

Fangetransporten om igjen

Frem til natten til 2. juledag hadde jeg en far. Han trakk sitt siste åndedrag lys våken, med sine tre døtre rundt seg. Det var hans tur nå, og jeg er takknemlig for å ha fått følge ham helt frem til døren merket «Utgang».

Min far var en av medisinstudentene ved Universitetet i Oslo som ble internert i tyske fangeleire. Her var han fra november 1943 til han ble reddet hjem med grev Bernadottes hvite busser i mai 1945. Far ble fraktet til leire i Stavern, Pölitz, St. Andreas, Bitschweiler, Buchenwald og Neuengamme – ironisk nok sammenfallende med antall korttidsopphold han hadde på sykehjem i rike Norge over 60 år senere. Han fullførte sine studier ved hjemkomsten og praktiserte som spesialist i allmennmedisin inntil han pensjonerte seg i en alder av 76 år. Som så mange som når en høy alder, ble han syk etter å ha hatt en god og meningsfylt pensjonisttilværelse. Ved hjelp av en ukuelig vilje og en positiv innstilling til livet klarte han seg selv frem til januar 2007.

Da bar det brått inn på Sykehuset Asker og Bærum, og derfra til et rehabiliteringssenter – til tross for at både han og vi i familien innså at det var lite å rehabilitere. Derfra ble han sendt til et nytt korttidsopphold på sykehjem, derfra til et aldershjem med svært knapp bemanning, derfra tilbake til samme sykehus, derfra til korttidsopphold på enda et nytt sted. Her ble han behandlet så ydmykende at vi rett og slett stakk av etter tre døgn. Det første som møtte oss var en sykepleier som tilsynelatende hadde skulket de fleste undervis-

ningstimer i etikk. Sykehuset vi kom fra, hadde gitt oss både epikrise og sykepleierapport i åpne konvolutter, nettopp for at vi skulle få studere dem i ro og mak. Disse ble resolutt revet ut av hendene våre. Ingen lege var å se. Fars rullestol var det ikke plass til. Ringesnoren han skulle kunne tilkalle hjelp med, var utenfor hans rekkevidde. Vi måtte selv skjøte snoren med medbrakt hyssing.

På dette tidspunktet kunne min far fortsatt gå noen skritt med gåstol. Han var ikke en mann det var mulig å ta verdigheten fra. Han ville tilbake til aldershjemmet. Så jeg klarte å ta ham med i min lille Fiat og lempet gåstolen bak. Da kom plutselig både lege og sykepleiere styrkende til. En blodprøve hadde vist verdier som slett ikke var som de skulle. Det ga far en god dag i. Dette var noe vi kunne håndtere selv. Tysklandsstudentene hadde ikke vært særlig lærenemme – det hadde ikke blitt nazister ut av dem, slik planen var. Men som fanger kunne de ikke dra sin vei. Som pasient kunne han.

Min far ble ikke lenge på aldershjemmet, som hadde et enestående personale med en nærmest heroisk holdning. De viste altruisme på høyeste nivå.

Høsten 2007 forsto både far, personalet og vi i familien at sykdommen hadde kommet for langt. Spredningen av kreftsyk-

dommen ble for smertefull. Aldershjemmet hadde to ufaglærte ansatte på vakt med ansvar for 20 pasienter. Ingen leger var å oppdrive – de var på elgjakt, på høstferie eller på annet vis gått under jorden. Jeg fikk far reinnlagt på sykehuset ved hjelp av nokså kreative metoder. Der gjorde de hva de kunne for ham. Han ble tatt godt vare på i to måneder, selv om smertelindringen ikke var optimal. Den ga ham hallusinasjoner. Hver gang en ny skranglete seng ble kjørt inn på rommet, trodde han det var fangetransporten som kom.

De siste fem ukene av sitt liv fikk han fast plass på et sykehjem, der personalet innså sin begrensning. De sendte bud på kvalifisert personell fra en hospiceavdeling, en spesialavdeling for døende. De siste ti dagene av sitt liv fikk han utmerket smertelindring uten bivirkninger. Nesten alle har gjort en formidabel innsats. De har min respekt og beundring. Men kan vi være bekjent av denne systemsvikten i helsevesenet – når et døende menneske tror han er tilbake på fangetransporten? Hva med dem som kommer etter, de som ikke har vært i noen konsentrasjonsleir? Hva skal de hallusinere om når de feilmedisineres og flyttes rundt som sjakkbrikker?

Inger Frogg Jørgensen

frogg@online.no
Fagerstrandveien 5
1368 Stabekk

Artikkelen er tidligere publisert i tidsskriftet Sykepleien.

Kommentar

Gamle som pakkepost

Inger Frogg Jørgensen setter søkelyset på et fenomen som dessverre ikke er noen sjeldenhet: Svært syke pasienter sendes som «pakkepost» mellom sykehus og sykehjem, mellom ulike sykehusavdelinger og mellom sitt eget hjem og diverse institusjoner. Hva må til for å få slutt på denne uverdige praksisen?

For det første vitner den slags historier om den generelle underkapasiteten i eldreomsorgen. Når antall sykehjemsplasser øker langsommere enn antall eldre, heves

terskelen for å få en av plassene. I 1970- og 80-årene var det en berettiget bevegelse bort fra den institusjonsbaserte eldreomsorgen, og «lengst mulig i eget hjem» ble et slagord i mange pasienters interesse. Utviklingen gikk imidlertid raskt så langt at man tilsynelatende glemte at det finnes store pasientgrupper der varig plass i et godt sykehjem er den beste løsningen. Dreiningen bort fra langtidsplasser i sykehjemmene er nå mange steder gått så langt at den åpenbart er styrt mer av

kommunens økonomi enn av hensynet til pasientene.

For det andre trengs en kraftig styrket kompetanse i sykehjemmene, ikke bare kvantitativt, men også kvalitativt. Inadekvat smertebehandling er bare én av mange tragiske konsekvenser av utilstrekkelig kompetanse. Dessverre har verken den sittende eller den forrige regjeringen vist den politiske handlekraft som er nødvendig for å bøte på dette. Men også fagmiljøene har et ansvar. Det er behov for ulike medisinske

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 sammenhengen, 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.

Språkspalten

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 ytelses – 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 ytelses 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.