline medisin at sykdom av skal alltid behandles med medisin begisk og så stor dose. Bare du liksom kan alle retningslinjer, så blir du flink doktor, men det passer ikke på de gamle. Det passer heller ikke på passer ganske dårlig på barna, så jeg tror nok det at vi vi begge appelleres til av den typen utfordringer. Ja så det som er litt annerledes og litt og ikke helt rett fram. Det tror jeg nok, og hvor mye hadde altså ja, det er tål forskjell på oss, så det er klart at det kan jo Vegard begynte på skolen da jeg begynte å studere medisin han var ferdig på skolen, så hadde jeg vært legi da. Hva blir det kanskje en 6 års tid eller noe sånt noe da sånn at det kan du sikkert hatt en god del betydning for hans yrkesvalg. Må jeg tenke, men det må han svare.

Torgeir har vært utrolig fint å prate med deg og jeg. Jeg kjenner jo at det jeg kunne snakket med deg i 3 timer til spennende. Du er en spennende mann. Jeg skulle så veldig gjerne også ha snakket om det med emosjonell og kognitiv belastning i den jobben du har, og i forhold til den situasjonen du også er i nå i tillegg, ikke sant? For at dette strekket mellom det å møte pasienter stå i det trykket som er av krav. Og samtidig ha en egen sykdom. Det er ganske mye spennende egentlig. Jeg tror jeg får invitere deg tilbake fordi vi har ikke tid til mer. Jeg bare lyst å ønske deg. Kjempe kjempe masse, fortsatt så god helse som mulig og så masse lykke til jobben din og ikke minst med nyttgitt bok. Lærebok 1000 takk for det og hjertelig 1000 takk for at du kom hit til hele.

Tiden ble invitert og veldig hyggelig å være her, og velkommen tilbake.

Helhjertet er en podkast fra kompetansebroen, en digital plattform for kompetansedeling i helsetjenesten. Personer som blir omtalt i pasienthistorier er enten anonymisert eller har gitt samtykke til deling.