

spesialiteter i sykehjem, men allmennmedisin og geriatri burde være de førende når det gjelder å heve institusjonenes medisinskfaglige standard. Begge disse spesialitetene har vært nokså usynlige på den sykehjemsmedisinske arenaen – med enkelte svært hederlige unntak. Enkelte taleføre fagideologer synes å være mer opptatt av å promovere egne revir enn av å sikre sykehjems pasienter best mulig behandling.

For det tredje trengs et oppgjør med den fremherskende ideologi i helsevesenet, der penger blir alle tings mål. Grenseflaten mellom sykehjem og sykehus er særlig følsom i denne sammenheng, siden de tilhører hvert sitt forvaltningsnivå. Dermed stimuleres avgjørelser som primært tar sikte på å få pasienten «ut av mitt budsjett og inn i ditt». Betalingsordninger for «utskrivningsklare» pasienter gjør vondt verre: De stimulerer sykehusene til svært rause definisjoner av hva det vil si å være utskrivningsklar, samtidig som det blir nærmest umulig å få en sykehjems plass uten først å reise innom sykehuset og vente det foreskrevne antall karensdager.

For det fjerde trengs helsepersonell med breddekompetanse også i sykehusene. Sykehusmedisinen har gjennom hele etterkrigstiden høstet triumfer ved at utøverne kan stadig mer om stadig smalere felt. Og fortsatt er naturligvis smalsporet spisskompetanse nyttig for mange. Men for multi-syke gamle er den utilstrekkelig. På store sykehus ser man daglig gamle pasienter som blir sendt til en infeksjonsavdeling pga. høy CRP-verdi, deretter til en hjerteavdeling pga. høy troponinverdi og så til nev-

rolog fordi det er sett uspesifikk patologi på cerebral CT. Geriateren har spisskompetanse til å vurdere komplekse helseproblemer preget av ukarakteristisk symptomatologi og med vekt på interaksjoner mellom flere og ulike sykdommer, legemidler og fysiologiske aldersforandringer. Geriateren bør også ha detaljert kunnskap om de kommunale omsorgstilbudene og en god samarbeidsrelasjon til sine kolleger i primærhelsetjenesten. Dette gir gode forutsetninger for å tilby gamle pasienter i sykehus en rask diagnostisk og prognostisk avklaring, umiddelbar oppstart av relevant behandling og rehabilitering samt kvalifisert anbefaling om videre omsorgsnivå.

Men helsevesenets holdninger speiler samfunnets generelle holdninger. I siste instans taler historier som Jørgensens sitt tydelige språk om eldre menneskers status i en ungdomsdyrkende kultur. Hadde en yngre person blitt utsatt for det samme som hennes far ble, ville dagsavisenes forsider stått til disposisjon, og det ville neppe gått lang tid før politikerne rykket ut. For syke eldre er slike opplevelser blitt dagligdagse, uten at offentligheten ser ut til å reagere i særlig grad. Desto viktigere er det at taleføre pårørende sier ifra.

#### Torgeir Bruun Wyller

t.b.wyller@medisin.uio.no  
Geriatrisk avdeling  
Ullevål universitetssykehus

*Manuskriptet ble mottatt 25.3 2008 og godkjent 7.4. 2008. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.*

## Attføringspenger er fortsatt et godt begrep

Arbeids- og inkluderingsdepartementet har tidligere i år sendt ut på høring et notat med denne tunge tittelen «Høringsnotat med forslag om å erstatte rehabiliteringspenger, attføringspenger og tidsbegrenset uførestønad med en ny midlertidig folketrygdtytelse (arbeidsavklaringspenger), og forslag om å innføre rett og plikt til arbeidsevnevurderinger og aktivitetstetsplaner».

Forslaget er en oppfølging av stortingsmeldingen *Arbeid, velferd og inkludering* (1). I 1994 ble attføringspengene delt i to ytelser – rehabiliteringspenger som skulle sikre inntekt under medisinsk behandling, og attføringspenger som skulle sikre inntekt under yrkesrettet attføring. Etter 14 år foreslås det nå at de tre ytelsene rehabiliteringspenger, attføringspenger og midlertidig uførestønad – altså tre ytelser som skal dekke tap av inntekt grunnet helseproblemer – skal bli erstattet av én ny midlertidig folketrygdtytelse. Departementets forslag til navn på den nye ytelsen er «arbeidsavklaringspenger». Dette navnet vil lett kunne bli forkortet til «AA-penger» – et navn som gir feil assosiasjoner. Da hadde det vært enklere å bruke begrepet «avklaringspenger».

Men det beste forslaget vil etter min mening være å gå tilbake til det gode, gamle begrepet «attføringspenger». Historisk ble dette navnet laget på en skitur av helsedirektør Karl Evang og statsråd Gudmund Harlem. Ved å bruke dette gode, gamle begrepet kan regjeringen trekke trådene tilbake til norsk attførings historie og ta med seg det beste fra denne inn i den nye smeltedigelen NAV.

#### Odd Storsæter

odd.storseter@stolav.no  
Osloveien 4  
7018 Trondheim

#### Litteratur

1. St.meld. nr. 9 [2006–2007]. Arbeid, velferd og inkludering.