



The background of the poster is a blurred photograph of a healthcare worker, likely a nurse, wearing a white lab coat. The worker is holding a clipboard and a red pen. A name tag is visible on the coat, with the text "KEPLERSTUDENT" partially legible. A large, white, sans-serif text "V LEV" is superimposed over the center of the image, enclosed within a thin white circular border.

**Rødts plan for et
solidarisk helse-Norge**

INNHold

Forord	5
– Bare helsa holder!	7
Et helsebringende samfunn.	11
Sjukhus-Norge etter 2001:	
«Et diktatorisk råkjør»	13
Gode arbeidsforhold gir gode velferdstjenester.	17
Innvandrere og helse	21
Arbeidsliv og helse	26
Samhandlingsreformen – Hva skjer?	30
De ulønnsomme og usynlige	33
Behovsstyrte sjukhus – er det mulig?	36
Lokalsjukhusa er nødvendige og må styrkes	41
Det skal være fint å bli gammel	46
Ta opp kampen der du er!	50

Heftet er skrevet av Velferdspolitisk utvalg i Rødt.

Utvalget har per april 2012 følgende medlemmer:

Turid Thomassen (leder av utvalget), Maren Rismyhr, Erling Folkvord, Stein Kristiansen, Gunnvald Lindset, Ingeborg Haug Steinholt, Torstein Dahle og Eivind B. Werring.

Redaktører: Maren Rismyhr, Erling Folkvord og Eivind B. Werring.

Takk til: Unni Hagen, Ebba Wergeland, Mariette Lobo, Gunnar Aarstein, Lasse G. Sætre og Reidar Strisland.

Trykk: Flisa Trykkeri

Opplag: 500

Grafisk utforming: Tor Otto Tollefsen

Omslagsfoto: Anja Rolland

Velferdspolitisk utvalg i Rødt ber om kommentarer og tilbakemeldinger til heftet du holder i hånda. Vi ber om hjelp fra deg!

Sammen kan vi komme videre med å beskrive gode alternativ for organiseringa og finansieringa av helsevesenet. Vi trenger dine erfaringer og forslag slik at vi kan lage en forbedra versjon av dette heftet.

Bestill flere av dette heftet og send dine synspunkter til:

Velferdspolitisk utvalg i Rødt, Osterhausgata 27, 0183.

velferdsutvalget@raudt.no

Tlf: 22 98 90 50

FORORD

Vi har nå over ti år med sjukehuskamp bak oss etter Stoltenbergs sjukehusreform fra 2001. Reformen flytta makt fra de folkevalgte organa til høytlønna byråkrater i helseforetaka. Etter reformen er sjukehusa styrt på samme måte som private aksjeselskap med økonomisk overskudd som mål.

Men helse kan ikke være butikk. Resultatet har vært nedlegging av lokal-sjukehus, ventelistejuksing, privatisering og den ødeleggende sammen-slåinga av Oslo-sjukehusa. Det er tydelig at noe er galt, og folk har reagert. Protestene har hagla! Mange av Rødts medlemmer har deltatt i kampene for å beholde lokalsjukehusa sine.

Nå har alle partier unntatt Ap løpt fra «foretaksmodellen», men uten at det betyr at de vil bort fra privatisering og aksjeselskapsmodellen. Samhandlingsreformen fra 1. januar i år har allerede endra helse-Norge drastisk. Kommunene må ta ansvar for og betale for mer av helsetjenestene. Dette skulle føre til at kommunene ville satse mer på forebygging av sjudom og dermed forebygge helseutgifter. Nå høster vi de første erfaringene fra reformen: Kommunene må bruke pengene på å ta i mot utskrivningsklare pasienter fra sjukehusa i stedet for å drive forebyggende arbeid. Vi vil gjerne høre fra deg hvordan det er der du bor.

Tida er inne for en oppsummering. Derfor har Velferdspolitisk utvalg i Rødt utgitt dette heftet. Vi har forsøkt å gjøre opp status og stake ut en ny kurs. Slik Rødt-heftet «Fornybar Fremtid» har blitt brukt til å lage ny politikk som forener klima- og næringshensyn, ønsker vi at helseheftet skal være et verktøy. Bruk heftet som utgangspunkt for diskusjon i Rødt-lag, i foreninger og i klubber! Vi som er i utvalget vil gjerne inviteres til å presentere ideene i heftet.

Rødt vil ha et samfunn uten klasseforskjeller. Vi jobber for et samfunn bygd på fellesskap og solidaritet mellom mennesker uten økonomiske ulikheter mellom folk. Sjukehus og forebyggende helsearbeid skal være en del av det offentlige velferdstilbudet slik biblioteka er det i dag. Du skal få helsehjelp der du bor, når du trenger det. Å redusere de store forskjellene i helse og levealder er både et mål og et middel for Rødts helsepolitikk. I dag gjelder det først og fremst å stanse den ødeleggende sjukehusreformen fra 2001, jobbe fram alternativ som tar utgangspunkt i folks behov.

Dette er første versjon av heftet. Vi veit at mange sitter på viktige erfaringer og nyttig kunnskap som ikke er kommet fra i denne utgava. Velferdspolitisk utvalg ønsker å samle inn erfaringer, fortellinger og forslag som vi kan bruke til å lage en forbedra versjon av heftet. Ta kontakt med oss!

Turid Thomassen, leder i Rødt

– BARE HELSA HOLDER!

Helse er viktig hele livet. Alle ønsker seg god helse. Blir vi sjuke, vil vi bli fortest mulig friske igjen. Når kreftene til slutt svikter og vi blir sjuke og gamle, trenger vi god pleie og omsorg. Fra fødsel til død regner vi med å få hjelp når vi trenger det.

Helse er et klassespørsmål

– Bare helse holder, sier folk. Men helse holder ikke for alle. Helse er et klassespørsmål. Folk med høy utdanning og inntekt har gjennomsnittlig best helse og lever lengst. Når statistikken viser at kokken, reinholderen, taxisjåføren og servitøren lever om lag ti år kortere enn presten, arkitekten og legen¹, kan vi snakke om et dødens klasseskilte. Ufaglærte arbeidere kommer dårligst ut. Med bare grunnskoleutdanning har du fire ganger større sjanse for å bli arbeidsufør enn en med universitetsutdanning.²

Sjølforskyldt mener noen

Likevel er det en utbredt oppfatning at du kan skylde deg sjøl, om helse er dårlig. Den nye Birken-adelen, de som trener jevnlig, de som spiser mat av høy kvalitet (og pris), vil gjerne mene at sjølforskyldt røyking og manglende fysisk form er årsak til helseforskjellene. I vår klassesdelte hovedstad lever de på vestkanten gjennomsnitt tolv år lengre enn dem på østkanten. I 2007 kommenterte Jan Bøhler fra Ap dette slik i Aftenposten 6. januar: «En hovedgrunn er at mange i vest er flittige nytere av friluftsliv og mosjon, og har god tilgang til Marka, fjorden og grønne lunger. Dette bør ikke vi på østkanten misunne dem, snarere lære av når vi vil øke trivsel og levealder i vår del av byen». Samme år mente nyvalgt høyreordfører i Oslo, Fabian Stang, at folk i arbeiderklassebydelen Sagene sjøl måtte ta ansvar for den store forskjellen: «Når folk lever lenger på Vinderen enn de gjør på Sagene, må ikke det føre til misunnelse. Tvert imot må folk på Sagene la seg inspirere av hvilke faktorer som er vellykkede på Vinderen, som å trene og gå tur i marka,» sa han til Aftenposten 20.10.2007.

Dette er ikke noe nytt. Det har lenge vært vanlig å forklare sosiale helseforskjeller slik. Den gangen det var høy status å røyke, og borgerskapet røyka mer enn arbeiderklassen, var likevel dødelighet på grunn av lunge-

1 Tallene gjelder menn 1996–2000 (Statistisk sentralbyrå)

2 Uførepensjon ABC, Fakta og argumenter, Manifest 2010

kreft og hjerte- og karsjukdom høyere blant arbeidere enn blant legene.³ Også i dag er dødeligheten blant røykere med høy sosial status langt lavere enn hos røykere med lav sosial status. Et ferskt eksempel fra arbeiderklassebydelen Grorud i Oslo viser noe av det samme. Her er dødeligheten av kreftsjukdommer høyere enn i Oslo som helhet. Forskjellene i dødelighet blant de som er rammet henger blant annet sammen med levekårsforskjeller og sammensetningen av befolkningen med hensyn til forhold som utdanning og inntekt.⁴

Fast jobb og ei lønn å leve av

Alle forstår at hardt fysisk arbeid tærer på helsa. Nordsjødykkerne som ble sendt ned på store djup, fikk alvorlige skader. Reinholdere får skulder- og ryggplager. Men det har også mye å si hva slags ansettelsesforhold du har. Fast jobb med levelig fast lønn gir trygghet som slår positivt ut for helsa. Usikre arbeidsforhold skaper utrygghet. Når jobben din er å være ringevikar, og du ikke veit om du har noe å leve av måneden etter, kan det gå på helsa løs.

Arbeiderklassens gamle ord «ei lønn å leve av og ei arbeidstid å leve med» er god helsepolitikk. Arbeidstida og arbeidsforholda bør sjølsagt være slik at det er normalt å stå i full jobb fram til pensjonsalder uten at jobben gjør deg sjuk. Bare av den grunn burde sekstimersdagen vært innført for lengst! Men slik er det ikke. I dag er det kamp om retten til fast arbeid. Kampen mot Vikarbyrådirektivet er en kamp mot et helseskadelig løsarbeidersamfunn. Forsvaret av heltidsarbeidsplasser og Arbeidsmiljøloven er god helsepolitikk!

Har du råd, kan du kjøpe – også helse

Privatiseringa av helsevesenet har ført til at de som har råd, kan kjøpe seg helsetjenester. Nå skyter helseforsikringene i været. 300 000 nordmenn hadde ved utgangen av 2011 en eller annen form for forsikring mot helsekø. Det er en økning på 28 prosent fra året før. Så sent som i 2005 hadde bare 68 000 nordmenn en slik ordning⁵.

Når de med penger, eller jobb med helseforsikring som frynsegode, sniker i helsekøa på denne måten, undergraves det offentlig skattebetalte helsevesenet. Det er ikke vanskelig å tenke seg hvem som taper på det.

3 Yrke og forventet levealder, Fafo-notat 2000:20

4 Folkehelsestrategi for Bydel Grorud 2011, Oslo kommune

5 <http://www.fno.no/no/Nyheter/300-000-forsikret-mot-helseko/>

Med et godt organisert offentlig helsevesen ville ingen klare å selge slik k snikerforsikring.

For sjukehusopphold er det ingen egenbetaling foreløpig. Samtidig blir stadig flere inngrep utført poliklinisk, og da koster det penger! De siste åra har pasientene betalt en økende andel av kostnadene for helsetjenester, både hos fastlege, legespesialist og i kommunene. Konsultasjon hos fastlegen koster i følge Legeforeningens takstplakat 136 kroner på dagtid og 229 kroner på kveld⁶. I tillegg kommer pris for blodprøve eller andre prøver. Et besøk hos fastlegen kommer raskt over 200 kroner. Da veit vi at mange med dårlig r d vil vente i det lengste med å oppsøke lege. Det kan i verste fall føre til at alvorlige sjukdommer blir oppdag  for seint.

Tenner og syn

Alle veit at det er vanskelig å tygge og spise n r tennene mangler. Likevel regnes ikke tennene med til kroppen i norsk helsepolitikk. Det er opp til hver og en av oss å holde tennene i orden når vi blir voksne, og tannlege-regninga må vi betale sjøl. Det koster mye å gå til tannlegen. I Norge i dag er det mange som ikke har råd til tannlegebesøk. Det gir dårlig tannhelse. Når synet er dårlig, trenger vi briller. Gode briller er dyre, og du må betale dem sjøl. Det betyr at mange ikke har råd til å holde seg med godt syn.

Forsvar sjukel nnsordningen

Vi får stadig høre at sjukefraværet må ned. På alle arbeidsplasser registreres opp- og nedgang i sjukefraværet med to desimaler. Men er det omsorgen for folks helse som ligger til grunn? Nei, det er utbetaling av sjukelønna som problemet. Må du holde senga noen dager på grunn av omgangssjuke, halsbetennelse, influensa eller annet som går, skal du likevel ha lønna di. Slikt liker ikke arbeidsgivere! Derfor skal arbeidstakere helst ikke bli sjuke, og er de bare litt sjuke, bør de komme seg på jobb! Men tvinger du deg til å gå på jobb når du ikke er frisk, kan du fort bli dårligere. Ei vond skulder kan fort bli verre, og går det lenge nok, kan armen bli ubrukelig å jobbe med. Sjukel nnsordningen er verdt å forsvare om arbeidsfolk skal bevare helse!

Forsvar de offentlige helseordningene

Dagens samfunn er ikke tilpassa menneskets naturlige behov. Vi må selge arbeidskrafta v r for å leve. Kroppen v r som er lagd for allsidig bevegelse,

6 Legeforeningens takstplakat – fastlege normaltariff, 1. juli 2011 -30.06.2012

må ofte sitte stille i timevis. Stadig flere må jobbe på tider det er naturlig å sove. Maten vi tilbys er ofte ikke bra for menneskekroppen. Dette er ikke helsebringende. Vi trenger systemer for omsorg og pleie når helsa svikter. Det vi har av offentlige helseordninger, må vi hegne om og gjøre bedre. Helsa må passes på fra før vi blir født til vi dør. Svangerskapskontroll, fødselsomsorg, helsestasjoner for småbarn og ungdom, skolehelsetjeneste og skoletannpleie: Foreløpig offentlig og uten egenbetaling. Offentlige sjukehus på høyt spesialisert nivå, foreløpig uten egenbetaling, men under sterkt press for privatisering, og lokalsjukehus trua av nedlegging.

ET HELSEBRINGENDE SAMFUNN

Sammenligna med resten av verden er folkehelsa i Norge god. Likevel skaper samfunnet vårt uhelse. Det rammer særlig om du ikke får innpass i arbeidslivet, blir utstøtt fra det, eller har for usikker jobb. Alt for mange har arbeids- og levekår som gir fysiske og psykiske helseproblemer.

Samtidig forteller den rådende ideologien at det er opp til deg som individ om du skal lykkes. Jobb hardt på skolen og med studier! Vis deg fram med et velpleid og veltrent ytre! Få deg en interessant jobb! Da følger gjerne hus, familie og perfekte barn. Det er opp til deg å skape ditt eget liv! Men slik er ikke virkeligheten. Slik blir størstedelen av befolkningen usynliggjort og sittende igjen som en slags tapere.

Det er ikke helsebringende!

Det skapes enorme verdier i Norge i dag, og det er alle oss med de vanlige jobbene som er med og skaper dem. Men rikdommen samles på noen få hender uten at vi får vår andel. Verdier sløses bort uten å komme folk flest til gode.

Det er mulig å tenke seg et annet samfunn, et samfunn hvor helse ikke blir et klassespørsmål. Her skal arbeidet vårt skape verdier til menneskenes felles nytte og behov, uten at miljø og natur blir ødelagt. Da er det en forutsetning at arbeidet ikke skal være et middel til å skape merverdi for kapitaleierne.

Målet må være å gi alle mulighet til å utvikle sine evner og ta i bruk egne ressurser til beste for fellesskapet. Hver og en må få betydning ved å være med å ta avgjørelser om hva som er fellesskapets behov og fellesskapets beste. Folk må få langt større råderett og ansvar for samfunnet rundt seg enn i dag. En kan starte med å tenke: Hva vil være bra for oss som bor her? Hvordan kan vi bidra til å skape verdier som kan brukes til beste for fellesskapet? Hvordan skal vi organisere livet her uten å ødelegge naturen eller ødelegge for andre mennesker?

For hva kunne ikke skje om folk sjøl fikk råderett over egen framtid?

- Ville vi investert millioner i reklame for usunn mat?
- Ville vi fortsette å bygge ned god matjord?
- Ville vi lagt ned skolen i nærmiljøet?

- Ville vi lagt ned lokalsjukehuset?
- Ville vi jobbe hardt for å skape arbeidsplasser der vi bor?

Vi har tillit til at folk ville diskutere seg fram til fornuftige standpunkter, sjølsagt også prøve og feile, men til slutt lande på det som tjener fellesskapet.

SJUKEHUS-NORGE ETTER 2001: «ET DIKTATORISK RÅKJØR»⁷

Vi har tatt for gitt at alle skal ha lik rett til sjukehusbehandling. Sjukdommens alvorlighetsgrad, ikke tjukkelsen på lommebo-ka, skal bestemme hvor raskt du får riktig hjelp. Sjukehusa skal ha moderne hjelpemidler, uavhengig av pasientens økonomi. Slik er det ikke lenger.

Norge er fortsatt langt unna amerikanske tilstander. Men sjukehusreformen i 2001 satte fart på ei utvikling i feil retning. Det er fortsatt mulig å snu.

Tida før sjukehusreformen

Stortinget har endra sjukehusfinansieringa flere ganger. Fra 1970 til 1979 betalte staten en døgnpris per pasient. Dette dekket det meste av utgiftene. Fylkene eide sjukehusa og betalte resten. Stortinget innførte så ei rammefinansiering fra 1980. Staten fordelte rammebevilgninga mellom fylkene. Fordelinga tok blant annet hensyn til folketall og alderssammensetning. Metoden gir inntrykk av at rammefinansiering er rettferdig.

Midt på 1980-tallet fikk vi DRG-systemet. DRG betyr diagnoserelaterte grupper. Nå skulle sjukehusa få en del av bevilgningene fra staten ut fra beregna gjennomsnittspris for hver diagnose. Men hver pasient er fortsatt et unikt menneske. Alt lar seg ikke diagnostisere, og mange har flere diagnoser samtidig. Et slikt system egner seg ikke om sjukehuset skal få dekt sine virkelige kostnader, og hver pasient skal få riktig behandling.

Neste nyskaping kalles Innsatsstyrt finansiering (ISF). Det er et slags akkordsystem. ISF ble innført fra 1997. En del av statens utbetalinger til hvert sjukehus bestemmes av hvor mange som behandles og pasientenes diagnoser.

ISF og DRG driver pris og ressursbruk per pasient nedover. Helseministerens medarbeidere fastsetter hvert år en pris staten betaler for behandling av en sykdom. Prisen fastsettes bl.a. ut fra gjennomsnittlig liggetid. Enhver behandling som kommer ut med kortere liggetid enn gjennomsnittet, gir der og da et «overskudd» til det raske sjukehuset. Men dermed reduseres også gjennomsnittlig liggetid det året. Dermed betaler staten en lavere

7 Tidligere styreleder Olav Helge Førde i Helse Nord i intervju med Nordlys 14. februar 2005.

pris neste år. Dette gir en nedadgående spiral. En som er innlagt lenger enn gjennomsnittet, blir en «underskuddspasient» for sjukehuset.

Noen sjukehus har juksa for å få mer penger eller unngå utgifter. Noen har oppgitt uriktige, men kostbare diagnoser. Andre har – som Oslo Universitets sjukehus – manipulert ventelistene.

Sjukehusreformen i 2001

Stortinget vedtok 7. juni 2001 Stoltenberg-regjeringas forslag til Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Bare Ap, FrP og H stemte for hele loven. Kjerna i nyordninga var at sjukehusa heretter skulle styres på samme måte som private aksjeselskaper. De skal styres som om målet er økonomisk overskudd.

Regjeringa plasserte raskt alle offentlige sjukehus i nye helseforetak (HF). De fleste HF består i dag av flere sjukehus. Helseforetakene er nå samla i fire regionale helseforetak (RHF). Forbildet er privat næringsliv. Der kan et konsern eie mange AS-er, og et stort morselskap på toppen kan eie flere konsern. Eieren i det øverste morselskapet har makta. Kjell Inge Røkke er en slik stor eier.

Helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen (Ap) har eierens makt og myndighet i de fire sjukehuskonserna som igjen eier alle sjukehusa.⁸ Hennes maktposisjon likner den Røkke har i sine konserner.⁹

2001: Hurtighet måtte til «for at ikke motkreftene skal få overtaket.»

Statsminister Stoltenberg utnevnte i mars 2001 Tore Tønne til ny helseminister. Han kom rett fra direktørjobb i et av de store Røkke-selskapa. Helseminister Tønne skulle lage et sjukehusmarked. Han fulgte den oppskrifta tidligere statsråd Gudmund Hernes (Ap) brukte for å omdanne skolene. Hernes sa det slik:

Noen mener vi må overbevise folk før vi forandrer verden. Vi vil først forandre verden. Deretter vil folk bli overbevist. (...) Hurtighet i prosessene er nødvendig for at ikke motkreftene skal få overtaket. Skal vi bevege ting, må vi sørge for å holde dem ute av balanse.¹⁰

8 Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF har fire datterselskap / helseforetak hver. Helse Sør-Øst RHF har ni datterselskap / helseforetak. I tillegg er sjukehusapotekene, IKT-tjenester og andre deler av sjukehusa skilt ut i egne selskaper. Dette er ofte AS-er.

9 Kjell Inge Røkke eier 98 prosent av aksjene i The Resource Group Trg AS som igjen eier datter- og datterdatterselskaper i flere land og bransjer.

10 Intervju med daværende helseminister Gudmund Hernes i Dagbladet i 2006.

Helseminister Tønne hadde i desember 2000 sitt kick-off-arrangement for sjukehusmarkedet. Han sa til ansatte på sjukehuset i Drammen:

sjukehusdriften skal organiseres som foretak etter modell fra aksjeloven. (...) Lynrask behandling. Fest sikkerhetsbeltene. (...) Reformen skal tre i kraft fra 1. januar 2002, altså om vel et år – dersom Stortinget sier ja – og det gjør det.¹¹

Ap sa ja til private sjukehus

Nå kunne smarte leger og bissnissfolk tjene raske penger. Tre sjukehusgründere møttes i Trondheim dagen etter helseministerens tale. De oppretta Klinikk Stokkan AS.

Vi skal komme tilbake til hva de satsa og hva de fikk tilbake.

Arbeiderpartiregjeringa åpna for private sjukehus da den la fram lovforslaget i januar 2001. Helseministeren var tydelig:

Helseforetakets rolle er å sørge for best mulig drift av egne virksomheter. Helseforetaka kan produsere tjenestene selv, eller kjøpe nødvendige tjenester av andre tjenesteytere, for eksempel private spesialister, laboratorier eller private sjukehus.¹²

Den dagen må Fremskrittspartiets daværende helsepolitiker John Alvheim ha følt seg helt forbikjørt. Til Aftenposten sa han: «Dette er bortimot en blåkopi av Fremskrittspartiets politikk. I store trekk kunne jeg ha skrevet dette selv.»¹³

Helseminister Tønne holdt høyt tempo. Den første styrelederen i Helse Nord, Olav Helge Førde, letta litt på sløret da han fortalte avisa Nordlys om oppstarten. Da Førde sjekka e-posten en julidag i 2001, fikk han vite at han var utpekt som styreleder i det nordligste regionale helseforetaket:

Jeg ringte to fotsoldater jeg visste var dyktige, så begynte kjøret. Helt over stokk og stein. Jævlig morsomt. I august møtte jeg ministeren (Tønne, vår anmerkning), og ble innkalt til et møte ti dager senere. Da fikk jeg beskjed om å ha på plass sjukehusstrukturen tre uker senere. Jeg hadde ingen administrasjon. Styret hadde ikke hatt møter.

Den første styrelederen i Helse Nord runda av intervjuet med klar tale: «Så gikk det! Det er et slags diktatorisk råkjør, men det gikk greit.»¹⁴

11 Drammens Tidende 5. desember 2000.

12 Fra Sosial og helsedepartementets pressemelding om Høringsnotatet 18. januar 2001.

13 Aftenposten 19. januar 2001.

14 Portrettintervju med professor Olav Helge Førde i Nordlys 14. februar 2004.

2001-reformen har nå i elleve år tvunget fram bedriftsøkonomisk styring av de offentlige sjukehusa. Direktørveldet og byråkratiet har vokst år for år. Tallet på private sjukehus har økt enda raskere, fra sju i 2001 til 24 i 2005.¹⁵

«Vi er ikke fløteskummere», sa legen som tjente millioner

Staten laga ei prisliste for private sjukehus og ei for de offentlige. Vi kan ta fjerning av inngrodd tånegl som eksempel. Inngrepet tar femten minutter. I 2004 betalte staten private sjukehus 12 000 per fjerna tånegl. Offentlige sjukehus fikk 670 kroner for samme inngrep.¹⁶

Legene Frode Samdal og Olav Evjen og finansmannen Ragnar Lyng satsa til sammen 100 000 kroner i aksjekapital da de i 2000 oppretta Klinikk Stokkan AS. Deres egne regnskaper viser at de ti første åra ga eierne skattefri avkastning på 101 077 000 kroner.¹⁷ Det vil si mer enn 100 millioner. Sjøl ikke narkotikahandlere regner med så voldsom fortjeneste for så liten innsats. Frode Samdal, en av gründerne sa det slik til Aftenposten: «Vi anser oss definitivt ikke som fløteskummere. Vi opererer det vi får avtale om å operere ...»¹⁸

15 Aftenposten 14. januar 2005.

16 Omtalt bl.a. i Aftenposten 21. januar 2005.

17 Vi har henta opplysningene fra årsregnskapene som Klinikk Stokkan AS, organisasjonsnummer 982 746 868, har sendt til Foretaksregisteret. Du finner dette på <http://www.purehelp.no/company/account/klinikkstokkanas/982746868> Eierne beholdt skattefritt utbytte også etter skattereformen Stortinget vedtok i 2004. De tre behøvde bare å flytte aksjene sine til hvert sitt AS i 2005. Sia har de solgt noen av aksjene. I årsregnskapene oppgir selskapet at utbytte og anna avkastning til eierne har vært slik: 2001: 3 976 000, 2002: 7 600 000, 2003: 16 900 000, 2004: 18 920 000, 2005: 12 300 000, 2006: 13 679 000, 2007: 6 943 000, 2008: 8 348 000, 2009: 6 790 000, 2010: 5 621 000. Aksjekapitalen er fortsatt 100 000 kroner. De største aksjonærene i Klinikk Stokkan AS er per 15. mars 2012: Fsn Capital Limited Partnership II (39.36%), Liquid Invest AS (7.50%), Packt AS (7.25%) og Setrom Holding AS (7.18%). FSN Capital Limited Partnership II er registrert i skatteparadiset Jersey, der selskaper har lav skatt og kan nekte offentligheten innsyn i selskapets årsrapporter og eierskapsstrukturer. Du kan lese mer i Sykepleien.no: <http://www.sjukepleien.no/standpunkt/kronikk/519384/er-fremtiden-privat>

18 Intervju i Aftenposten 10. januar 2005.

GODE ARBEIDSFORHOLD GIR GODE VELFERDSTJENESTER

Innen helse og omsorg jobber en rekke forskjellige profesjoner og faggrupper sammen om å skape god helse for befolkninga. Ergoterapeuter, leger, reinholdsarbeidere, bioingeniører og sjukepleiere er bare begynnelsen på lista. Det er en sammenheng mellom arbeidsforholda deres og kvaliteten på helsehjelpa vi mottar som pasienter og brukere.

Gode arbeidsforhold er nødvendig for å beholde og rekruttere den arbeidskrafta vi trenger. De ansatte i helse-Norge veit ofte hvor skoen trykker. Å gi økt innflytelse til de ansatte og deres organisasjoner gjør helsevesenet bedre.

Både varme hender og høy kompetanse

Helsearbeidere får ofte ros for sine varme hender og sin evne til å vise omsorg. Varme hender er et kvalitetstegn, men ikke nok aleine. Helsesektoren trenger kvalifiserte hoder med kapasitet til å bruke sin faglige innsikt.

Når det snakkes om «flere hender i eldreomsorgen», må vi kreve at de ansatte har nødvendig kompetanse og utdanninga til å ta vare på sjuke og gamle mennesker. Lav status og lønn forklarer langt på vei hvorfor det er vanskelig å rekruttere nok helsearbeidere. Samfunnet må verdsette den jobben som gjøres i helsevesenet.

Rett til heltid

Helsevesenet trenger flere sjukepleiere, helsefagarbeidere, ernæringsfysiologer osv. Mye av behovet for arbeidskraft kan dekkes av de som allerede er i sektoren. Svært mange jobber ufrivillig deltid. Svært mange må jobbe deltid fordi de ikke orker full stilling. Og svært mange blir pensjonert før tida fordi de ikke orker å stå lenger i arbeid.

Om helse-Norge ikke sleit ut sine ansatte og arbeidslivet i større grad blei tilpassa livet utafor jobben, ville vi hatt mange flere i arbeid. Utstrakt bruk av deltid og innleide vikarer gir ustabil arbeidsstokk. Det går ut over kvaliteten på helsehjelpa. Et Fafo-notat fra 2011¹⁹ viser at en omgjøring av

19 Fafo-notat 2011:13 Personell og yrkesfordeling innen pleie- og omsorgssektoren
<http://www.fafo.no/pub/rapp/10134/10134.pdf>

deltidsstillinger til hele stillinger for hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og sjukepleiere vil kunne gi inntil 14 000 nye årsverk.

I 2009 var det 0,78 årsverk per sysselsatte hjelpepleier, omsorgsarbeider eller helsefagarbeider i kommunal forvaltning. Bare 33 prosent av hjelpepleierne og 29 prosent av omsorgsarbeiderne hadde hel stilling. 18 prosent av hjelpepleierne, 17 prosent av omsorgsarbeiderne og 12 prosent av sjukepleierne ønska mer arbeid.

De som i dag jobber ufrivillig deltid, bør få tilbud om full stilling. Et første steg på veien er å gi alle deltidsansatte en stillingsandel som tilsvarer det de faktisk har jobba de siste 15 månedene.

Likelønn

Ni av ti med jobb innafor helsesektoren i dag er kvinner. Det sier oss noe om hvilken status det er å være helsearbeider. Lav lønn i de mest slit-somme omsorgsyrrka som vi er så avhengige av, gjør det vanskelig å rekruttere nye helsearbeidere. Det er på tide at samfunnet tar grep og begynner å verdsette helsearbeiderne.

I praksis betyr det å fjerne lønnsgapet mellom kvinner og menn.

Flere menn

Ni av ti ansatte i helse- og omsorgssektoren er kvinner. Om vi skal møte bemanningsutfordringene vi står overfor, må vi sørge for flere menn i sektoren.

Førstelektor ved Høgskolen i Telemark, Runar Bakken, har lagt fram fem tiltak for å redde omsorgssektoren og sørge for flere menn blant de ansatte²⁰. Tiltaka er: økt grunnlønn, fulle stillinger, økt grunnbemanning, kompetanseheving og systematisk rekruttering av menn.

Prosjektet «Mangfold og kvalitet – flere menn i omsorgstjenesten» i Trondheim kommune gir menn et tilbud om å prøve ut omsorgsyrrket i åtte uker med lønn. Så langt har det vært en suksess. Alle som hittil har fått prøve seg, har tenkt seg en videre karriere innafor sektoren.

Rødt vil kopiere Trondheims rekrutteringsprosjekt for menn i omsorgstjenesten i andre kommuner.

20 Bakken, Runar (2009). Englevakt. Rekruttering til en eldreomsorg i krise. Forlaget Manifest. Oslo.

Videregående skole

Dagens utdanningstakt legger opp til et stort underskudd av pleiepersonell med fagutdanning fra videregående skole. Av dem som begynte på helse- og sosialfag i 2006, fullførte under en tredel. Frafall fra videregående stopper mange utdanningsløp. Samtidig klarer ikke kommunene og sjukehussektoren å skaffe nok lærlingplasser. I følge YS-organisasjonen Delta får bare 80 prosent av studentene fra helsefagutdanninga lærlingplass, og det er store variasjoner mellom kommunene.

Rødt jobber for lovfesta rett til lærlingplass og mener at kommunene må pålegges å dekke behovet i offentlig sektor.

Økt bemanning

I en undersøkelse blant hjelpepleiere og omsorgsarbeidere i Oslo kommune sa nesten 70 prosent av de ansatte at økt bemanning vil kunne få dem til å arbeide mer.²¹ På Bergan sykehjem i Kristiansund har de spart over en million ved å øke bemanninga.²² I tillegg har de ansatte blitt mer fornøyde. De gjør færre tabber og har fått mer tid til kompetanseheving. Bunnlinja viste at det er dyrt å drive med marginal bemanning over tid.

Kortere arbeidstid

Pleie og omsorgsarbeid er tunge yrker. Av hjelpepleierne og omsorgsarbeiderne som forsvant fra yrket i perioden 2004-2005, var det hele 20 prosent som gikk til attføring eller uføretrygd. En undersøkelse blant Fagforbundets medlemmer i 2009 viste at hele 52 prosent av hjelpepleierne mente at kortere arbeidstid var det som kunne få dem til å stå lenger i jobb.

Rødt ønsker å innføre sekstimers arbeidsdag og vil prioritere omsorgsykker i offentlig sektor. Da vil færre slite seg ut, og flere kan jobbe full stilling.

Turnusleger

Før nyutdanna leger får autorisasjon, må de jobbe en periode som turnusleger. Den rødgrønne regjeringa planlegger å endre modellen for fordeling av turnuslegestillingene. Fram til nå har legestudentene fått velge plasser etter tur gjennom loddtrekning. Slik har studentene fått brei er-

21 Fafo-rapport 395. Moland, L. og H. Gautun (2002), Deltid: Bidrag eller hemske for fornyelse av pleie- og omsorgssektoren? En studie av arbeidstid og undersysselsetting blant hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. S. 92.

22 Jensen, Anni (2010) Rapport om sykefraværprosjektet ved Bergan sykehjem 2009. Bergan sykehjem. <https://www.sykepleierforbundet.no/vis-nyhet/455711/455711> (lest 22.03.2012).

faring, og mange har valgt å bli værende som lege i distriktsnorge. Dette har bidratt til bedre tilgang til helsetjenester over hele landet. Nå ønsker regjeringa at sjukehusa skal ansette turnusleger etter søknader. De mest attraktive sjukehusa, som ofte ligger i storbyene, vil få velge først. Rødt frykter at den nye ordninga vil føre til dårligere helsetilbud i distriktene.

Solidaritet med helsearbeidere fra andre land

Norge utdanner alt for få helsearbeidere. Mange med utdanning fra andre land arbeider i helsevesenet vårt, og særlig i eldreomsorgen. Noen av dem utnyttes grovt av «importører» og mellommenn. Uten helsearbeidere fra andre land stopper helse-Norge.

Landa som eksporterer helsearbeidere til Norge, har oftest egen befolkning med langt større helsebehov enn vi har her i landet. Norge driver omvendt u-hjelp ved å importere ferdig utdanna leger, sjukepleiere og andre helsearbeidere fra fattige land. For å bøte på dette må Norge utdanne flere helsearbeidere sjøl. Samtidig må det skapes arbeidsforhold slik at flere kan stå lenger i arbeid og deltidsansatte som vil, kan jobbe mer.

Fagforeningene må slåss for at alle utenlandske helsearbeider får norske lønns- og arbeidsvilkår. Vi må også støtte fagforeninger og bevegelser som kjemper for et bedre helsevesen i sine egne land. Slik kan vi bidra litt til å bygge opp et bedre helsevesen der og gjøre det mulig for flere å få jobb i hjemlandet. Vi må bidra til solidarisk samarbeid framfor at Norge skal konkurrere med andre land om helsearbeiderne deres.

INNVANDRERE OG HELSE

Innvandrerers helsesituasjon blir ofte forklart med kulturelle eller genetiske faktorer. Det kan lett overskygge at helseforskjeller først og fremst er et klassespørsmål. Et raust og inkluderende samfunn med jobbmulighet for alle og gode velferdsordninger for dem som ikke kan jobbe, ville gitt bedre helse også for innvandrere.

Det er ikke forska mye på innvandrere og helse i Norge. Det meste av kunnskap er samla inn i Oslo. En studie har sammenligna psykiske plager hos norskfødte og ikke-vestlige innvandrere. Blant de norskfødte fant en langt færre med psykiske plager. Viktigste forklaring på forskjellene var lav inntekt og stor andel arbeidsledige blant innvandrerne. Manglende sosial støtte, manglende integrasjon og opplevelse av maktesløshet var en annen viktig forklaring. Justert for dette, ble ulikhetene i psykisk helse mellom gruppene borte.²³

Samtidig skal helsetilbudet tilpasses menneskene som møter systemet. Helsemyndigheter og helsearbeidere trenger kunnskap om, og må ta hensyn til, at innvandrere er like mangfoldige som resten av befolkningen.

Innvandrere har også et kjønn, en funksjonsevne, en seksuell orientering og en alder. Helsevesenet må derfor ta utgangspunkt i at det er noen kjennetegn ved grupper, og samtidig møte den enkeltes behov. Likestillings- og diskrimineringsombudet, LDO, har lagd ei håndbok²⁴ som kan være til hjelp i arbeidet med å tilby likeverdige tjenester.

Språk og kommunikasjon

Språk og god kommunikasjon er en forutsetning for likeverd i helsetjenestene. Flerspråklige ansatte kan være en viktig ressurs. Offentlige tolketjenester med kvalifiserte tolker og aktiv lytting fra helsepersonalets side er nødvendig.

23 Kumar B, Grøtvedt L, Meyer HE, Søgaard AJ, Strand BH. The Oslo immigrant health profile. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2008. Rapport 2008:7. Tilgjengelig fra: www.fhi.no/dav/2786e8745f.pdf

24 <http://www.ldo.no/no/Aktuelt/publikasjoner/brosjyrer/Handbok-for-tjenesteytere-likeverdige-tjenester-for-alle/>



En del eldre innvandrere har ikke hatt anledning til å lære norsk. Det skjer også at eldre og sjuke i gitte situasjoner mister andrespråket, i dette tilfellet norsk. I møte med helseapparatet vil familien ofte være til stor hjelp for å få til en god kommunikasjon. Da må det legges til rette for dette. Brosjyrer og annen skriftlig informasjon må lages på et språk mottakeren forstår.

Føde- og barseltilbud

Trygghet rundt fødselen er viktig for alle. God kommunikasjon mellom den fødende og fødselshjelperne er en forutsetning. Fødeavdelingen ved Ullevål universitetssykehus har gjennom år opparbeida seg erfaring og rutiner på minoritetsområdet.

To av Oslos innvandrerrike bydeler ble for noen år sia overført fra Ullevål til Akershus universitetssykehus, Ahus. I disse bydelene hadde sju av ti fødekvinne bakgrunn fra ikke-vestlige land. Ahus var lite forberedt på å møte fødekvinne fra andre kulturer. Rutiner som var innarbeida ved Ullevål måtte møysommelig innarbeides.²⁵

Opparbeida kunnskap og erfaring er viktig å ta vare på. En kan spørre seg hvor mye som går tapt gjennom dagens sjukehusomstruktureringer.

Noen forskjeller veit vi om

Helsesituasjonen kan være ganske forskjellig i ulike nasjonalitetsgrupper, men noen fellestrekk fins. Ikke-vestlige grupper har for eksempel langt lavere alkoholforbruk enn nordmenn. Det har ført til synkende alkoholforbruk blant ungdom i enkelte Oslo-bydeler de siste åra. Det er bra for helsen!

²⁵ SINTEF Rapport A17308: Evaluering av tjenestetilbud til befolkningen i bydelene Grorud og Stovner sett i sammenheng med Hovedstadsprosessen

Folkehelseprosjektet STORK i Groruddalen har vist at ikke-vestlige kvinner er lite fysisk aktive og lettere utvikler fedme. Det gir helserisiko, blant annet for diabetes. Prosjektet har vist at mange utvikler svangerskapsdiabetes. Ut fra dette har helsestasjonene satt i gang forebyggende arbeid. Alle gravide får tilbud om ekstra kostholds- og fysisk aktivitetsveiledning. Gravide og barselkvinner får tilbud om treningsgrupper. Dette følges opp med tilbud om gruppetrening for kvinner med barn 0-2 år gjennom åpen barnehage. Helsestasjonen har vist seg å være særs viktig for å nå ut til innvandrerkvinner.

Helserettigheter for papirløse

Det fins mennesker i Norge som på bakgrunn av sin juridiske status lever uten grunnleggende menneskerettigheter, blant annet retten til helsehjelp. Pasientrettighetsloven²⁶ har som formål «å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten» (§ 1-1). Men sjøl om det i § 1-2 slås fast at loven gjelder for alle som oppholder seg i riket, har den i samme paragraf et forbehold som sier: «Kongen kan i forskrift gjøre unntak ... for personer som ikke er norske statsborgere eller ikke har fast opphold i riket.»

Kongen vil i dette tilfellet si helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen, og unntak har hun gjort. Forskriften²⁷ hennes sier i § 2 at fulle rettigheter til helsehjelp «bare gjelder for personer som har lovlig opphold i riket.» Det er unntak for personer som ikke har fast opphold, og personer som etter myndighetenes definisjon oppholder seg ulovlig i landet, det vil si papirløse og asylsøkere som har fått avslag.

Men noen rettigheter slås fast. Forskriften sier at alle personer som oppholder seg i riket, har rett til vurdering fra spesialisthelsetjenesten (§ 1), rett til øyeblikkelig hjelp (§ 3) og rett til helsetjenester som ikke kan vente. Dette er spesifisert som

- a) helsehjelp som er helt nødvendig og ikke kan vente uten fare for nært forestående død, varig sterkt nedsatt funksjonstilstand, alvorlig skade eller sterke smerter. Dersom vedkommende er psykisk ustabil og utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse, har vedkommende uansett rett til psykisk helsevern

26 <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-063-001.html#1-1> Lov om pasient- og brukerrettigheter

27 <http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/ho-20111216-1255.html>

- b) nødvendig helsehjelp før og etter fødsel
- c) svangerskapsavbrudd etter bestemmelsene i abortloven
- d) smittevernhjelp

Det er altså ulovlig å nekte å gi papirløse øyeblikkelig eller helt nødvendig helsehjelp. Helsepersonell har taushetsplikt, og den gjelder også her. Det er ulovlig å angi en pasient til myndighetene. Disse bestemmelsene skal ikke bare være papirbestemmelser. De skal brukes.

Må betale – men ikke alltid

Papirløse voksne har imidlertid bare rett på øyeblikkelig hjelp og kommunal helsehjelp i en viss utstrekning. Som hovedregel må papirløse betale de faktiske kostnadene for helsehjelp. Et besøk på legevakta kan bli på tusenvis av kroner, og en komplikasjonsfri fødsel koster rundt 30 000 kroner. De fleste papirløse har ikke råd til medisiner og behandlinger, derfor er det mange som ikke får den helsehjelpa de burde ha krav på. Mange papirløse kan få akutt behandling, men ikke medisinsk oppfølging etterpå. Dette kan blant annet gjelde etter hjerteattakk eller når diabetesdiagnose er satt. Oppfølginga har de ikke rett til, og den koster penger.

Oslo Universitetssykehus (OUS) avviste tidligere i år ei kvinne fordi hun ikke kunne betale for abortinngrep²⁸. Saken blei klagd inn for Helsetilsynet i Oslo og Akershus. Helsetilsynet mente at OUS opptrådte uforsvarlig og ba sjukehuset etablere nye rutiner for denne gruppa pasienter. Sjøl om hovedregelen er at papirløse skal dekke kostnadene ved behandling, blei abort sett på som behandling som ikke kan vente. Fylkeslege Petter Schou sa det slik: «Det er imidlertid etter gjeldende praksis ikke anledning til å kreve betaling for 'øyeblikkelig hjelp' eller 'helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten som ikke kan vente'»²⁹

Ikke ulovlig å tilby helsehjelp

De fleste kan gå til fastlegen. Det kan ikke papirløse. Fastlegeordningen gjelder bare om du er bosatt i en norsk kommune og for asylsøkere som er medlem av folketrygden. Men det er ikke ulovlig å tilby eller gi helsehjelp til en uten oppholdstillatelse. Det er ikke ulovlig for et sjukehus å ta imot en pasient. Det er heller ikke ulovlig å gi helsehjelp utover det pasienten

28 <http://www.bymisjon.no/no/Nyheter3/2012/Endret-abortregler-etter-klage-fra-Helsesenteret/>

29 <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Papirlos-ble-nektet-abort-ved-Ullevål-6740549.html#.T2hB3tVHNo4>

formelt har rett på. Helsepersonell har sine etiske retningslinjer og skal jobbe til det beste for pasienten. Helsepersonell har taushetsplikt. Den gjelder også her. Likevel har papirløse god grunn til å frykte myndighetene og vil i det lengste unngå kontakt med offentlig helsevesen.

Hvilke rettigheter har papirløse barn?

FNs barnekonvensjon har en egen artikkel om helserettigheter³⁰. Den gir barn rett til fullverdig helsehjelp. Det norske helsevesenet skal arbeide etter dette prinsippet. Sjøl om papirløse barn står utafor fastlegeordningen, har de likevel rett til å få all nødvendig helsehjelp som alle andre barn i Norge, ikke bare øyeblikkelig helsehjelp.

Helsesenteret for papirløse migranter

I Oslo driver Kirkens Bymisjon og Oslo Røde Kors Helsesenteret for papirløse migranter³¹

Helsesenteret tar ikke betalt av pasientene, og de 101 frivillige helsearbeiderne jobber gratis. Sia mange papirløse ikke får oppfylt rettighetene sine og blir avkrevd betaling for helsetjenester, er det stort behov for dette senteret. Her fikk 682 pasienter behandling i 2011.

Helsesenteret for papirløse migranter har som mål å bli overflødig. Men foreløpig har papirløse store udekka helsebehov. Senteret har viktig funksjoner: Direkte overfor alle som får gratis helsehjelp der, men også ved å sette søkelys på manglene ved det offentlige helsevesenet. Det er en skam at landets offentlige helsevesen ikke tar ansvar for de papirløse.

30 FNs konvensjon om barnets rettigheter, artikkel 24

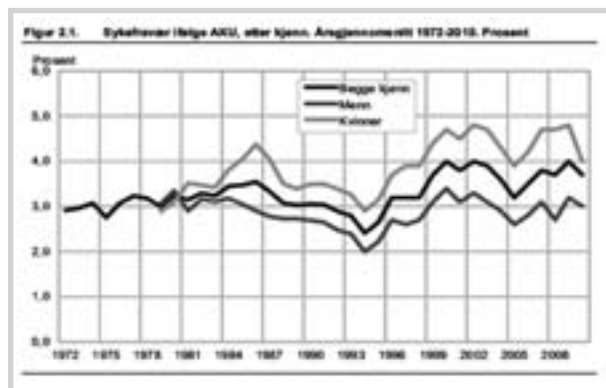
31 <http://www.bymisjon.no/no/Virksomheter/Helsesenteret-for-papirlose-migranter/>

ARBEIDSLIV OG HELSE

Det er rimelig at arbeidstida og forholda på arbeidsplassen gjør det mulig – og ganske normalt – å stå i full jobb til pensjonsalder uten at helsa tar skade av det. Slik er det ikke i dag. Det minste vi kan kreve er forebygging av sjukdom og skader i arbeidslivet. Arbeidsmiljøloven er et viktig redskap for arbeiderklassen. Å forsvare den er klassekamp. Seriøse bedrifter skal ha HMS-systemer og følge dem.

Kampen om sjukelønna

Alle kan bli sjuke. Også den sjuke må ha mat og betale regninger. Derfor har fagbevegelsen kjempa fram sjukelønnsordninga³². Folketrygdlovens § 8-18 pålegger arbeidsgiver å betale sjukepengar de første 16 dagene. Da overtar sjukelønn fra folketrygda. Sjukefraværet må ned, får vi høre. Bedriftseiere vil ha arbeidskraft som gjør jobben sin. For bedriftseieren betyr det utgifter og heft når en ansatt er borte fra jobben. NHO³³ mener sjukelønnsordninga er alt for god.



De angriper den Samtidig står arbeidsgivere og myndigheter sammen om å få ned offentlige utgifter, blant annet trygdeutgiftene.

Sjukelønna ut over de 16 første dagene går av statskassa. Våre

myndigheter sier det på en litt penere måte enn NHO: De vil «forebygge sykefravær».

32 Folketrygdlovens kapittel 8 <http://www.lovdata.no/all/tl-19970228-019-020.html>

33 NHO = Næringslivets hovedorganisasjon. NHOs formålsparagraf: NHO skal arbeide for at medlemmene får arbeidsvilkår og utviklingsmuligheter som styrker næringslivets konkurransedyktighet og lønnsomhet, og derved skape grunnlag for en god leve- og livsstandard i et økonomisk sunt og vekstkraftig samfunn.

Tilpassa arbeid for gravide

Kvinner har høyere sjukefravær enn menn. Kvinners graviditet er en årsak. Sjøl om gravide har rett på tilpassa arbeid³⁴, syndes det mot dette. Når arbeidet ikke tilpasses, fører det oftest til sjukemelding, og kvinners sjukefravær øker. Det skal være mulig å stå i arbeid om en er gravid, men da må retten til tilpassa arbeid bli reell. Det er først og fremst arbeidsgjvernes ansvar.

Kutt i sjukelønna – en kortsiktig løsning

Å få ned sjukefraværet er lett. Det er bare å kutte i sjukelønna. Da vil færre ha råd til å være borte. Flere må tvinge seg til å gå på jobb, sjøl om de burde ha holdt seg unna for å bli friske. Å jobbe når du egentlig er sjuk, fører gjerne til at du går og hanger i lengre tid. Blir dette satt i system, kan det raskt øke helseplagene. Mange vil forsvinne raskere ut av arbeidslivet. Men alle trenger penger til livsopphold. Da vil utgiftene komme på andre budsjettposter. Bedriftseieren er kvitt et «problem», sjøl om «løsningen» slett ikke er helsebringende for arbeideren.

Ebba Wergelands pølsemodell



Arbeidsmedisiner Ebba Wergeland har med pølsemodellen vist virkningen av en slik innstramning. Inne i denne ukokte pølsa har hun plassert befolkningen i yrkesaktiv alder – ca. 2,5 millioner mennesker. Om lag 60 prosent av oss har i dag fast arbeid. Vi får plass midt i pølsa. I høyre pølsesnabb har vi sjukelønn og andre trygdeordninger. I venstre pølsesnabb har vi de på midlertidige ordninger og de som ingenting får. Sia pølsa er rå, buler den ut et annet sted når vi klemmer på den. I tider med arbeidsløshet vil det bule ut i begge ender. Uten lønnsarbeid må du klare deg på andre måter. Strammes det til rundt sjukelønna, vil pølsa bule ut et annet sted: arbeidsavklaringspenger, deretter kanskje uførepensjon eller sosialhjelp. Noe må vi leve av. Rennesteinen er et dårlig alternativ.

34 Arbeidsmiljøloven §§ 4-1 og 4-2

Helsekøsniking

I dag har vi helsekøer. Bedriftseiere og myndighetene har derfor lagt til rette for at de som har jobb, skal komme foran i køa. Helseforsikringene har skutt i været.³⁵ Dermed må andre vente lenger på behandling. Det rammer dem som ikke har jobb, eller som arbeidslivet allerede har slitt ut: Uføretrygda, gamle og arbeidsløse. Men hvorfor skal de plages med smerter og sykdom – ei vond ubrukelig skulder, et vondt ubrukelig kne – lenger enn de som er i arbeid?

Svaret er enkelt og todelt: Fravær fra jobben er direkte tap for bedriftseierne. De som er utstøtt fra arbeidslivet, er ikke det. Samtidig står et profittdrevet privat helsevesen klar til å ta seg av køsnikerne. Dette undergraver offentlig helsevesen. Det blir en vinn-vinn-sak for bedriftseierne: Privat helse får sugerør inn til skattebetalte helsekroner. Bedriftene øker overskuddet med spart sjukelønn. For dem teller privatisering og økt profitt mer enn folks plager og uhelse.

Inkluderende arbeidsliv – ikke for alle

Vi har fått avtalen om inkluderende arbeidsliv, IA. Men har arbeidslivet blitt mer inkluderende? Legges det nå til rette, slik at du får jobb om du har en funksjonsnedsettelse? Avtalen fungerer tydeligvis ikke for funksjonsnedsatte. Statistisk sentralbyrå sier at om lag 78 000 funksjonsnedsatte ønsker arbeid. Av dem er 13 000 arbeidsledige ut fra kriteriene om aktiv søking og tilgjengelighet for arbeidsmarkedet.³⁶

Løsarbeid gir dårlig helse

Å være i jobb og tjene egne penger er et gode. Problemet er at bedriftseierne helst vil ha de mest lønnsomme: friske, yngre, overtidsvillige menn. Det vanskelig å få fast jobb om en har helseproblemer. Mange må ta til takke med en midlertidig jobb.

Noen bedriftseiere baserer seg på såkalte ringevikarer. Da kan du bli oppringt kvelden før eller samme morgen, om det er behov for deg på jobb. En vikar som ikke stiller opp, lever med trusselen om ikke å bli ringt opp en annen gang.

Jobber du for et vikarbyrå, er du ikke vikar for noen. Vikarbyråer leier deg ut til bedrifter som ikke vil ha ansvaret for faste ansatte. Slike usikre anset-

35 <http://e24.no/naeringsliv/flere-har-helseforsikring/20147865>

36 <http://www.ssb.no/emner/06/01/akutu/>

telsesforhold fører lett til at en strekker seg lengre en hva som er godt for helsen. Du stiller på jobb eller tar ei ekstra vakt for å ha penger til mat og regninger. Innleiefirmaene tar ikke ansvar for arbeidernes helse. Viser det seg at du har dårlig helse, blir det oftest ingen ny kontrakt. Slik kan det fortsette så lenge det er friske reserver å ta inn – et skikkelig løsarbeider-system.

Sammenhengen mellom ansattes helse og bruk av vikarbyrå blei tydelig da en bydel i Oslo nylig ville sette reinhold i barnehagene ut på anbud. Begrunnelsen var stort sjukefravær hos de kommunale reinholderne, og vansker med å skaffe sjukevikarer. Alle veit at reinhold er tungt arbeid. Det fører ofte til vonde rygger og skuldre og sjukefravær. I stedet for å ta ansvar for egne ansatte, ville bydelen kvitte seg med de utslitte og erstatte dem med innleide friske.

Folks helse foran bedriftens profit

Fire av ti arbeidstakere ender i dag opp med uførepensjon før pensjonsalder. Fordi arbeidet er for hardt og arbeidstida for lang er 80-prosent-stillingen vanlig for kvinner i de tunge helse- og omsorgsyrkene.

Sekstimers normalarbeidsdag med full lønnskompensasjon vil gi langt flere mulighet til full jobb. Med sekstimersdag vil flere kunne jobbe til pensjonsalder uten å bli straffa med livsvarig lav pensjon. Sekstimersdag vil gi helsegevinst. Men med flere 50-60-åringer i arbeid vil likevel sjukefraværet kunne øke, sia belastningsskadene fortsatt vil komme med alderen.

Det er rimelig å kreve at forholda på arbeidsplassen tilpasses slik at folk kan beholde helsen. Det er rimelig å kreve at arbeidet tilpasses, slik at du kan jobbe sjøl om noen funksjoner er nedsatt, eller helsen ikke er hundre prosent. Det betyr at vi setter folks helse over kravet om maksimal profit. De som har makta under kapitalismen, mener det er for mye forlangt.

For videre lesning:

<http://www.ebbawergeland.no/tema.html#sykefravar>

SAMHANDLINGSREFORMEN – HVA SKJER?

Reformen overfører oppgaver fra sjukehusa til kommunene. Fra 1. januar i år tok kommunene over ansvaret for utskrivningsklare pasienter fra første dag. Om kommunen ikke tar ut pasienten på dagen, må kommunen betale 4000 kroner for hvert såkalte overliggerdøgn.

Fra 1. januar må også kommunen betale 20 prosent av innbyggernes sjukehusopphold og er i en overgangsperiode lovet penger fra staten til dette. Fra 2016 skal kommunene gradvis overta ansvaret for døgnopphold ved øyeblikkelig hjelp.

Arbeiderpartiets daværende helseminister Bjarne Håkon Hanssen la 19. juni 2009 fram stortingsmeldinga om samhandlingsreformen.³⁷ Dette var siste dag Stortinget var samla før stortingsvalget samme høst. Et smart triks! Kritikken av sjukehusreformen, som hadde økt i styrke, forsvant fra valgkampen. Nå skulle alle problemer løses med samhandlingsreformen! Reformen blei til helse- og omsorgstjenesteloven,³⁸ ny folkehelselov³⁹ og mange endringer av andre lover. Alle tok til å gjelde 1.1.2012. Nå høster vi de første erfaringene.

Utskrivningsklar?

Etter sjukehusreformen fra 2001 er det først og fremst penger som teller for sjukehusa. Stykkprissystemet ansporer til å få pasientene raskt unna. Når kommunen etter samhandlingsreformen må betale sjukehuset 4000 kroner for hvert overliggerdøgn, fører det til at pasienter skrives raskere ut enn før. I Oslo har byrådet sendt et notat⁴⁰ til bystyret med tall som sammenligner antall utskrivningsklare pasienter i januar i år og i fjor. Det viser at antall utskrivningsklare har økt vesentlig.

For hele Oslo blei 640 pasienter meldt utskrivningsklare i januar i fjor. Tilsvarende tall i år var 828, en økning på 29 prosent. I seks av femten bydeler var antallet utskrivningsklare mer enn fordobla fra i fjor! Men byde-

37 <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

38 <http://www.lovdato.no/all/tl-20110624-030-003.html>

39 <http://lovdato.no/all/nl-20110624-029.html>

40 Notat til bystyrets organer av 5.3.2012 nr. 61/2012 til Helse- og sosialkomite fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester

lene har fått fart på seg og tatt unna. Gjennomsnittlig liggetid på sjukehuset etter at pasienten var meldt utskrivningsklar var i januar i fjor 5,2 døgn. I januar i år var denne tida redusert til 0,28 døgn!

Hva skjer med nyutskrevne pasienter?

Hvor blir det av de nyopererte, gamle og sjuke pasientene som i Oslo i fjor lå gjennomsnittlig fem døgn lenger på sjukehus? En stor del av sjukehuspasientene er eldre mennesker. Mange har flere diagnoser og sammensatte helseproblemer. De aller fleste trenger fortsatt pleie og omsorg etter utskrivning. Hva har kommunene å tilby? Kommunens hjemmetjenester kommer under sterkt press, ikke minst hjemmesjukepleien. Pasienter som ikke kan sendes hjem, kan få korttidsopphold på sykehjem. Oslo har gjort om vanlige sykehjemsplasser til korttidsplasser for å kunne ta unna nyutskrevne pasienter. Det betyr færre vanlige sykehjemsplasser, som det også er stort behov for. Når flere pasienter med kompliserte sjukdomsbilder skrives ut til sykehjem, trengs både flere på jobb og mer kompetanse. Men Oslo har redusert bemanningsnormen for sykehjem fordi kommunens eget 2012-budsjett krever innsparing. Presset på sykehjemma har dermed økt.

Talla fra Oslo viser at bydelene hittil har klart å ta unna det økte antallet utskrivningsklare pasienter, men hvor lenge? Byråden beskriver situasjonen slik i det nevnte notatet:

Den økte aktiviteten i kommunens egne tjenester medfører høyere alternativkostnader enn forutsatt. Situasjonen skaper et press på kapasitet, og reservekapasiteten både i hjemmetjenester og sykehjem er marginal.

Var ikke kommunene forberedt?

Mange kommuner hadde lagt planer og var forberedt på samhandlingsreformen, men så viser det seg at planene ikke kan realiseres, for det er ikke nok penger. Vågan kommune satsa på å få alt på plass til reformen trådte i kraft. Kommunen ansatte prosjektleder og vedtok planer om lokalmedisinsk senter, flere korttidsplasser, økt bemanning, folkehelseiltak, kommuneoverlege i hel stilling og økt tilsynslegeressurs. Da regninga fra sykehuset kom, viste det seg snart at mange av planene ikke kunne bli noe av. Kommunen skulle betale forskudd på bakgrunn av fjorårets sykehusforbruk. Vågan kommune, som hadde fått 13,5 millioner fra staten, fikk medfinansieringsregning fra sykehuset på 13 023 000 kroner. I tillegg kom døgnmulkt for utskrivningsklare pasienter kommunen ikke klarte å

ta i mot fra første dag. Planer for opprusting av det kommunale helsevesenet kunne ikke gjennomføres innafor beløpet fra staten. Ikke noe igjen til forebyggende arbeid. Og hva vil skje når de statlige overføringene trap-
pes ned etter tre år?

Privatisering?

Den nye loven har en paragraf som sier at kommunen kan velge mellom å yte helse- og omsorgstjenester sjøl eller kjøpe fra private. Dersom kommunene på grunn av underfinansiering ikke greier å bygge ut nødvendige nye helsetjenester, vil private løsninger raskt tvinge seg fram uten at det på noen måte blir billigere på sikt.

Hvordan går det videre?

Framover vil det komme flere erfaringer. Mye bør undersøkes og dokumenteres. Erfaringer må samles. Skjer det en privatisering? I hvilket omfang blir ordinære sjukehjemsplasser omgjort til korttidsplasser for å ta i mot nyutskrevne pasienter? Hva skjer i kommunens hjemmetjenester? Vil kommunen vegre seg for å legge inn eldre pasienter på sjukehus? Får vi flere pasienter som må legges inn på nytt, såkalte svingdørspasienter? Blei det penger igjen til forebyggende arbeid?

Rødt oppfordrer alle til å følge med og dele erfaringer med oss. Rødt planlegger oppfølging av dette heftet. Ta kontakt!

DE ULØNNSOMME OG USYNLIGE

Likeverd er et honnørord som ofte trekkes fram – et menneske er et menneske. Men i det kapitalistiske samfunnet er vi langt fra likeverdige. Kapitalen er bare interessert i oss som arbeidskraft som kan skape merverdi, og som kunder. Passer du ikke inn som arbeidskraft, er du uinteressant. De fattigste er ikke en gang interessante som kunder. De ulønnsomme blir usynliggjort. Likeverd blir et honnørord som ikke gjelder alle.

For å bekjempe fattigdom utvida regjeringa den statlige bostøtteordninga fra 1. juli 2009. Hensikten var å nå fattige som hadde falt utafor. Departementet antok at 50.000 nye nå ville komme inn under bostøtteordninga. Men bare et mindretall leverte søknad. Økninga blei omkring 20.000. Mennesker som hadde rett til støtte og sikkert trengte pengene, søkte ikke, altså et betydelig underforbruk.

Dette er velkjent i alle trygde- og støtteordninger som man må søke særskilt om: Mange av dem som ordninga skulle nå, ivaretar ikke sine rettigheter sjøl.

Årsakene er mange: vanskelige skjemaer, manglende informasjon, folk er sjuke og orker ikke, eller stolthet kan hindre folk i å søke støtte de egentlig har krav på. Stigmatiseringa av dem som «velger trygd framfor arbeid» øker problemet med underforbruk.

Universelle ordninger

Dette er en viktig grunn til å gå inn for universelle ordninger. Barnetrygda er en universell ordning. Den utbetales automatisk til alle som har barn. Dermed gis barnetrygd til mange som ikke trenger den. Det viktigste er at den treffer dem som faktisk trenger barnetrygda uten å måtte gå gjennom papirmøller eller blottstille seg overfor NAV. Barnetrygda er enkel og billig å administrere. De som har så god økonomi at de ikke trenger pengene, kan heller betale mer skatt.

Universelle ordninger har i en årrekke vært under stadig hardere angrep. Satsene i barnetrygda har vært uendra sia 1996, og slik blir kjøpekrafta redusert hvert år. Småbarnstillegget for aleneforsørgere er kraftig stramma inn. Forsker Jon Epland i Statistisk Sentralbyrå sier at 15-20 000 barn

kunne ha blitt løfta ut av fattigdom hvis satsene hadde økt i takt med den øvrige økonomiske utviklinga.⁴¹

Gjeninnføring av «verdig trengende»

Ideen om at bare «verdige trengende» fortjener å få hjelp, begynte å vinne terreng igjen for litt mer enn 20 år sia. Det hadde nær sammenheng med markedsliberalismens offensiv. Arbeiderpartiet gikk i spissen med hovedparola «det skal lønne seg å arbeide». Det betyr at de som ikke kan arbeide, skal ha dårligere økonomi enn de laveste lavtlønte. Å være utafor arbeidsmarkedet blir sett på som den enkeltes valg. Da må livet utafor arbeidsmarkedet gjøres så elendig at det knapt skal være mulig å overleve med verdighet der. Den som «velger» å være utafor, skal presses så langt ned i søla at vedkommende i fortvilelse likevel «velger» arbeid.

Den amerikanske økonomen John Kenneth Galbraith karakteriserte dette samfunnssynet slik: «Det er en merkelig idé at de rike arbeider bedre hvis de hele tiden blir rikere, mens de fattige bare arbeider bedre hvis de blir fattigere.»

Et utslag av denne «arbeidslinja» er at sosialhjelpssatsene holdes lave enn det som er nødvendig for å kunne leve et noenlunde normalt liv. Statens institutt for forbruksforskning (SIFO) lager standardbudsjetter, som anslår hvor mye ulike husholdningstyper må bruke for å leve omtrent normalt i samfunnet. Alle regjeringer – uavhengig av parti – avviser kravet om å heve sosialhjelpssatsene til SIFO-nivå. Begrunnelsen er at sosialhjelp skal være midlertidig, inntil man er i arbeid eller er uføretrygda.

Samtidig angripes uføretrygda slik at man må gjennom et enda trangere nåløy for å få den innvilga. Mange får bare delvis uføretrygd, og hele ordninga svekkes for at uføretrygda ikke skal få det bedre enn de laveste lavtlønte. Dermed må stadig flere uføretrygda ha supplerende sosialhjelp for å klare seg. Antall langtidsmottakere øker: I 2010 mottok over 47.000 sosialhjelp i mer enn seks måneder. Mange hadde gått på sosialhjelp i årevis.

Rusmiddelavhengige blir behandla som de aller laveste lave. De har «valgt» rusmiddelavhengighet, og er dermed uverdige trengende. Mange presses inn i tigging og/eller kriminalitet. I den grad de kan holdes helt usynlige for resten av samfunnet, blir de stort sett overlatt til seg sjøl. I den grad de blir synlige, øker kravet om at noe må gjøres.

41 Intervju i Ny Tid 25. november 2011.

For kapitalen er menneskene bare interessante som arbeidskraft som kan skape merverdi, og som kunder. De fattige utafor arbeidsmarkedet har så liten kjøpekraft at de ikke en gang er interessante som kunder. Fysisk eller psykisk sjukdom er en viktig årsak til at mennesker havner i en slik situasjon. Å bli arbeidsløs kan i mange tilfeller også utløse en prosess nedover mot denne sumpen: Man havner i fattigdom, og tilværelsen som fattig fører til psykisk eller fysisk sjukdom.

Sjukdomsframkallende levekår

På et viktig politikkområde brukes utestenging fra arbeidsmarkedet som virkemiddel til å skape et liv i fattigdom og sosial isolasjon. Livet skal bli så uutholdelig at man til slutt ikke orker mer. Det gjelder asylsøkere, og spesielt de som ikke har fått innvilga opphold og som før eller seinere skal sendes ut. Noen kan ikke sendes ut på grunn av forholda i det myndighetene anser som deres hjemland. Noen vil ikke, eller våger ikke, å la seg utsende av frykt for å bli forfulgt eller henvist til et liv i nød. De tvinges dermed til å leve under sjukdomsframkallende forhold, spesielt når det gjelder psykisk sjukdom.

Som lagervare i dødens forværelse

Mange ser fram til en pensjonisttilværelse med god tid til å bestemme over eget liv. Men av de av oss som lever så lenge, vil en stor andel bli demente. Den skjebnen kan ramme hvem som helst. Og den vil med stor sannsynlighet føre til en avslutning som ligner mest på å være lagervare, ventende i dødens forværelse. Omkring 70.000 mennesker antas å være ramma av demens i Norge i dag. Om lag halvparten er på sjukehem, hvor et stort flertall av beboerne har en eller annen form for demens.

Demente har rett og mulighet til å ha et verdifullt liv, men det er krevende å hente fram det som bor inni dem og få det til å utfolde seg. Det må gjøres gang på gang, hver dag. Å ta demente på alvor slik at de blir trukket fram fra usynlighet og glemsel, er en av våre største helseutfordringer.

BEHOVSSTYRTE SJUKEHUS – ER DET MULIG?

Det er på høy tid å diskutere hva som skal komme i stedet for den bedriftsøkonomiske styringa av sjukehusa. Kan vi skape et samfunn som reduserer behovet for sjukehusbehandling og samtidig innrette sjukehusa etter de behova befolkninga til enhver tid har?

1. mars 2012 avslørte TV2 at ledelsen ved Oslo universitetssykehus (OUS) i flere år har triksa systematisk med ventelistene. De gjorde det for å unngå utgifter. Flere leger stod fram og fortalte om en praksis de kalte medisinsk uetisk. Ifølge Norges fremste ekspert på helsejuss er den også lovstridig. Det blei samtidig meldt om over 7000 brudd på ventelistegarantien ved OUS.

På toppen av det hele kom meldinga om at tre filippinske sjukepleiere blei grovt utnyttet etter å ha blitt rekruttert til sjukehuset gjennom et «bemanningsbyrå» som viste seg å bestå av en møbeltapetserer med ektefelle. Ekteparet blei sikta for menneskehandel og varetektsfengsla. Samme dag hadde NRK Nordland en reportasje om en kreftpasient som hadde kollapset på flyet fra Tromsø etter å ha blitt utskrevet fra Universitetssykehuset Nord-Norge mot sin vilje.

Bedriftsøkonomisk styring

Disse sakene føyer seg inn i den lange rekka av liknende avsløringer. Omfattende feil blei i 2010 påvist ved Bærum sykehus. Feiloperasjoner ved Nordlandssykehuset blei avslørt samme år. Alt dette, og mer til, skyldes en bedriftsøkonomisk sjukehusmodell. Den har i mange tilfeller blitt en trussel mot liv og helse. Motstanden mot denne sjukehusmodellen har blitt stadig sterkere, både blant fagfolk, i fagbevegelsen, blant politikere og i befolkninga for øvrig. Stadig flere innser at den bedriftsøkonomiske styringa må vekk. Den må erstattes av ei anna organisering og økonomistyring.

Regjeringa har varsla gjennomgang og evaluering av dagens modell. Også derfor er det viktig å få i gang en offentlig diskusjon om et alternativ. Det trengs både aksjoner og politisk press for ei organisering med mest mulig demokratisk og folkelig kontroll.

Ta utgangspunkt i folks behov

Sjukehusorganiseringa hadde mange svakheter også før sjukehusreformen i 2001. Derfor kan vi ikke gå tilbake til tida før reformen og tru at alt blir bra. Rødt vil ha et alternativ til foretakssystemet, men vi mener også at det trengs en annen helsepolitikk. Vårt alternativ er å slåss for et offentlig helsevesen som tar utgangspunkt i folks behov. Alle partia på Stortinget utenom Ap sier nå at de vil avvikle de regionale helseforetaka. Men der slutter enigheta. Høyre og FrP vil videreføre bedriftsøkonomisk styring, men organisere den på litt ulike måter. I tillegg vil de gi enda større plass for private investorer som er ute etter profit.

Kan vi lære av Skottland?

Rødt mener Norge kan lære mye av Skottland som hadde en liknende markedsmodell for sjukehusa. Nå har de avskaffa den. Den nye skotske modellen er bygd på disse forutsetningene:

- Helsevesenet skal baseres på samarbeid og ikke konkurranse.
- Det skal være et skattefinansiert, offentlig helsevesen, som er gratis for brukerne og hvor tilgangen til tjenestene er basert på behovet til innbyggerne.
- Direkte valg til de regionale helsestyrene der direktevalgte og politisk valgte eller oppnevnte medlemmer skal være i flertall.
- Integrert helsevesen, hvor primær- og spesialisthelsetjenesten er underlagt samme ledelse – 14 regionale styrer og 8 styrer for landsdekkende funksjoner som er underlagt helsedepartementet.

En solidarisk helsetjeneste

Rødt mener at bosetting, geografi og klima, verdiskaping, likeverd, nærhet og behandling/omsorg må være styrende for helse-Norge. Sjukehusa skal være en del av det offentlige velferdstilbudet. De skal drives som deler av en solidarisk helsepolitikk. De skal reguleres og styres gjennom lover som setter krav til bl.a. tilgjengelighet, likeverdighet, kvalitet og pasientsikkerhet.

Lov om helseforetak må erstattes med en ny lov som slår fast at pasientene skal være i sentrum for sjukehusdrifta. Loven må slå fast at sjukehusa ikke skal konkurrere, men samarbeide for å oppnå best mulig resultat. Det skal være statens plikt å sørge for de sjukehusa og tilbuda som befolkninga har behov for. Staten må betale dette. Fordelinga av pengene må skje

på grunnlag av en nasjonal helseplan. Den må inneholde politisk vedtatte planer for blant annet sjukehusstruktur og funksjonsfordeling.

Regnskapsloven

Dagens økonomistyring av sjukehusa er bygd på regnskapsloven. Den er laga for private aksjeselskap og anna næringsvirksomhet der målet er profitte. Et eksempel fra Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) viser hvordan regnskapsloven virker: UNN fulgte regnskapsloven og bokførte ei bygning sjukehuset eide til en regnskapsmessig verdi på ca. 24 mill. kroner. Dette var hinsides den virkelige verdien. UNN solgte bygninga i 2006 og fikk bare 600 000 kroner. I virkeligheta var den ikke mer verdt. For UNN ga salget et regnskapsmessig tap på 23,4 mill. kroner. Tapet måtte dekkes inn. Konsekvensen blei kutt i driftsbudsjettet. Hadde ikke sjukehuset vært underlagt regnskapsloven, ville salget gitt ei inntekt på 600 000 kroner.

Helseforetaksmodellen og regnskapsloven har både gjort sjukehus til butikk og skapt en byråkratisk lønnsadel med enorm makt. Utpekte politikere er gisler og oftest medløpere i styrene.

For at pasientenes behov skal bli viktigst, må foretaksmodellen avvikles og regnskapsloven erstattes med samme regnskapsføring og økonomistyring som i øvrig offentlig virksomhet. Med utgangspunkt i dagens situasjon må følgende gjeres:

- Den bedriftsøkonomiske helseforetaksmodellen avvikles, og sjukehusa må igjen legges under folkevalgt styring og demokratisk kontroll.
- Sjukehusa må igjen bli en del av vanlig offentlig virksomhet med økonomistyring som bruker samme regnskapsprinsipp som anna offentlig virksomhet.
- Fordelinga av penger må gjeres på grunnlag av en nasjonal helseplan med politisk vedtatte planer for bl.a. sjukehusstruktur og funksjonsfordeling.
- Innsatsstyrt finansiering (stykkpris) må reduseres til et minimum slik at tjenestetilbudet dreies mot det som er helsefaglig ønskelig i stedet for det som er lønnsomt.
- Lov om helseforetak må erstattes med en ny lov som slår fast at hver enkelt innbygger har rett til gratis sjukehusbehandling. Staten skal gjennom skatteinntektene ha plikt til å betale for de sjukehusa og helsetjenestene som befolkninga har behov for.

En mulig demokratisk organisasjons- og styringsmodell:

- Sjukehusa skal være statlig eid og underlagt helse- og omsorgsdepartementet.
- Landet skal være delt i seks helseregioner, der Oslo er en egen region.
- Helsestyrer i hver region og lokalt som består av både representanter for de ansatte, brukerne og politisk valgte/oppnevnte medlemmer, der sistnevnte er i flertall.
- Det utarbeides regionale helseplaner som baserer seg på samarbeid mellom alle deler av spesialisthelsetjenesten i regionen. Dette må samordnes i en nasjonal helseplan.

En annen helsepolitikk.

Rødt arbeider for økonomisk utjevning og reduserte klasseforskjeller og kjemper for et annet samfunn bygd på fellesskap og solidaritet. Bare en slik bevisst politikk vil redusere forskjellene i sjukdomsbildet og levealder i befolkningen. Et slikt fellesskapssamfunn må bygge på en helsepolitikk der forebygging og folkehelseperspektiv er hjørnesteiner. Det inkluderer alt fra et sunnere kosthold gjennom bl.a. statlig subsidiering av matvarer som fremmer god helse, til økt fysisk aktivitet og bruk av naturen. Et slikt samfunn vil motvirke sjukdommer som kan skyldes levemåte og livsstil som for eksempel diabetes. Sammen med en godt utbygd kommunehelsetjeneste vil dette redusere behovet for spesialisthelsetjenester og innleggelser i sjukehus.

Regjeringa har markedsført Samhandlingsreformen med honnørord og gode hensikter. (Se nærmere omtale i eget kapitel.) Alt nå ser vi at kommunene ikke får penger til forebygging, sjøl om regjeringa oppga dette som en god hensikt bak reformen og et av hovedargumenta for å innføre den. Økninga i diabetes, KOLS, rusproblemer og psykisk sjukdom krever bedre forebygging, behandlingstilbud og oppfølging.

Det er en viktig kvalitet i det norske samfunnet at den gjennomsnittlige levealderen øker. Dette medfører at antall eldre over 80 år øker, og dermed blir det også flere sjuke og pleietrengende eldre. Derfor må helse- og omsorgstilbudet styrkes på flere nivå i åra framover.

Rødt ser på samhandlingsreformen som trinn to i ei utvikling som skal gjøre helsesektoren enda mer markedsstyrt. Regjeringa gir butikktenkninga enda større innpass. Derfor må ei avvikling av helseforetaksreformen også medføre at samhandlingsreformen avvikles i sin nåværende

form. Den må erstattes av demokratiske planer for å styrke og utvikle kommunehelsetjenesten. Da må kommunene få en større del av skatteinntektene enn nå. Samtidig må det legges til rette for bedre samarbeid med sjukehusa både ved innleggelser og utskrivning av pasienter. Hele befolkninga skal ha helsetjenester av høy kvalitet. Helsesektoren skal drives og betales fullt ut av det offentlige. Derfor arbeider Rødt også for å fjerne alle egenandeler fordi de i praksis er skatt på sjukdom og funksjonshemming.

LOKALSJUKEHUSA ER NØDVENDIGE OG MÅ STYRKES

Noen ganger står det om liv. Når det haster, er kort avstand til lokalsjukehuset avgjørende. 89 prosent av Norges befolkning har i dag en times reisetid eller mindre til sjukehus.

De fleste livstruende akutttilstander har til nå fått både forsvarlig primær-diagnose og livreddende behandling på lokalsjukehus med døgnberedskap. Lokalsjukehus skal ha fødetilbud og kvalifiserte, tverrfaglige akuttmedisinske team. Slike team må ha fagfolk fra basisspesialitetene, det vil si indremedisin, kirurgi, anestesi, klinisk kjemi, røntgen og pleie. Ellers har vi ikke et fullverdig lokalsjukehus.

I den første Soria Moria-erklæringa lova Ap, SV og Sp i 2005 at «Ingen lokalsykehus skal legges ned.» De gjentok dette løftet i Soria Moria II i 2009.⁴² Derfor har helseministrene strevd med å gjøre begrepet lokalsjukehus utydelig. Slik skal det, i alle fall språklig, bli få brudd på Soria Moria-løftet.

Legeforeningas minstekrav til lokalsjukehus:

«Arbeidsgruppen mener at akuttfunksjon som et minimum bør inneholde vaktkompetanse innen indremedisin, generell kirurgi og anestesi samt tilgang til klinisk-kjemiske og radiologiske støttetjenester. Tilgjengelig kirurgisk beredskap er en forutsetning for trygg medisinsk beredskap, og medisinsk beredskap er en forutsetning for en trygg kirurgisk beredskap.»

Fra rapporten «Lokalsykehusenes fremtidige rolle», Den Norske Legeforening, mai 2006.

Det er ikke et enten eller

Mange lokalsjukehus og store sjukehus i noen få byer, er ikke et enten eller. Noen pasienter har fagmedisinske behov som lokalsjukehuset ikke kan dekke. Etter primærdiagnose og behandling på lokalsjukehuset kan

42 De tre partienes ledere underskrev regjeringsplattforma for 2009-2013 den 7. oktober 2009. Tvetydigheten deres om lokalsjukehus uttrykker de slik i kapittel 9 Helse og omsorg: «Regjeringen vil videreføre arbeidet med en bedre arbeidsdeling mellom sykehus. Dette kan bety at enkelte sykehus skal gjøre andre oppgaver enn i dag, blant annet sett i sammenheng med samhandlingsreformen. I dette arbeidet legges det til grunn at dagens desentraliserte sykehusstilbud skal opprettholdes. Dette vil blant annet sikre nærhet til akuttfunksjoner og fødetilbud, selv om slike tilbud ikke gis ved alle sykehus. Ingen lokalsykehus skal legges ned.»

de overføres til neste sjukehusnivå uten unødvendig tidstap. Samtidig skal noen pasientgrupper transporteres direkte til et større, høyspesialisert sjukehus for umiddelbar livreddende behandling, viss dette kan gjennomføres med tidsgevinst.

Befolkninga i hele landet trenger det gode samspillet og samarbeidet mellom dyktige fagfolk på ulike nivåer i helsevesenet: de som yter livreddende førstehjelp på et ulykkessted eller ved akutt sjukdom, ambulansepersonelet, lokalsjukehuset og de store sjukehusa med høyt spesialiserte avdelinger. Alle er nødvendige. Dette finmaska samarbeidet – som også kan beskrives som en overlevelseskjede – krever tverrfaglig tillit og klar oppgavefordeling. Forbedringer er alltid mulig. De må gjennomføres uten å fjerne et av de viktigste ledda i kjeden, det fullverdige lokalsjukehuset.

Kunnskapsløse helsepolitikere er farlige. De blir ekstra farlige i et land der klima, føreforhold og store avstander noen ganger hindrer flytting av pasienter.

Stoltenberg på kollisjonskurs med folk og fag

I sin tale til Aps landsmøte i 2011 sa statsminister Jens Stoltenberg:

Havner du i en bilulykke i Gudbrandsdalen, og det er virkelig alvorlig, så kjøres du ikke til Lillehammer sykehus. Ikke til Gjøvik. Eller til sykehuset på Hamar eller Elverum. Eller Eidsvold. Eller Lørenskog. Du transporteres rett forbi alle disse sykehusene. Og havner på Ullevål. Og det gjelder ikke bare for Gudbrandsdalen. Det gjelder for alle som blir veldig alvorlig skadde i Østfold, Vestfold, Telemark, Buskerud, Akershus, Oslo, Hedmark og Oppland. De kjøres ikke til sine lokale sykehus. De kjøres eller flys til Oslo. Blir du virkelig alvorlig brannskadd, uansett i hvilket fylke, hvilken fjordarm eller dal du måtte befinne deg i landet vårt, så er det om å gjøre å få deg til Haukeland. For der er de best i hele landet på brannskader.

Professor Mads Gilbert er overlege ved Akuttmedisinsk klinikk på Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø (UNN). Han har stilt statsministerens landsmøtefortelling opp mot erfaringer fra virkeligheten:

Framstillingen er unøyaktig, retorisk og usann. Ett eksempel: Nylig hadde vi en særdeles alvorlig brannulykke i Salangen kommune i Troms. Fire barn og to voksne ble livstruende brannskadd i en lavvobrann langt fra allfarvei. Takket være en formidabel innsats fra frivillige på stedet, lokalt ambulansepersonell og redningshelikopteret fra Bodø, fikk alle seks nødvendig livreddende førstehjelp før ankomst Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø

(UNN). Her var det slått full alarm, og seks kirurgiske team sto klar. Tolv timer etter ulykken ble fem av de seks – som hadde overlevelsessjanser – fløyet i hvert sitt ambulansefly med følge av spesialsykepleiere og leger til det nasjonale brannskadesenteret på Haukeland universitetssykehus. Men før avgang, var det gjort et omfattende livreddende og stabiliserende arbeid på UNN Tromsø. Samspillet fungerte slik det skulle, og det livreddende arbeidet ble utført på ulike nivå, selvsagt også på de skadde sitt 'lokale sykehus'. Senere ble to av de brannskadde barna fløyet videre fra Bergen til et spesialsykehus for brannskadde barn i USA (...)

Vi som jobber med akuttmedisin, opplever daglig at slike sammensatte og velfungerende overlevelseskjeder fungerer godt mellom ulike nivå i helse-tjenesten. Ikke som et 'enten lokalsykehus eller spesialsykehus' – men som et planlagt samspill der de ulike nivåene er godt samtrente og kjenner sine oppgaver. (...)

Statsministerens postulat om at alle som blir 'veldig alvorlig skadde (...) kjøres ikke til sine lokale sykehus. De kjøres eller flys til Oslo, er like meningsløst. Mange alvorlig skadde trenger ofte livreddende diagnostikk og stabilisering på lokalsykehus før de evakueres videre til det regionale traumesenteret, som for eksempel Ullevål i sør eller UNN-Tromsø i nord.(...)

Når en statssekretær, en statsminister og to helse-direktører bruker til dels villedende medisinske argumenter for å radere ut lokale akuttstsykehus, er de på kollisjonskurs med både folk og fag.⁴³

Samarbeidet mellom lokalsjukehus og høyspesialiserte avdelinger på store sjukehus kan utvikles på mange måter. Telemedisin, eller avstandsmedisin, er bare ett eksempel. Telemedisinen gjør det mulig å yte medisinske tjenester (diagnostisering, behandling og operasjoner) når behandlende lege og samarbeidende lege(r) ikke er på samme sted til samme tid.

Nasjonal helseplan

Stortinget diskuterte en Nasjonal helseplan 14. juni 2011.⁴⁴ Regjeringas plan sa ikke noe mer forpliktende enn at «Det skal iverksettes et arbeid med formål å fastsette en minstestandard for hva som kan anses som sykehus.»⁴⁵

43 Mads Gilbert: Kortreist helse: Lokalsykehus redder liv! i Tidsskriftet Rødt! nr. 2 A 2011. Gilbert er overlege på Akuttmedisinsk avdeling ved Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø.

44 Stortinget behandla i juni 2011 Stortingsmelding 16 (2010-2011): Nasjonal helse- og omsorgsplan.

45 Punkt 6.1 i Stortingsmelding 16 (2010-2011).

Dessverre foreslo ingen at Stortinget skulle fastslå hvilke faglige funksjoner et lokalsjukehus skulle ha. Slik kan den rød-grønne regjeringa fortsette å tømme gode lokalsjukehus for den ene funksjonen etter den andre.

«Stoltenberg har en plan!»

Folkebevegelsen for lokalsjukehusene oppsummerte høsten 2011 at «Regjeringen driver et dobbeltspill. Samtidig som de i april vedtok å fjerne legeberedskapen for fødende i Odda, Lofoten, Lærdal og Nordfjord, ble det vedtatt å opprette pilotprosjektet 'Fremtidens lokalsjukehus' i Nordfjord.»

Gjennom pilotprosjektet «utformes en nasjonal modell for omgjøring av lokalsjukehus til lokalmedisinske sentre.» Folkebevegelsen påpeker at dette er i strid med løfter i regjeringserklæringa (Soria Moria II) og krever umiddelbar stans i nedbygginga av Nordfjord sjukehus og andre lokalsjukehus. Folkebevegelsens landssamling sa «at statsminister Jens Stoltenberg har en langsiktig plan som går ut på å legge ned alle landets lokalsjukehus.»⁴⁶

Sjukehusnedleggeren som sier det er feil å legge ned Aker

Helseminister Tore Tønne utnevnte i 2001 sivilingeniør Siri Hatlen som første styreleder i Helse Øst. Hun hadde bl.a. solid bakgrunn fra Statoil.⁴⁷ I 2009 fikk hun en enda mer krevende oppgave. Som første direktør for nyoppretta Oslo Universitetssykehus skulle hun raskt legge ned Aker og slå sammen Ullevål, Rikshospitalet og Radiumhospitalet til ett sjukehus. Alle veit nå at direktør Hatlens «Oslo-prosess» blei ødeleggende. I juni 2011 trakk hun seg til slutt fra direktørstillinga. Sju måneder etterpå sa hun at Aker ikke burde legges ned: «Jeg tror alle som har hatt posisjoner i systemet er enige i at å samordne Oslo-sykehusene er riktig og viktig, men jeg tror ikke det var lurt å ta med Aker i fusjonen.»⁴⁸

Aker Universitetssykehus var fram til 1. januar 2011 lokalsjukehus for Groruddalen og Follo-kommunene. Aker hadde også noen regionfunk-

46 Uttalelse fra landssamling 9. oktober 2011 i Folkebevegelsen for lokalsjukehusene.

47 Stoltenbergs andre regjering vedtok i 2007 å slå sammen Helse Øst RHF og Helse Sør RHF. De laga gigantforetaket Helse Sør-Øst RHF – også kalt Helse Størst. Helseminister Sylvia Brustad (Ap) utpekte da tidligere statsråd Hanne Harlem (Ap) til styreleder vervet. Og Harlems styre ansatte i 2009 Siri Hatlen som direktør i det nyoppretta Oslo Universitetssykehus HF som består av tidligere Radiumhospitalet, Rikshospitalet, Ullevål sykehus og Aker sykehus.

48 Intervju i Dagsavisen 27. februar 2011.

sjoner. Nå i april 2012 er «Oslo-fusjonen» en katastrofe og Aker er fortsatt ikke nedlagt.

Men den nye ledelsen i Oslo universitetssykehus fortsetter der direktør Hatlen ga opp. De planlegger å flytte gastrokirurgisk avdeling fra moderne lokaler på Aker og til gamle lokaler på Ullevål innen 25. juni 2012. Denne kreft- og kirurgiklinikken som fungerer godt på Aker, vil da få redusert kapasitet.

I dag er akuttmottaket på Ullevål sprengt. For å spare penger vil OUS-ledelsen likevel flytte akuttmottaket på Aker til Ullevål innen 1. juli 2012. Gjennomføring av flyttingene vil øke fristbrudda og ventetidene dramatisk. Aker Sykehus venner krever at begge flyttingene stoppes. Foreninga påpeker også at den fraflytta ortopediske avdelinga på Aker må gjenåpnes viss en skal få ned ventelistene innen ortopedi. De krever også at andre flytta avdelinger i størst mulig grad flyttes tilbake til Aker.⁴⁹

Hva må vi kreve av Stortinget i 2012?

Stortinget vedtar endringer i årets statsbudsjett i juni 2012. De som vil forsvare lokalsjukehusa, bør i alle fall rette disse krava både til regjeringa og til partigruppene i Stortinget:

- Full stans i pågående nedtrapping av lokalsjukehusa. Gjenoppretting av lokalsjukehuset i Nordfjord.
- Økning av helseforetakas budsjetter for 2012 slik at ytterligere budsjettkutt unngås.
- Nytt vedtak om å opprettholde Aker som lokalsjukehus for befolkninga i Groruddalen.
- Ingen flytting av gastrokirurgisk avdeling og akuttmottak fra Aker til Ullevål.

49 Uttalelse fra 2012- årsmøtet i Aker sykehus venner.

DET SKAL VÆRE FINT Å BLI GAMMEL

Ofte snakkes det om «de gamle og sjuke». Men de aller fleste gamle er ikke først og fremst kjennetegna av at de er sjuke. De er mennesker med mye erfaring og livsvisdom og har mye å gi. Men sjukdom og slitasje kan gjøre livsutfoldelsen vanskeligere.

Stortinget, fylkestinga og kommunestyra må føre en politikk som sikrer at alle mennesker kan leve et rikt liv også i alderdommen, uten ensomhet, og med mulighet og oppmuntring til å bruke sine evner og erfaringer. Når helseproblema melder seg, skal alle føle trygghet for god oppfølging.

Lov å jobbe – om du kan og vil

Gamle mennesker skal ikke utelukkes fra arbeidslivet, dersom de sjøl ønsker å arbeide. Det dreier seg slett ikke om å heve pensjonsalderen. Tvert imot er det viktig at de som føler behov for det, skal kunne gå av med en pensjon som gir et rimelig grunnlag for et fullverdig liv fra 62 års alder. Ingen skal måtte arbeide lenger enn til 67 års alder for å ha opptjent fulle pensjonsrettigheter. Men om du fortsatt har krefter og opplever kontakten med arbeidslivet som viktig for egen livsutfoldelse og sosial kontakt, skal det legges til rette slik at de som ønsker det, kan fortsette i arbeidslivet.

God kommunal eldreomsorg

Et godt utbygd kommunalt tilbud i form av eldresentre, kurstilbud og andre tiltak er viktig. Aktiviseringstilbud som kan inspirere til å holde seg i god fysisk form, er viktig, både for den fysiske og den psykiske helsa. Slik kan pensjonisttilværelsen gi nye impulser og mange muligheter til å kunne bety noe for andre.

Mange gamle mennesker er ensomme. Da betyr det svært mye at kommunen kan tilby en hjemmehjelpstjeneste som ikke er styrt av stoppeklokka og pengepungen. Tjenesten skal ivareta de viktigste behova for praktisk hjelp til dem som ikke klarer det fullt ut sjøl, men det må også være tid til å sette seg ned og ta en prat. Dette kan ofte være viktigere enn sjølve husstellet. Hjemmehjelpa kan i mange tilfelle formidle behov for helsehjelp. Det er ett av mange argument for at hjemmehjelpstjeneste

og hjemmesjukepleie bør være organisert sammen i kommunen og ikke splittes på ulike private tilbydere. Tett kommunikasjon mellom kommunal hjemmehjelpstjeneste og hjemmesjukepleie blir plutselig til konkurransevidning viss kommunen gir såkalt valgfrihet mellom kommunale og private leverandører. Slik «valgfrihet» betyr at den gamle mister muligheten til en helhetlig kommunal tjeneste.

Konkurranse med private leverandører fører til rasjonaliseringspress. Det gir høyeffektive skiftplaner, som igjen fører til at den gamle stadig får forskjellige mennesker på besøk fra hjemmetjenestene. Det gir utrygghet og ofte dårligere kvalitet på hjelpa. Et helhetlig kommunalt tilbud, der det sjølsagt må legges stor vekt på den hjelpetrequendes egne ønsker, er utvilsomt det beste.

God hjemmesjukepleie

Etter hvert som kroppen blir eldre, er helseproblem normalt. Da må kommunen stille opp med hjemmesjukepleie tilpassa den enkeltes behov. Til enhver tid må oppfølginga ivareta de helsefaglige krava, men det er også viktig at den pleietrengende får den opptrappinga som er nødvendig for å kunne bli boende hjemme så lenge som mulig, om det er det hun ønsker.

Rett til sjukehjemsplass

Rødt støtter kravet om lovfesta rett til sjukehjemsplass for dem som etter en helsefaglig vurdering trenger det. Men ingen rettighet blir reell viss sjukehjemsplass ikke fins, eller det ikke følges opp med nødvendige penger til drift. I praksis er det mer avgjørende at budsjettrammene gir mulighet for den nødvendige ressursbruken, enn at en rettighet er lovfesta.

Antall institusjonsplasser er lavere nå enn på 90-tallet, mens antallet pleietrengende eldre er mye høyere. Flere sjukehjemsplasser og færre aldershjemsplasser har riktignok gitt en kvalitetsheving, men det er ingen tvil om at en del kommuner har for få sjukehjemsplasser. Omsorgsboliger kan være et godt tilbud for mange som føler seg utrygge og ensomme i egen bolig. Slike boliger må være godt tilpassa fysisk og ha tilgang til heldøgns helsetjeneste. De bør bygges slik at de har fellesrom med sosiale aktiviteter, felles spiserom med middagsservering, gjerne tilknytta et sjukehjem i nabobygget. Men et slikt tilbud kan ikke erstatte sjukehjem. Derfor må sjukehjemskapasiteten fortsatt bygges ut.

Ansattes erfaringer og kvalifikasjoner må verdsettes

De ansatte i eldreomsorgen er avgjørende for livskvaliteten for de hjelpe- og pleietrengende. Ofte snakkes det om at det trengs flere «varme hender» i eldreomsorgen. Det er riktig. Men framfor alt trengs det flere kvalifiserte hoder med kapasitet til å bruke sin faglige innsikt. Når vi leverer bilen på verksted, forutsetter vi at verkstedets ansatte har gode kvalifikasjoner. Men noen diskuterer eldreomsorg som om det skulle være nok bare å ansette uerfarne og uskolerte, sia de også har «varme hender». Det er en kortslutning.

Bemanninga i eldreomsorgen må avspeile at befolkningen etter hvert blir mer kulturelt, språklig og livssynsmessig sammensatt. Alle skal kunne få et hjelpe- og pleietilbud hvor de møter mennesker som er på samme bølgelengde og kommuniserer godt med dem.

Vi trenger geriater

Geriater er spesialister på å undersøke, stille diagnose og behandle eldre mennesker. Alt for få leger spesialiserer seg innen faget sjøl om behovet er stort og økende.

Geriateren har god kunnskap om endringene som skjer med kroppen når den eldes. Eldre pasienter har ofte flere og sammensatte diagnoser. Med flere sykdommer samtidig er ofte mange typer medisiner i bruk. Demens, hjerneslag, hjertesjukdommer, lungesjukdommer og beinskjørhet oppstår ofte i eldre pasienter. For at eldre pasienter skal få riktig behandling, er det nødvendig å se på hele sykdomssituasjonen og sykdomshistoria deres. Geriateren jobber derfor ofte sammen med psykiatere, allmennleger og nevrologer for å få et slikt helhetlig bilde.

Forebygging og rådgiving, både overfor pasienten og de pårørende, er også en viktig del av geriaterens arbeid.

Men slik behandling passer dårlig sammen med dagens sjukehuspolitikk hvor stykkpris og innsatsstyrt finansiering råder. Ett av Norges mest moderne sjukehus, Akershus universitetssykehus, er bygd helt uten geriatrik avdeling. Den enkelte avdeling her kan umulig ha samme innsikt i den eldre pasientens helhetlige behov slik en geriatrik avdeling ville hatt.

Dette er ei utvikling som ikke må godtas!

Nei til kommersiell drift

Eldreomsorgen egner seg dårlig for kommersiell drift. Det sier seg sjøl at det lett fører til A- og B-tilbud, fordi en profittsøkende driver vil være opp-tatt av å selge inn supplerende tilbud eller ekstrabetalt kvalitet.

Det er viktig å skille mellom profittdrevne kommersielle tilbud, og tilbud som drives av ideelle organisasjoner. Mange av disse gjør en innsats det er grunn til å verdsette høyt. Likevel bør eldreomsorgen i all hovedsak være kommunalt drevet, både for å sikre ansattes lønns- og arbeidsforhold, og for å sikre en helhetlig eldreomsorg. Kommunene bør ikke kaste bort penger og oppmerksomhet på å sikre private driveres profitt. Ressursene skal brukes på å gjøre det kommunale tilbudet best mulig, med god, stabil og helhetlig oppfølging av de gamle som trenger tilbudet, og med nødvendig satsing på videreutdanning og kompetanseutvikling for de ansatte.

Vi har alle et ansvar for å ta vare på og følge opp våre gamle slektninger og venner. Men den helsemessige oppfølginga og sikringa av et visst minstenivå av sosial kontakt og utfoldelse er et samfunnsmessig ansvar, som det offentlige må ivareta. Så kommer den medmenneskelige omsorg vi alle bør vise hverandre, på toppen – til felles glede.

TA OPP KAMPEN DER DU ER!

Nedlegging eller nedtrapping av lokalsjukehus. Stenging av avdelinger. Dårligere fødetilbud. I et tiår med bedriftsøkonomisk styrte sjukehus har aviser, radio og TV gang på gang vist hvordan den nye driftsmåten rammer pasienter.

De fleste har venner eller nærstående som på en eller annen måte har opplevd ettervirkningene av sjukehusreformen, det skjebnesvangre stortingsvedtaket som bare Ap/H /FrP stemte for 7. juni 2001. Men i åra etter har de partia som stemte i mot (Sp, KrF, V og SV), alle vært i regjeringssposisjon. De har tatt hver sin del av gjennomføringa. Ap og Høyre har i fellesskap gjort JA til det bedriftsøkonomiske sjukehusregimet til en av inngangsbillettene for å få regjeringsmakt i Norge.

Alle stortingspartia utenom Ap sier nå at de vil vekk fra foretaksmodellen. På hver sine måter lanserer de noen nye ord. Men så langt har ingen tatt et oppgjør med det som var og er kjerna i loven som Ap/H/FrP pressa gjennom i 2001: at sjukehus skal styres som om de er aksjeselskaper og at suksess derfor skal måles etter bunnlinja i årsregnskapet.

Rødt arbeider for å stanse både nedleggingene og den gradvise undergravinga av lokalsjukehusa. Rødt vil kjempe sammen med de som vil bygge opp fullverdige lokalsjukehus. Rødt vil også erstatte samhandlingsreformen med ei økonomisk ordning der pasientenes behov og rettigheter styrer statlige bevilgninger til både kommuner og sjukehus.

Velferdspolitisk utvalg i Rødt har laga dette heftet for å få i gang en debatt om hvordan sjukehusa kan organiseres og finansieres når den bedriftsøkonomiske styringa er avvikla. I kapitel 8 stilte vi spørsmålet: Behovsstyrte sjukehus – er det mulig? Hvis forsvarsaksjonene både for Aker i Oslo og for alle de andre lokalsjukehusa, blir sterke nok, kan vi komme langt i riktig retning.

Still krav til regjeringa og Stortinget!

Dette er noen av regjeringas planer i 2012:

- I mai legger regjeringa fram to overordna planer for kommune- og sjukehusøkonomien:
- Revidert nasjonalbudsjett 2012 inneholder regjeringas forslag til endringer i årets statsbudsjett. Kommuneøkonomiproposisjonen er

regjeringas plan for kommunenes inntekter og utgifter i 2013. Stortinget fatter i juni vedtak om begge sakene.

- I oktober legger regjeringa fram sitt opplegg for statsbudsjett 2013. Da får vi bl.a. vite hvilke lærdommer regjeringa har trukket av de ni første månedene med Samhandlingsreformen.
- Fram til midten av desember 2012 behandler Stortinget statsbudsjettet 2013. Kommunestyra oppsummerer første året med samhandlingsreformen og vedtar sine egne budsjetter for 2013.

Lokale sjukehusaksjoner, fagbevegelsen og alle de som vil forsvare seg mot virkningene av samhandlingsreformen, bør i hver av disse tre periodene stille konkrete krav både til den rød-grønne regjeringa og til hver av partigruppene i Stortinget.

Rødt ber om innspill

Velferdspolitisk utvalg i Rødt ber om kommentarer og tilbakemeldinger til Versjon 1.0 av dette heftet. Medlemmer av utvalget deltar gjerne på møter. Seinere vil vi lage en Versjon 2.0. Da håper vi å komme et steg videre med å beskrive gode alternativ for organiseringa og finansieringa av sjukehusa. Vi mener Norge trenger en ny sjukehuslov.



Heftet er skrevet av Velferdspolitisk utvalg i Rødt.

Bestill flere av dette heftet og send dine synspunkter til:

Velferdspolitisk utvalg i Rødt, Osterhausgata 27, 0183.

Epost: velferdsutvalget@raudt.no