



SYKEHUS ER IKKE BUTIKK



40,-kr

Innhold:

Forord: Når sykehus blir butikk

Historikk

Innføring av markedskrefter

Sentralisering, markedstilpassing og sykehuskamp på 90-tallet

Sykehusreformen – bedriftsøkonomisk markedsstyring

Angrepene kommer - motstanden organiseres

Evaluering av sykehusreformen

Sykehusreformen – seks år etter

EUs helsedirektiv

Vårt alternativ

Utgitt av Rødt, 2009

Skrevet av Gunnvald Lindset og Dag Johansen

Layout ved Beth Hartmann

www.roedt.no

Forord:

Når sykehus blir butikk.

På 1980-tallet kom de første tiltakene som innførte markedsprinsipper i norske sykehus. På 1990-tallet kom det nye tiltak og utredninger som hadde som mål å sentralisere akuttberedskapen og legge ned lokalsykehus over hele landet. Daværende helseminister, Gudmund Hernes, fremmet i 1997 en strukturplan med 35 spesialsykehus uten akuttberedskap og 22 basissykehus med akuttberedskap. Den dramatiske planen, som ville medført en rasering av lokalsykehus over hele landet, ble lagt fram gjennom Stortingsmelding nr. 24. Den ble stoppet etter omfattende, organisert folkelig og faglig motstand.

Sentraliserings- og markedstilhengerne lærte av denne kampen. Derfor ble det ikke sagt noe om antall sykehus eller hva som skulle skje med akuttberedskapen da forslaget om en sykehusreform ble lansert i august 2000 av Tore Tønne, daværende helseminister i Stoltenberg-regjeringa. Fokuset var at staten skulle overta sykehusene. Aps leder, Torbjørn Jagland, uttalte at *”statlig eierskap vil gjøre slutt på ansvarsfraskrivelsen og svarteperspillet mellom staten og fylkene.”*

Med vedtaket av sykehusreformen i juni 2001 fikk vi et fundamentalt systemskifte i norsk helsepolitikk. Vi gikk fra et politisk forvaltningsstyre med pasienten i sentrum som et uegennyttig mål, til et bedriftsøkonomisk markedsstyre med pasienten som et middel for økonomisk inntjening. Tidligere fylkesmann og fylkesrådmann i Møre og Romsdal, Kåre Ellingsgård (Ap), uttalte at *”maken til avdemokratisering og sentralisering finner vi ikke i vår historie.”*

Med sykehusreformen ble det innført et økonomistyringssystem der sykehusene skal føre regnskaper i samsvar med bestemmelsene i regnskapsloven. I praksis er dette den samme regnskapsformen som brukes av aksjeselskap i privat sektor. Vi vil vise i dette heftet at dette har blitt brukt til å gjennomføre økonomiske nedskjæringer, bygge ned og sentralisere tilbud på lokalsykehusene i distrikts-Norge. Det har også i økende grad rammet de store sykehusene. Innføringa av sykehusreformen i 2001/2002 akselererte en utvikling som er i ferd med å ødelegge viktige deler av helsetilbudet over hele landet.

Til tross for sterk motstand i fagbevegelsen mot sykehusreformen helt fra begynnelsen av, en solid faglig motmelding og sykehusopprør på tvers av partipolitiske skillelinjer over hele landet, har ingen politiske partier på Stortinget frontet denne kampen. Det er derfor på høy tid at dette folkelige opprøret får sine talsmenn og kvinner på Stortinget i 2009 ved at Rødt får inn sine første representanter.

All politisk kamp og arbeid for forandring krever kunnskap. Dette heftet er laget for å bidra til økt kunnskap om det som har skjedd og skjer med sykehusene og

helsevesenet, og mobilisere folk både i og utenfor Rødt til kamp for et helsevesen til beste for folk flest.

Mosjøen og Mo i Rana, januar 2009

Gunnvald Lindset og Dag Johansen



Historikk.

Kampen for å hindre nedbygging eller nedlegging av lokalsykehus har en lang historie. Helt siden begynnelsen av 1970-tallet har det vært sykehuskamp i flere omganger blant annet i Odda, på Rjukan og i Mosjøen. Daværende helsedirektør Mork lanserte den gang noe han kalte "Utvidet sentral helsestasjon", som har store likhetspunkter med helsebyråkratenes planer for lokalsykehusene i dag. På 1990-tallet ble det satt i gang arbeid fra ulike regjeringer for å sentralisere sykehusstrukturen og redusere antall lokalsykehus. Dette skapte sterk motstand og ble midlertidig slått tilbake flere plasser. Etter innføringa av sykehusreformen vokste det fram aksjoner over hele landet for å stoppe planene om rasering av lokalsykehusene. Kravene om å opprettholde akuttberedskap og fødeavdelinger mobiliserte store deler av befolkningen. Rundt 200.000 underskrifter er samlet inn, og nærmere 100.000 har gått i demonstrasjoner/fakkeltog i perioden 2002-2008. Toppåret var 2003 med blant annet over 5.000 mennesker i demonstrasjonstog i Odda og 4.000 i Mosjøen. I april samme år ble Folkebevegelsen for lokalsykehusene (heretter bare kalt Folkebevegelsen) stiftet i Odda av representanter for sykehusaksjoner i Nord-Norge og på Vestlandet. Den ble organisert som et landsomfattende nettverk og fikk raskt tilslutning fra flere sykehusaksjoner. Kampen mot sentralisering og rasering av tilbudene på lokalsykehus har de siste par årene utviklet seg til en kamp for å fjerne sykehusreformen, og få sykehusene tilbake til offentlig forvaltning og politisk styring.

Innføring av markedskrefter i sykehussektoren.

Utover på 1980- og 1990-tallet fikk markedstenkinga stadig større innpass blant sentrale helsebyråkrater og politikere. De første forsøkene på å innføre markedstenkning i sykehussektoren kom i 1984/85 med introduseringen av det såkalte DRG-systemet (DRG = diagnoserelaterte grupper).¹ Systemet var hentet fra USA og bygger på beregning av gjennomsnittlig kostnadsnivå for et sykehusopphold etter kostnadsstudier for behandling av ulike diagnoser. Ulike diagnoser utløser ulik økonomisk godtgjørelse til sykehuset. Siden pasientbehandling på sykehus ikke er det samme som produksjon av tannkrem eller biler, vil mange lidelser og skader til enhver tid være "overpriset" eller "underpriset". De enkle diagnosene hos de friskeste pasientene gir god uttelling, mens de mest syke og uforutsigbare pasientgruppene, som for eksempel hardt skadde, kreftpasienter med langt framskreden sykdom eller kronikere, ofte gir langt mindre uttelling enn sykehusenes faktiske ressursbruk. Systemet

klassifiserer pasienter i medisinsk og ressursmessig tilnærmet ensartede grupper. Basert på medisinske og administrative opplysninger om pasienten, tildeles én og bare én DRG. Systemet ble utviklet i USA for mer enn 30 år siden, og er i dag grunnlag for finansiering av sykehustjenester i mange land. Det er utviklet forskjellige versjoner av DRG- systemet, som skiller seg fra hverandre bl.a. i forhold til antall grupper. Den norske versjonen av DRG- systemet er basert på et nordisk system kalt NordDRG. Dette systemet brukes som grunnlag for Innsatsstyrt Finansiering (ISF).²

ISF ble innført i Norge i 1997. Det er både et prissystem og et finansieringssystem. Fortsatt har helseforetakene og legene ansvaret for vurdering av alvorlighetsgrad av pasientens tilstand og prioritering mellom pasientene. ISF består av en basisbevilgning (i dag 60%) og aktivitetsbaserte tilskudd (i dag 40%) som utbetales som stykkpris. Det er en slags akkord, der statens samlede utbetalinger til sykehusene bestemmes av hvor mange pasienter som behandles og hvilke diagnoser eller behandlinger den enkelte pasient har. Betalingen regnes ut etter antall DRG-poeng. Et vesentlig poeng er at ISF og DRG-systemet er et dynamisk system som driver ressursbruken og prisen pr. pasientbehandling nedover hele tiden. Prisen for en sykdom og behandling endres årlig av helsemyndighetene etter hvor mye tid og ressurser, bl.a. liggetid i sykehus, som er brukt på sykdommen. Prisen settes bl.a. ut fra gjennomsnittlig liggetid. Enhver behandling som kommer ut med kortere liggetid enn gjennomsnittet for denne sykdommen, går med overskudd, dvs. trygderefusjonen overstiger den utgiften sykehuset har hatt med denne pasienten. Og omvendt: Ligger en pasient inne i sykehuset lenger enn gjennomsnittet for sin diagnose, blir han/hun en underskuddspasient. Press for bedriftsøkonomisk lønnsomhet i helseforetakssystemet trekker derfor hele tiden i retning av raskere og billigere behandling som f.eks. kortere liggetid, færre sengeplasser, færre pleiere, mindre ressursbruk, etc., i likhet med det som skjer i vareproduserende industri. Ved hvert årsskifte teller helsemyndighetene opp helsestatistikken og finner naturlig nok at f.eks. gjennomsnittlig liggetid har gått ned. Dermed kan realprisen for den enkelte behandling (pr. DRG-poeng) settes ytterligere ned og sykehusene må behandle enda flere pasienter og hver pasient enda raskere år for år for at de skal utløse samme utbetaling fra ISF. Systemet kan sammenlignes med mus som løper inne i en trommel. Uansett hvor fort de løper, blir de stående på samme sted, bare litt mer utslitt! Det skal ikke mye fantasi til for å forstå at dette for det første rammer de mest syke pasientene som har uforutsigbare behov (spesielt pleiebehov) og dernest pleierne i sengeavdelingene.

Sentralisering, markedstilpasning og sykehuskamp på 1990-tallet.

Stortingsmelding nr. 24 – sentralisering og nedlegging av lokalsykehus.

Utover på 1990-tallet satte staten i gang flere sentraliseringsprosjekter. Et uttrykk for dette var Stortingsmelding nr. 24 (1996-97) der daværende helseminister Gudmund Hernes ville gjennomføre en sentralisering til 22 "basissykehus" og 35 "spesialsykehus" i Norge. Spesialsykehusene skulle være uten anestesi-, operasjons- og intensivberedskap etter klokka 16. Dette ville bety en rasing av lokalsykehus over hele landet. I januar 1997 ble "Plan for den somatiske spesialisthelsetjenesten, Helseregion Nord" lagt fram. Der ble det foreslått en omfattende omorganisering av både primær- og spesialisthelsetjenesten i de tre nordligste fylkene. Sykehusene i Kirkenes, Lofoten, Narvik, Vefsn og Rana skulle nedbygges til såkalte "spesialsykehus" i tråd med Hernes sine planer i Stortingsmelding nr. 24.

Motstanden organiseres – Motmelding 1 kommer.

Et viktig prøveprosjekt for å gjennomføre disse planene var Hauglin-utvalgets arbeid med å sentralisere sykehusstrukturen på Helgeland i 1996-97. Lederen av utvalget, Otto Hauglin, tidligere stortingsrepresentant for SV, var departementets forlengede arm. Deres forslag innebar at to av de tre lokalsykehusene skulle miste den kirurgiske akuttberedskapen. Dette ble møtt med sterk faglig, folkelig og politisk motstand helt fra starten. I løpet av kort tid ble det dannet sykehusaksjoner både i Mosjøen og Mo i Rana. Aksjonene mente at det var behov for tre fullverdige lokalsykehus. De samarbeidet nært, kom med mange felles utspill, og stod sammen mot alle forsøk på splitt og hersk.

Da Hauglin-utvalget³ la fram sin innstilling våren 1997, ble det såkalte hovedsykehuset foreslått lagt til Sandnessjøen. Det lå i kortene at det ville bety nedbygging av sykehusene i Mosjøen og Mo i Rana. Den folkelige motstanden var massiv på disse to stedene, men det var ingen sykehusaksjon i Sandnessjøen som kunne stå sammen med dem og avvise dette sentraliseringsforslaget. Det hele endte med et foreløpig vedtak i fylkestinget i juni 1997 om såkalt hovedsykehus i Sandnessjøen.

Det var sterk motstand mot sentraliseringa også blant de ansatte på sykehusene, men denne motstanden var lite synlig med et svært viktig unntak. En gruppe på 12 leger, bestående av både kommuneleger og sykehusleger, forfattet Motmelding til "Plan for den somatiske spesialisthelsetjenesten, Helseregion Nord" og Stortingsmelding nr. 24 (1996-97) om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste. Dette var den første motmeldingen i en rekke på fire, og

kalles **Motmelding 1** i dette heftet.

Hovedsaken da var å forsvare sykehusstrukturen mot departementets sentraliseringsplaner. Ved behandlingen av Stortingsmelding nr. 24 ville daværende helseminister, Gudmund Hernes, få Stortinget til å godkjenne arbeidet departementet allerede hadde satt i gang for å sentralisere sykehusstrukturen. Hernes uttalte følgende til Dagbladet 27.10.96: ”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.” Departementets sykehusplan var åpenbart en nøye planlagt og sentralstyrt prosess, et bestillingsverk. En av forfatterne av dette heftet, Dag Johansen, var den gang som nå overlege i generell kirurgi og ortopedi på Rana sykehus (nå: Helgelandssykehuset avd. Rana). Han reagerte sterkt på sentraliseringsplanene i Stortingsmelding nr. 24. Sammen med den mer kjente anestesioverlege og professor Mads Gilbert fra Tromsø og ti andre leger, tok han initiativet til å lage **Motmelding 1**. I motmeldingen kritiserer de både den udemokratiske prosessen, og får fram de dramatiske konsekvensene av departementets planer. De påpeker at den faglige tankegangen bak planene er den økende spesialiseringen i legefaget, og at faglig sentralisering forenes med kravet om å kvitte seg med en sykehusstruktur som ansees for ”dyr”. Motmeldingen er et sterkt faglig forsvar for lokalsykehusenes livsviktige rolle i det norske helsevesenet. Den ble lagt fram for Stortingets sosialkomité rett før Stortinget tok ferie sommeren 1997, og komiteen, som var skeptisk til helsebyråkratens og helsestatsrådets råkjør, tok motmeldingens argumenter inn i sin avvisning av sentraliseringsplanene. Dette ble fulgt opp av Stortinget som enstemmig vedtok å stoppe departementets sentraliseringsarbeid. Denne foreløpige seieren skyldtes sterk folkelig motstand kombinert med innsats fra leger som brukte fagkunnskapen sin aktivt for å stoppe den planlagte rasinga av lokalsykehusene. På bakgrunn av stortingsvedtaket måtte Gudmund Hernes sette ned et utvalg til å utrede akuttberedskap og sykehusstruktur. Dette ble noe av det siste han gjorde som helseminister, ettersom den første Bondevik-regjeringa overtok etter stortingsvalget samme år. Utvalget, heretter kalt **Akuttutvalget**, ble ledet av kommunelege i Alta, Daniel Haga, og var ikke overraskende dominert av sentraliseringstilhengere. To av utvalgets medlemmer, der i blant Otto Hauglin og utvalgets sekretær, hadde markert seg som sterke tilhengere av nedbygging av akutfunksjonene på en rekke lokalsykehus i Helseregion Nord.

Akuttutvalgets innstilling og Motmelding 2.

Akuttutvalgets utredning *Hvis det haster ... (NOU 1998:9)* ble lagt fram våren 1998. Den lanserte en ny sykehusmodell med A-, B- og C-sykehus, og la opp til redusert kirurgisk akuttberedskap på lokalsykehusene. Straks utredningen ble lagt fram, satte både "gamle og nye motmeldingsleger" i gang å lage **Motmelding 2**⁴. I vurderinga av mandat og sammensetning av **Akuttutvalget** avdekket de at Stortingets vedtak er feilsitert i utvalgets egen innstilling ved at ordet "eventuell" var tatt ut. På den måten ga utvalget et inntrykk av at Stortinget i prinsippet allerede hadde godkjent sentralisering av akuttberedskapen i distrikts-Norge. Formuleringen i Stortingsvedtaket viser dette: "Stortinget ber regjeringen framlegge som egen sak en nærmere vurdering av konsekvensene for pasienter og helsepersonell i mindre sentrale strøk ved en **eventuell** (motmeldingens framheving) overgang til spesialsykehus/ventelistesykehus og sentralisering av akuttberedskapen."

I **Motmelding 2** påpekes det at en reell konsekvensanalyse for ulike helsepersonell er totalt fraværende i Akuttutvalgets utredning. De skriver bl.a. at "slike vurderinger er helt vesentlige for å vite om strukturforslaget vil fungere i praksis, spesielt fordi akuttberedskap som planlegges fjernet fra lokalsykehusene, skal overtas av primærleger i vakt." **Motmelding 2** avdekket også direkte desinformasjon om forhold av stor betydning i det faglige grunnlaget for Stortingets avgjørelse om den framtidige akuttberedskapen på lokalsykehusene. Sitat fra **Motmelding 2** side 14: "Akuttutvalget gir en bevisst feil fremstilling av virkeligheten i fagfeltene kirurgi og indremedisin. Når Akuttutvalget skal beskrive virkeligheten innenfor norsk kirurgi, retusjerer de bort generell kirurgi." **Motmelding 2** slår fast at "legespesialistutdanningen er et av de mest sentrale helsepolitiske spørsmål." Motmeldingens syn på betydningen av generell kirurgi finner vi bl.a. side 20: "Vi mener at generell kirurgi og indremedisin må opprettholdes som hovedspesialiteter for å sikre rekruttering til lokalsykehusene."

I sammendraget i **Motmelding 2** skriver de bl.a. følgende: "Akuttutvalget argumenterer ivrig for å redusere akuttmedisinens betydning. Igjen ser vi at undersøkelser i ettertid, når fasiten er kjent, blir brukt til å så tvil om akuttmedisinen. Lokalsykehusenes rolle i behandlingen av alvorlig skadde og syke pasienter blir oversett." Det heter videre at "I mandatet ble utvalget bedt om å utrede regionale (dvs. distriktpolitiske) konsekvenser. Dette har utvalget utelatt. Utvalget ser dermed bort fra den sentrale betydningen lokalsykehus har for bosetting og næringsliv."

Det konkluderes slik: "For å sikre en fullverdig akuttberedskap mener

forfatterne av Motmeldingen at vi må bygge videre på dagens sykehusstruktur og styrke vår effektive og økonomiske lokalsykehus. Store bysentra bør ha en differensiert sykehusstruktur som ivaretar lokalsykehusfunksjonen i egne enheter. En sykehusstruktur bygget opp etter disse prinsipper vil styrke mulighetene for et bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Sentralt i dette står utdanning av spesialister med en generell profil som kan dekke befolkningens behov.” Det fantes ingen organisert, landsomfattende sykehusbevegelse på den tiden utover Kommunenes interesseforening for lokalsykehus (KIL), så **Motmelding 2** resulterte dessverre ikke i noen bred folkelig mobilisering. Resultatet var at Stortinget, uten noen særlig protester, enstemmig vedtok en stortingsmelding som bygde på tankegodset i Haga-utvalget i 2001.

Høsten 1998 nedsatte den nye helseministeren, Dagfinn Høybråten, Sørensen-utvalget. Det fikk i oppdrag å vurdere hva slags tilknytning de offentlige sykehusene skulle ha til sine eiere. Like før utvalget la fram sin innstilling, ”Hvor nært skal det være?”, hadde bystyret i Oslo vedtatt at Ullevål og Aker skulle omgjøres til aksjeselskaper. I innstillingen var det ingen direkte anbefaling av en slik organisasjonsform, men flertallet ønsket helle ikke å forby det. Denne innstillingen resulterte i Odelstingsproposisjon nr. 25 (1999-200). En ny motmelding, **Motmelding 3**, ble laget og fikk navnet ”Motmelding til Sørensen-utvalgets innstilling (NOU 1999:15)”. Den ble fulgt opp av to kronikker i Dagbladet skrevet av hhv. Dag Johansen og professor i samfunnsmedisin, Steinar Westin i Trondheim og Dag Johansen og Mads Gilbert. I kronikken ”Sykehusmarked – dyrt og dårlig” i oktober 99, utfordret Johansen og Westin daværende helseminister Dagfinn Høybråten til diskusjon uten å få noe svar. I kronikk nr. 2 i januar 2000 med overskriften ”Hvem trekker i trådene for ”fristilte” sykehus?” skrev de bl.a. følgende: ”Økonomer og konsulenter vil få seg et nytt, fett marked når sykehusene tvinges til å utarbeide markedsanalyser, anbudskontrakter, forhandle, skille ut enheter og ”tilpasse seg” for å få inntekter, men at dette skulle skape billigere sykehusdrift er ren ønsketenkning. Mektige nøkkelpersoner i vår egen Legeforening drømmer om frislipp av legelønninger i kjølvannet av ”fristilte” sykehus. Det er trolig slike ”fristilte” sykehus Kjell Inge Røkke også har i tankene når hans nyopprettede holdingsselskap under Aker RGI vil satse på IT og helse!” ”Motmeldingslegene” Dag Johansen, Trude Arnesen og Anette Fosse møtte helsepolitikere fra partiene på Stortinget og presenterte innvendingene i **Motmelding 3** mot Ot.prp. nr. 25. Hovedbudskapet var at lovforslaget om ”fristilling” av norske sykehus var mangelfullt utredet og ville sementere de negative virkningene av ISF, skape skjerpet lønnskurransen om spesialistene,

økt byråkrati og konkurranse i stedet for samarbeid mellom sykehusene. På grunnlag av dette oppfordret de partiene om å si nei til A/S delen i Ot.prp. nr. 25, og å utsette lovforslaget om fylkeskommunale sykehusselskaper til Riksrevisjonens rapport om ISF var behandlet våren 2001.

Sentralisering av fødetilbudet - fra fødeavdeling til fødestue.

Når akuttberedskapen sentraliseres får dette konsekvenser for fødetilbudet. Derfor var det nødvendig å gjennomføre prøveprosjekter med sikte på å omgjøre fødeavdelinger til fødestuer. I 1997/98 ble det gjennomført et prosjekt på fødeavdelinga på Lofoten sykehus som fikk navnet "Lofotprosjektet". Dette prosjektet ble senere brukt som modell for omlegging av fødeavdelinger til fødestuer ved andre sykehus, bl.a. i Lærdal og Mosjøen. Derfor er det viktig å ta med noen av erfaringene fra dette prosjektet. Etter godkjenning i fylkesutvalget i Nordland ble det 1.1. 1997 startet et toårig prosjekt. Formålet var å utprøve alternativ organisering og innhold i fødetilbudet ved Lofoten sykehus. Det skulle i prosjektperioden være jordmorledet, i prinsippet uten legespesialist i vakt, men med spesialist som faglig ansvarlig/tilsynslege. Som sikkerhetsnett skulle likevel vaktordning med gynekolog/kirurg opprettholdes, men alle henvendelser og tilkallinger skulle registreres. Utvelgelseskriteriene ved Lofotmodellen var formulert slik: *"Fødslene skal være selektert slik at de fødende er friske og til termin. De fødende skal ha hatt ukompliserte svangerskap. Det skal i utgangspunktet bare skje spontane fødsler, ikke keisersnitt, tangforløsning eller vakuume ekstraksjoner. Jordmor avgjør selvstendig om hun tar ansvaret for å forløse kvinnen."* I tillegg sies det at *"I kritiske tilfeller hvor det vurderes for risikabelt å sende den gravide til NSS (nå Nordlandssykehuset), vil også gynekologen eller den vakthavende kirurg unntaksvis kunne gjøre keisersnitt som i prosjektperioden, eller også legge tang/vakuum."* Det heter videre at *"Har man mulighet til å gjøre keisersnitt vil man i fødselshjelpen ofte måtte være føre var. Det vi si utføre keisersnitt fordi unnlattelse av å gjøre dette, lett kan føre til erstatningsmessige eller rettslige konsekvenser for behandlende lege."*

Det viste seg at i prosjektperioden ble det utført 23 operative forløsninger ved Lofoten sykehus, bl.a. 13 forløsninger med keisersnitt. I Lofotprosjektets sluttrapport er det en gjennomgang av keisersnittene som ble gjennomført. Det ble konkludert med følgende: *"Ikke ved noen av keisersnittene kan man med sikkerhet si at det ville fått uheldige følger for mor eller barn (død eller alvorlig sykdom) om kvinnen hadde blitt overflyttet til Bodø. Ved et av keisersnittene forelå det en for tidlig løsning av morkaken med en blodansamling under*

morkaken ved operasjonen. Barnet var imidlertid i god tilstand da det ble født.... Det er derfor grunn til å tro at om en Lofotmodell evt. vedtas, og befolkning og helsepersonell blir vant til dette og tar hensyn til forhånds- og forsiktighetsregler, vil behov for keisersnitt ytterligere kunne reduseres.” I kampen for å opprettholde fødeavdelinga i Narvik i 2003 ble det laget en motmelding til Helse Nord's ”Rapport om organisering av fremtidig fødselsomsorg i Helse Nord.” Der blir Lofotprosjektets sluttrapport kommentert slik av Mario Rexer, overlege på gynekologisk avdeling ved Narvik sykehus: ”De 13 keisersnittene ble utført fordi den ansvarlige legen der og da ikke torde unnlåte operativ forløsning umiddelbart. Overflytting til Bodø ble vurdert som et dårligere alternativ. Etterpåklokskap er meningsløs, særlig når vi ser på kommentaren i prosjektbeskrivelsen ”det vil si utføre keisersnitt fordi unnlåttelse av å gjøre dette, lett kan føre til erstatningsmessige eller rettslige konsekvenser for behandlende lege.”

Selvfølger finnes erstatningsmessige konsekvenser bare hvis det foreligger skade. Det dreier seg om akutte høyrisikosituasjoner som ikke blir oppdaget ved risikoseleksjon. Det handler først og fremst om fødende med en veldig høy risiko for å få et dødt eller alvorlig sykt barn.” Overlege ved kvinneklinikken i Bodø, Bjørn Holdø, skrev i et leserinnlegg i Fremover bl.a. følgende: ” Det er i dag faglig enighet om at det er fullt ut mulig å plukke ut en gruppe fødende som har lav risiko og som kan føde ved en fødestue uten stor risiko for alvorlige komplikasjoner. Men erfaringsmessig utgjør ikke denne gruppen mer enn 30-40 prosent av alle fødende i et område, og i tillegg vil 14-15 prosent av de som har planlagt å føde ved fødestue måtte regne med å bli overflyttet til fødeavdeling enten under eller like etter fødsel p.g.a. komplikasjoner.”

Han gir også en kort vurdering av Lofot-prosjektet med såkalt modifisert fødestue og skriver videre: ” Med en meget streng utvelgelse av lavrisikofødende kan risikoen ved fødestuedrift gjøres lav, men man kan aldri i forkant plukke ut alle som til slutt vil trenge et nødkeisersnitt. Dette viser erfaringene fra Lofot-prosjektet, og derfor er en fødestue en dårlig erstatning for en fødeavdeling idet det kun blir et tilbud til den friskeste tredjeparten av de fødende, og en stor andel av de som hadde planlagt å føde ved fødestue må regne med å bli transportert videre under eller like etter fødsel.” Statens helsetilsyns utredning ”Faglige krav til fødeinstitusjoner” ble laget på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet i 1997. **Akuttutvalget** anbefalte at den ble lagt til grunn for organisering av fødselsomsorgen. Departementet anbefalte så i akuttmeldingen (St.meld. nr 43 1999-2000) at Helsetilsynets faglige krav ble gjort **veiledende**

for planleggingen av den fremtidige fødselsomsorgen og at fødselshjelpen ble differensiert med hensyn til hvilke fødende som kan mottas hvor.

Stortinget vedtok under behandlingen av akuttmeldingen i 2001 Helsetilsynets nivådeling av fødselsomsorgen. Denne nivådelingen er basert på krav til fødselstall og bemanning. Fødeinstitusjonene ble inndelt i tre kategorier: Fødestuer (med minimum 40 fødsler), fødeavdelinger (minst 400 - 500 fødsler) og kvinneklinikker (minst 1 500 fødsler). Fødestuer er jordmorbaserte fødeenheter uten beredskap for operative eller instrumentelle fødsler. Fødeavdelinger har operativ beredskap med spesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer og anestesi i vaktberedskap samt spesialist i barnesykdommer tilknyttet avdelingen. Kvinneklinikker er avdelinger som har full beredskap samt barneavdeling med intensivbehandling av nyfødte. Følgende ble vedtatt i tillegg: *”Stortinget ber regjeringen opprette et nasjonalt råd for fødselsomsorgen med flerårig funksjonstid som skal bistå i omstillingsprosessen, kvalitetssikring og evaluering av drift i forbindelse med organisering av desentralisert og differensiert fødselsomsorg.”* Dette nasjonale rådet ble oppnevnt av departementet i 2001 og fikk navnet Nasjonalt råd for fødselsomsorg og leder ble Pål Øian. Under hans ledelse ble dette rådet en pådriver for sentralisering av fødetilbudet i distrikts-Norge, med omlegging av fødeavdelinger til fødestuer. Det at Helsetilsynets krav ble gjort **veiledende** og ikke gjeldende i Stortingets vedtak, slik Høyre ønsket, viste seg å få stor betydning i kampen mot sentraliseringen. En viktig del av utredningene som fulgte i kjølvannet av innføringa av Sykehusreformen året etter, var forslag om å gjøre om fødeavdelingene i distrikts-Norge til fødestuer i tråd med Lofotmodellen.

Sykehusreformen – bedriftsøkonomisk markedsstyring.

Noen snakket sammen - sykehusreformen lanseres i AP.

Våren 2000 ble Bondevik-regjeringa felt, og Jens Stoltenberg, den fremste representanten for markedsliberalistene i Ap-ledelsen, ble statsminister. Ny helseminister ble Tore Tønne, tidligere en av Røkkes direktører i Aker-konsernet. Tønne og Stoltenberg lanserte en dyptgripende sykehusreform i sentralstyret i Arbeiderpartiet 14. august 2000. I begynnelsen møtte forslaget sterk motstand. Bare 4 av 20 medlemmer støttet forslaget på sentralstyremøtet. Men på et nytt sentralstyremøte en uke senere ble følgende forslag vedtatt med 14 mot 6 stemmer:

- *Staten overtar eierskap og finansiering av sykehusene.*

- *Sykehusene organiseres som statsforetak, ikke som aksjeselskaper.*
- *Lokalt folkevalgte skal være sterkt representert i det enkelte sykehusstyre.*
- *Gjelden som fylkeskommunene har pådratt seg, saneres.*

12. november vedtok landsmøtet i Ap å stille seg bak reformen, men vedtaket ble fattet mot 82 stemmer - det høyeste stemmetallet partiledelsen fikk mot seg på landsmøtet. Landsmøtevedtaket innledes med disse ordene: "Eierskapet til sykehusene må overføres til staten for å sikre mer helhetlig planlegging og klarere ansvarsforhold i sykehusvesenet." Den brede motstanden på grunnplanet i Ap i dag viser at hvis flertallet på landsmøtet hadde forstått hvilke konsekvenser vedtaket ville få, så hadde reformen aldri vært vedtatt.



Kampen mot høringsutkastet.

På nytt kom "motmeldingslegene" på banen. Førsteutgaven av motmeldingen, heretter bare kalt *Motmeldingen*⁵, var ferdig 14. februar 2001, dvs. tre uker etter at Ap-regjeringa la fram høringsnotatet til sykehusreformen. I *Motmeldingen* sies det slik: "Det dreier seg om vi skal gjennomføre et fundamentalt systemskifte - fra et politisk forvaltningsstyre med pasienten som uegennyttig mål - til et bedriftsøkonomisk markedsstyre med pasienten som et middel for økonomisk inntjening. Dersom forslaget blir presset gjennom i Stortinget etter en høringsfrist på knappe 6 uker, vil det være den største avdemokratiseringen i Norge i fredstid." Videre heter det: "Med utgangspunkt i regjeringens høringsnotat, Odelstingsproposisjon, uttalelser fra helseminister Tønne og internasjonale erfaringer fra England, New Zealand og USA, er det naturlig å forvente følgende konsekvenser av regjeringens forslag":

1. Sykehusene vil bli spesialiserte, akuttberedskapen vil bli sentralisert og sengetallet redusert
2. Bedriftsøkonomi vil bestemme sykehusenes pasienttilbud
3. De friskeste pasientene vil få enda høyere prioritet, på bekostning av de mest syke
4. Overbehandling og feilbehandling vil øke
5. Byråkratiet vil vokse og dominere fagmiljøene i sykehusene
6. Som resultat av 4) og 5) vil effektiviteten reduseres
7. Fagutvikling vil hemmes pga. konkurranse mellom sykehusene og fordi opplæring blir "ulønnsom" aktivitet
8. Arbeidsmiljøet vil bli svekket av ytterligere tidspress og "resultatlønn"
9. Over tid vil Norge få et todelt sykehusvesen: Ett i offentlig eie og ett i privat eie
10. I et markedssystem vil ikke folket i valg eller Stortinget ha noen reell innflytelse over prioriteringene i sykehusvesenet.

Det ga oss som var motstandere av reformen den ammunisjonen vi trengte. Med tanke på omfanget av reformen må den korte høringsfristen på seks uker karakteriseres som et forsøk på politisk kupp. Når man leser høringsnotatet ser man tydelig at dette er en markedsreform. Følgende sitat fra høringsnotatet viser dette: *Foretakene omfattes ikke av statens budsjett- og bevilgningssystem. På dette punkt er helseforetakene på linje med blant annet statsforetakene (som for eksempel Statkraft, Statnett og Statens kantiner, vår tilføyelse).*" Sykehusene ble underlagt juridisk selvstendige styrer oppnevnt av helseministeren i de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakstyrene på sin side oppnevner de lokale helseforetakstyrene. Altså: ingen direkte folkevalgt kontroll. Styrene er derimot juridisk ansvarlige for å følge helseforetaksloven, dvs. først og fremst holde den økonomiske balansen i tråd med Regnskapsloven som erstattet offentlig regnskapsførsel. De enkelte sykehusene/helseforetakene skulle også inn i et markedslignende system der de konkurrerer om pasientene med hverandre og med private sykehus, som nå ble likestilt: *"Helseforetakene kan produsere tjenestene selv, eller kjøpe nødvendige tjenester av andre tjenesteytere, f.eks. private spesialister, laboratorier eller private sykehus."*⁶

I NOU 1991:8 kan vi lese følgende om modellen med statsforetak: *"Statsforetaksmodellen vil passe for næringsvirksomhet som bør drives ut fra forretningsmessige prinsipper."* Tore Tønne uttalte blant annet følgende om reformen: *"Det er ikke statlig overtakelse alene som er viktig, men at sykehusene kommer ut av den offentlige forvaltning."*⁷ Og: *"Sykehusdriften skal organiseres*

som foretak etter modell fra aksjeloven." ⁸ Reformen ble omfavnet av Frp. Jon Alvheim, daværende helsepolitisk ansvarlig i Frp, uttalte følgende: "Dette er bortimot en blåkopi av Frps politikk. I store trekk kunne jeg ha skrevet dette selv."⁹ I arbeidet med **Motmeldingen** og kampen mot reformen inngikk "motmeldingslegene" et nært samarbeid med daværende Norsk Kommuneforbund, men viktigheten av kampen mot denne reformen var for dårlig forstått i fagbevegelsen og på hele venstresida på det tidspunktet. Til å begynne med var det "motmeldingslegene", enkeltpersoner i RV, SV og Ap, tillitsvalgte i Kommuneforbundet og Norsk sykepleierforbund som var drivkraft i arbeidet. I høringsfasen ble **Motmeldingens** avsløring av den foreslåtte § 39 som en ren (men fordekt) privatiseringsparagraf, støttet av Sykepleierforbundets advokater. Regjeringen og Tønne måtte deretter trekke vesentlige deler av denne paragrafen tilbake i det endelige lovutkastet på grunn av motstanden fra fagbevegelsen. Etter hvert kom flere på banen, og virkelig tyngde i motstanden ble det på LO-kongressen i mai 2001. Da vedtok en enstemmig kongress å si nei til foretaksorganisering av sykehusene, men ja til statlig overtakelse. Et forslag om at LO skulle gå til politisk streik mot sykehusreformen fikk ikke nok støtte. LO-kongressens vedtak ble som mye av debatten og motstanden mot reformen ellers, tiet i hjel i media. 6. juni vedtok Stortinget reformen med stemmene til Ap, Høyre og Frp. "Den største omveltningen siden Harald Hårfagre,"¹⁰ som Tønne uttrykte det, var vedtatt på rekordtid - mindre enn seks måneder etter at høringsnotatet ble lagt fram. Det sier mye om de store medienes lojalitet til makteliten at NRK brukte drøyt 4 minutter til sammen på denne saken, fra høringsforslaget ble lagt fram i januar 2001 til reformen ble vedtatt 6. juni samme år.

Innføringa av reformen.

Høsten 2001 og 2002 ble sykehusene organisert i fem regionale helseforetak. Det ble utpekt såkalt profesjonelle styrer uten folkevalgte representanter, og møtene var i starten lukket. Kort sagt: Politikere og fagfolk ut, byråkrater og økonomer ("blårussen") inn i lukkede rom. Rommene måtte åpnes senere på grunn av de sterke reaksjonene dette skapte. Gjennomføringen av omorganiseringen fra sykehus til foretak kan illustreres med noen sitater fra tidligere styreleder i Helse Nord, Olav Helge Førde. I et intervju i avisa *Nordlys*¹¹ i 2004 fortalte han at han så at han var utpekt som styreleder da han sjekket e-posten en julidag i 2001. Han sa videre: "Jeg ringte to fotsoldater jeg visste var dyktige, så begynte kjøret. Helt over stakk 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 sykehusstrukturen tre uker senere. Jeg hadde ingen administrasjon. Styret hadde ikke hatt møter." Han avslutter med følgende: "Så gikk det! Det er et slags diktatorisk råkjør, men det gikk greit."

Angrepene kommer - motstanden organiseres.

I 2002 ble det nedsatt arbeidsgrupper i de ulike helseregionene som skulle utarbeide forslag til omorganiseringer og endringer. Noen rapporter kom sent på høsten samme år, men de fleste kom på vinteren og våren i 2003. For å illustrere det som skjedde, vil vi bruke Helse Nord som eksempel. Mye av det samme skjedde over hele landet, men det var Helse Nord og Helse Vest som var først ute med omleggingene. Vinteren og våren 2003 kom en rekke faglige utredninger i Helse Nord, der konklusjonene var redusert kirurgisk akuttberedskap og/eller omlegging fra fødeavdelinger til fødestuer ved de fleste lokalsykehusene i Nordland. På det tidspunktet var det allerede fire sykehusaksjoner i Nordland som kunne organisere proteststormen som dette utløste. Den femte aksjonen ble dannet i Sandnessjøen løpet av kort tid.

Våren 2003 i Nordland var preget av underskriftsaksjoner, folkemøter og svære demonstrasjoner. Kommunestyre, næringslivet og fagbevegelsen i berørte kommuner over hele fylket kastet seg inn i kampen. Arbeidsgrupper ved flere sykehus laget motutredninger til Helse Nords rapporter. Dette ble svært viktig ammunisjon for sykehusaksjonistene. Flere leger som hadde sittet i Helse Nords utredningsgrupper tok kontakt med sykehusaksjonene og sa at de følte seg utnyttet og misbrukt. De ville ikke gå god for konklusjonene som sekretariatet i gruppene hadde trukket.

I april hadde fylkestinget møte i Mosjøen, og alle sykehusaksjonene krevde et vedtak som tok avstand fra Helse Nords planer. Da innstillinga viste at fylkesrådet i hovedsak stilte seg bak Helse Nords konklusjoner, utløste det lokale opprør i Ap, Sp og SV. Dette tvang fram en ny innstilling, som støttet kravet om at alle lokalsykehus skulle ha døgnkontinuerlig akuttberedskap både i medisin og kirurgi samt fødeavdelinger. Fylkestinget vedtok innstillinga mot stemmene til halve Høyres gruppe. Dermed var alle folkevalgte organer i Nordland som hadde uttalt seg, mot Helse Nords planer.

I mai slo administrasjonen og styret i Helse Nord retrett. De måtte krype til korset og innrømme at den sterke motstanden tvang dem til å forkaste de fleste forslagene til sentralisering. På NRK Nordlands nyhetsside 10. april kunne vi

lese følgende: *"Folkets aksjoner har stoppet planene, og det betyr at Helse Nord har vært for dårlige pedagoger, erkjenner informasjonssjefen i Helse Nord."* Og videre: *"Dette er en fryktelig vanskelig sak, fordi det griper inn i folks hverdag. Og det er klart at vi må lære av alt som har skjedd."* Men to av forslagene ble opprettholdt: Fødeavdelinga i Mosjøen skulle gjøres om til fødestue, og kirurgisk akuttberedskap reduseres til dagtid. Fødeavdelinga i Narvik skulle omgjøres til en såkalt forsterket fødestue med mulighet for å gjennomføre keisersnitt.

I juni 2003 ble dette vedtatt av styret i Helse Nord, og noen dager senere godkjente daværende helseminister Høybråten vedtakene som gjaldt fødeavdelingene. Vedtaket om å legge ned kirurgisk akuttberedskap i Mosjøen ble godkjent i februar året etter, men skulle ikke settes ut i livet før etter at tunnelen gjennom Korgfjellet var ferdig høsten 2005. Verken aksjonene i Mosjøen eller Narvik godtok dette. Dermed fortsatte kampen med full støtte fra de andre aksjonene i Nordland, som fortsatt var urolige for sine sykehus.

Sentraliseringa av fødselsomsorgen.

Vi synes det er viktig å få fram det som har skjedd innenfor fødselsomsorgen som en egen sak. Både fordi det rammer kvinner spesielt, men også fordi det forteller noe om rollen til Nasjonalt råd for fødselsomsorg som har drevet fram denne utviklinga. To gode eksempler på dette er Mosjøen og Lærdal.

I 2003 ble det vedtatt at disse to fødeavdelingene skulle omgjøres til fødestuer. Siden det var kirurgisk akuttberedskap på begge sykehusene, ville det bli såkalt forsterket fødestue til å begynne med. Det vil si at det ville være tilgang til kirurg/gynekolog som kunne utføre keisersnitt. Omleggingen av fødetilbudet både i Lærdal og Mosjøen har ført til at de fødende har fått et mye dårligere tilbud. Selv om begge hadde velfungerende fødeavdelinger, velger vi å bruke Lærdal som eksempel fordi det er avslørende for det politiske spillet og virksomheten til Nasjonalt råd for fødselsomsorg.

Etter vedtaket om å innføre sykehusreformen i 2001 var Tore Tønne på sykehuset i Lærdal. Han uttalte da til Sogn Avis at *"statlege sjukehus er den fremste garantisten for at fødeavdelinga i Lærdal skal overleva."* Seks måneder etter reformen vart satt ut i livet kom det første forslaget om nedlegging. Sogn Avis hadde følgende kommentar: *"I eit slikt spel må det vera lov å spørja om me i det heile tatt kan stola på politikarar? Kvar einaste stortingspolitikar som*

har vore spurt om saka har stilt seg bak Tønne sin garanti. Lovnadene skulle vise seg å vera totalt verdilause.”

Omlegginga til fødestue i Lærdal møtte stor motstand. Befolkningen demonstrerte og de lokale jordmødrene sa opp. Dette medførte at det måtte opprettes en ”luftbro” mellom Nord-Norge og Lærdal for å få nok jordmødre til å drive den forsterkede fødestua. Overlege Jan Persson ved kvinneklinikken i Lund i Sverige hadde vært vikarlege ved sykehuset i Lærdal i nesten seks år. I et intervju med Sogn Avis uttalte han at *”Jeg vil gjerne se den fødeavdeling i Norge (eller Sverige) som kan stille opp med det som Lærdal kan.”*

Da overlege Frithiof Lund-Larsen på Lærdal sykehus gikk av med pensjon, uttalte han følgende til Sogn Avis: *”At fødeavdelinga vart nedlagd er heilt ubegripeleg. Det dei har gjort, er å skru tida 50 år tilbake for dei fødande i distriktet. Helsereforma og Stortinget sitt vedtak om 400 fødselar enda katastrofalt dårleg for Lærdal sjukehus. Kvifor er det eit mål at jordmødrene skal greia seg utan legehjelp når det viser seg gong på gong at det er behov for det under somme fødselar?”* Og vidare: *”Tala viser jo klart at det er totalt uøkonomisk med ei fødestove, for dagens vikarstafett av jordmødrer er svært dyr for helse-Noreg. Då sit dei att med argumentet om at tilbodet til dei fødande er blitt betre. Det er det største sludder eg har høyr.”*

Leder for aksjonen ”Forsvar Lærdal sjukehus” og koordinator i Folkebevegelsen, Bente Øien Hauge, skrev følgende i et leserinnlegg: *”Omlegginga frå fødeavdeling til fødestove i Lærdal var ikkje grunna i konkrete, lokale forhold. Det var korkje dårleg bemanning eller låg kvalitet på denne avdelinga. Omlegginga var ein del av eit politisk prestisjeprosjekt som vart sett ut i livet trass i sterke åtvaringar frå lokale fagfolk. Etter omlegginga skal ein velja ut gravide som ein trur kan få komplikasjonar og få dei til sentralsjukehuset før, eller under, fødselen. Dei sognekvinnene som har ein forventa normal fødsel får det sadistiske valet mellom å føda med nærleik til familien (i Lærdal) eller moglegheit for smertelindring og full medisinsk beredskap (i Førde) om det skulle skje noko.*

Rådgevingsgruppa vil helst ikkje at det skal vera gynekologar tilgjengeleg i Lærdal. Dei hevdar at fødekvinnene er tryggare utan gynekologberedskap (!) og grunnjev det med å bagatellisera avstandar og rasfare. Dei hallusinerer om skyssbåter på Kjøsnesfjorden og nektar for dårleg helikopterregularitet. Dei insisterer på at det er gynekologen som er på vakt i Førde som skal vurdere situasjonen når noko skjer - ikkje gynekologen i Lærdal som kan undersøkje

kvinna. For å forstå dette absurde spelet er det viktig å vite at Nasjonalt Råd for fødselsomsorg ikkje er oppnemnt som ein nøytral fagleg instans for å sjå på fordelar og ulemper ved ulike løysingar. Dei har tvert i mot som oppgåve å gjennomføra ein politikk som skal "normalisera" fødselar og overføra det faglege ansvaret for fødesituasjonen frå legar over til jordmødrer. Denne politikken er det ikkje semje om i fagmiljøa. Rådets medlemmer har som trusvedkjenning at komplikasjonar kan føresjåast, og argumentasjonen deira har mange fellestrekk med religiøse sekter. Når svært røynde legar og jordmødrer innvender at dei har erfart at komplikasjonar kan komma som lyn frå klar himmel, får dei berre beskjed om å tenkja annleis! I løpet av den korte tida fødestova i Lærdal har eksistert, har fleire fødekvinner som etter seleksjonskriteria skulle vore sendt til Førde, likevel født i Lærdal. Det har vore akutte keisarsnitt, tvillingfødselar og andre tilfelle der jordmor på grunn av for raske fødselar og/eller manglande mogelegheit for transport har nytta den lokale gynekologberedskapen og beviseleg redda liv.”

I mai 2004, noen få måneder etter at fødeavdelinga i Lærdal ble lagt ned og erstattet med en såkalt forsterket fødestue, døde et barn like etter fødselen. Som vi har vist var det mange som stilte spørsmål og var svært kritiske til måten den forsterkede fødestua ble opprettet på i Lærdal. All kritikk og alle kritiske spørsmål ble den gang avfeid som skremselspropaganda både fra Helse Førde og Helse Vest. Kritikken, som kom fra Statens helsetilsyn, etter det dypt tragiske dødsfallet, viser at spørsmålene som ble stilte var høyst relevante, og at det var god grunn til uroen i forkant av etableringa av fødestua. Kritikken fra helsetilsynet av rutinene på fødestua etter den tragiske hendelsen var entydig og klar, og den rammet ikke bare Nasjonalt råd for fødselsomsorg, som hadde ansvaret for å utarbeide disse rutinene. Utfordringa og problemet er at denne fødestuemodellen i Lærdal gjør det svært vanskelig å rekruttere lokale jordmødre til å jobbe der. Det går utdanna jordmødre med solid erfaring i andre stillinger fordi de ikke orker å jobbe på fødestua etter det som har skjedd. Det viste seg at de jordmødrene som sa opp i protest mot nedlegginga av fødeavdelinga, fikk rett. I stedet for å lytte til dem, valgte styret i Helse Førde å lytte til Nasjonalt råd for fødselsomsorg som var den største pådriveren for omlegginga i Lærdal.

Samhold gir styrke – Folkebevegelsen for lokalsykehusene dannes

I løpet av vinteren 2003 utviklet flere av aksjonene i Nordland og på Vestlandet kontakten med hverandre. På denne bakgrunn inviterte LO i Odda til helgesamling 5.– 6. april for å utveksle erfaringer og synspunkter. Målsettingen

var å lage en plattform og stifte en landsomfattende organisasjon for sykehuskampen. ”Motmeldingslegene” var representert ved Mads Gilbert.

Lørdag 5. april arrangerte sykehusaksjonen i Odda og omland en demonstrasjon som samlet over 5000 mennesker. Det viste nok en gang den politiske sprengkraften i sykehuskampen, og var selvsagt en stor inspirasjon i arbeidet med en landsomfattende organisering. Søndag 6. april ble Folkebevegelsen for lokalsykehusene stiftet og en foreløpig plattform ble vedtatt. Det ble bestemt å ha en ny samling allerede i slutten av mai i Oslo, og å sette i gang arbeid med å få med flere aksjoner. På samlingen i mai var 12 sykehusaksjoner representert pluss ordførere fra flere av de berørte kommunene. Samlingen var svært vellykket, og det ble vedtatt en fullstendig plattform og en uttalelse med klare krav til regjeringa og Stortinget. Plattformen ble sendt til flere kommunestyre rundt omkring i landet som sluttet seg til den.

Folkebevegelsens arbeid.

Folkebevegelsens ledelse består av én kontaktperson i hver helseregion og en koordinator som også er sekretær. Grunnmuren har vært, og er, arbeidet til aksjonene lokalt. Etter hvert ble det utviklet et omfattende kontaktnett via telefon, e-post og hjemmesiden til aksjonen i Lærdal. Det er en svært viktig lærdom at Folkebevegelsen ville ha vært umulig uten e-post og internett. I så måte er Folkebevegelsen et glimrende eksempel på betydningen dette har for folkelig organisering, politisk kamp og demokrati. Regionskontaktene og koordinatoren samler informasjon fra aksjonene og systematiserer den.

Det viktigste forumet i Folkebevegelsen har vært, og er, landssamlingene. Dit har de invitert fagfolk og forskere til å holde innledninger på viktige tema. De har utvekslet erfaringer, diskutert og skolert seg gjennom disse innledningene samtidig som de har utformet krav til regjeringa og Stortinget. Flere av ”motmeldingslegene” har vært nære samarbeidspartnere helt fra starten. På den måten har de bygd opp omfattende kunnskap og innsikt som de har brukt både i offentlige debatter, i media og i møter med både helseministere og sentrale helsepolitikere på Stortinget. De massive protestene og demonstrasjonene gjorde at de store mediene ikke kunne overse det som skjedde. Både NRK Dagsrevyen og TV 2-nyhetene ble nødt til å dekke noen av møtene de hadde med sentrale politikere. Folkebevegelsen ble et fast innslag på Stortinget minst et par ganger i året. I tillegg hadde mange lokale aksjoner og ordførere møter med de mest sentrale helsepolitikere både i regjering og opposisjon. Høsten 2003 mobiliserte de til en demonstrasjon foran Stortinget med over 1000 deltakere fra sykehusaksjoner over hele landet. Folkebevegelsen ble en maktfaktor som

landets øverste politiske ledelse måtte forholde seg til. Dette gjenspeilte seg i kommentarer i statsbudsjettet fra og med 2003. Vi vet også at kravene de stilte om økte bevilgninger hadde betydning når partiene utformet sine forslag til budsjettet. I tillegg til økonomiske krav satte Folkebevegelsen søkelyset på den eksplosive veksten i private sykehus. De påpekte hvordan dette tappet offentlige budsjetter og rammet lokalsykehusene. De har også tatt opp Legeforeningens makt over utdanninga, og behovet for sterkere politisk styring for å sikre en fornuftig balanse mellom utdanning av generelle kirurger og spesialister. Legespesialistutdanninga er faktisk et av de mest sentrale helsepolitiske spørsmålene. Uten generelle kirurger som kan behandle/stabilisere de mest vanlige tilstandene vil lokalsykehusene ikke kunne overleve i framtida. Både ”motmeldingslegene” og andre leger har påpekt dette, og har kjempet både i og utenfor Legeforeningen for å styrke denne utdanninga. Den ekstreme spesialiseringa har vært en internasjonal trend som har undergravid og undergraver en desentralisert sykehusstruktur. Det var derfor en viktig seier for Folkebevegelsen og lokalsykehusenes framtid da Legeforeningen i mai 2003 vedtok å styrke utdanninga i generell kirurgi. I mai i 2006 vedtok landsstyret i Legeforeningen en rapport utarbeidet av en arbeidsgruppe nedsatt av sentralstyret. Rapportens tittel er ”Lokalsykehusenes fremtidige rolle”, og der finner vi følgende: "Arbeidsgruppen mener at akuttfunksjon *som et minimum* (vår utheving) 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* (vår utheving)".¹²

Dette er en svært viktig støtte i kampen for å opprettholde fullverdige lokalsykehus, selv om vi ser at dette blir brukt av enkelte i debatten som et argument for sentralisering. Folkebevegelsen har hele tida plassert det politiske hovedansvaret for sykehusene på Stortinget og regjeringa. Derfor var stortingsvalget i 2005 viktig, og det ble lagt ned mye arbeid i å påvirke partiene og opplyse velgerne om hvordan kandidatene stilte seg til Folkebevegelsens krav. Det ble bl.a. utarbeidet en velgergaranti som ble sendt til de tre øverste på listene til de fleste partiene. Etterpå ble det laget en statistikk som viste hvordan de hadde svart. Dette ble slått opp i media, tilpasset lokale forhold, og kunne brukes av sykehusaksjoner over hele landet. Hvilken effekt dette hadde er vanskelig å si, men Folkebevegelsen bidro uten tvil både med dette og det jevne arbeidet sitt til å gjøre sykehus til en av hovedsakene i valgkampen. Særlig Åslaug Haga i Sp brukte lokalsykehus som en av sine flaggsaker.

Regnskapsloven innføres - kronisk underfinansiering av sykehusene.

Et av hovedproblemene i sykehusøkonomien har hele tida vært underfinansiering. Da foretaksmodellen ble innført 1. januar 2002 var en del av reformen at regnskapslovens prinsipper og bestemmelser skulle gjelde. Basert på dette viste rapportene fra de regionale helseforetakene (RHF-ene) at de i løpet av sine tre første driftsår hadde hatt utgifter som til sammen var nesten 10 milliarder høyere enn inntektene. På grunn av at helsedepartementet lanserte et eget regnskapsprinsipp, såkalt "korrigert resultat", ble underskuddene bare halvparten av det de offisielle regnskapene viste. Likevel var de **regnskapsmessige** underskuddene store.

Professor i forvaltningsøkonomi ved Høgskolen i Hedmark, Bjarne Jensen, og seniorkonsulent i Kommunekonsult, Magnar Bollingmo, laget en evalueringsrapport om sykehusreformen for Fagforbundet høsten 2007 med tittelen "*Helsereform. Utfordringer og løsninger*".¹³ Denne rapporten vil vi komme tilbake til, men her vil vi trekke fram noen svært viktige forhold som den avdekket. De undersøkte bl.a. de regnskapsmessige konsekvensene av at det tidligere offentlige regnskapssystemet ble erstattet med forretningsregnskap etter regnskapsloven i helseforetakene. Det betydde at sykehusene etter 2002 bl.a. måtte begynne å utgiftsføre avskrivninger på bygg, anlegg og utstyr. (Dette ble ikke fullfinansiert før i 2008). De fant ut at dette er hovedårsaken til at sykehusene kommer dårlig ut økonomisk og konkluderte, sitat: "*I stedet for et akkumulert regnskapsmessig underskudd på nesten 18 milliarder i perioden 2002 – 2006, ville foretakene hatt et netto driftsresultat, etter at renter og avdrag er dekket, på 3,3 milliarder.*" Det viser etter vår mening at innføring av forretningsregnskap etter regnskapsloven har fungert som et redskap for å gjennomføre store nedskjæringer, omstillinger, nedbygging og sentralisering av tilbud på sykehus over hele landet.

Bevilgningene til sykehusene.

En viktig opplysning i denne rapporten, som må brukes i debatten om den påståtte voldsomme pengebruken i helsesektoren, er at de offentlige helseutgiftene, som prosentandel av BNP, har sunket vesentlig etter 2003. Jensen og Bollingmo fant også ut at bevilgningene til det norske sykehusvesenet plasserte seg på gjennomsnittet blant OECD-landene, og at sykehusene slettes ikke er overfinansiert slik talldebatten i media kan gi inntrykk av.

Overlegeforeningens leder, Arne Laudal Refsum, presenterte en økonomisk analyse av bevilgningene til sykehusene fra 2002 til 2008 i Norsk overlegeforening sitt tidsskrift oktober 2008. Han innledet med, sitat: ”La oss starte med det vi har i 2008, ca. 85 milliarder kr. Så vet vi at i 2002 hadde vi ca. 53 milliarder. Vi må fra 2008-tallet trekke fra ”nye oppgaver” som er tillagt spesialisthelsetjenesten i de mellomliggende årene: ” Og fortsetter med å liste opp, **dvs. trekke fra:**

Avskrivninger i 2008-budsjettet	5,4 milliarder kr.
Syketransport (tidligere finansiert via Rikstrygdeverket)	2 milliarder kr.
Rusomsorgen (tidligere finansiert via kommunene)	2,3 milliarder kr.
Opptrappingsplanen i psykiatrien (ny ønsket aktivitet)	1,25 milliarder kr.
Overføring for nye, spesielt dyre medisiner	0,5 milliarder kr.
Aktivitetsøkning 2002 – 2008 (ca. 13% reell aktivitetsøkning)	8,5 milliarder kr.
Lønnsøkninger 2002 – 2008 (gjennomsnittlig 23,8%)	10,6 milliarder kr.
Prisstigning 2002 – 2008 (konsumprisindeksen økte med 13%)	2 milliarder kr.
SUM fratrekk på 2008 budsjettet	32,55 milliarder kr

Det betyr at sammenligningsgrunnlaget i 2008 blir $85 - 32,5 = 52,5$ milliarder kr. Fra sykehusregnskapet i 2002 må en trekke fra avskrivningene på 3,5 milliarder kr. som ble bevilget i 2002, dvs. sammenligningsgrunnlaget i 2002 er $53 - 3,5 = 49,5$ milliarder kr. Overlege Arne Laudal Refsum konkluderer med at det ikke har vært noen spesiell vekst i sykehusbudsjettene, bare ca. 3 milliarder kr. ($52,5 - 49,5$) fra 2002 til 2008, og at dette er lite å snakke om sett på bakgrunn av den enorme omstillingstakten det har vært siden Sykehusreformen ble gjennomført i 2002, aktivitetsøkning til tross for redusert sengetall, stadig eldre befolkning etc. (Ref.: Overlege Arne Laudal Refsum: ”85 milliarder” Overlegen nr. 3, oktober 2008).

Nytt økonomistyringssystem og regnskapslovens betydning.

Idégrunnlaget for sykehusreformen er hentet fra det som kalles New Public Management (NPM). Enkelt sagt er det en samling metoder når det gjelder organisering, ledelse og styring som skal føre til effektivisering av offentlig virksomhet. Det medfører innføring av marked, konkurranse og

bedriftsøkonomiske styrings- og ledelsesprinsipper i offentlig virksomhet. Med sykehusreformen ble det innført et internasjonalt økonomistyringssystem for offentlig sektor. Den uttalte hensikten var å få bedre kontroll med offentlige kostnader og bedre oversikt over hva staten eier. Det brukes prinsipper fra privat næringsliv, slik at skillet mellom offentlig og privat sektor viskes ut. Flere tjenester utføres av private aktører, men finansieres helt eller delvis av staten. For å vurdere effekten og betydningen det har for sykehusene, er det viktig å se på hvem som står bak utformingen av systemet. Både OECD, Verdensbanken, IMF (det internasjonale pengefondet) og Den internasjonale revisorforeningen er aktive pådrivere. I Norge er dette økonomistyringssystemet omhandlet i NOU 2003:6 Hva koster det? Bedre budsjettering og regnskapsføring i staten. Denne utredningen, som også kalles statsbudsjettutvalget, er lite kjent, men den er veldig viktig for det som skjer. I 2006 avdekket Riksrevisjonen at det hadde foregått feilkoding av diagnoser som ga sykehusene andre refusjoner og dermed andre inntekter enn de skulle hatt. Etter vår mening er feilkodingen et eksempel på at dette systemet tvinger sykehusene til å tenke størst mulig inntjening. Dermed flyttes fokuset vekk fra pasientene og formålet med sykehustjenestene, nemlig å gjøre folk friske.

Konsekvensen ser vi når de nye regnskapsreglene tas i bruk, for da må kapitalkostnadene beregnes. Det er da de store underskuddene kommer til syne - til alles forundring. Mange av oss ser på regnskapsregler og regnskaper som bare teknikk, og noe man ikke forholder seg til. I virkeligheten handler dette selvsagt om politikk. De internasjonale reglene som har blitt innført i offentlig sektor er i stor grad hentet fra internasjonale regler for privat sektor. Disse reglene er utformet for å få fram hvilke framtidige muligheter som fins for inntjening basert på forrentning av kapital. Altså en tenkning som er nært beslektet med børsvirksomhet. Reglene er også veldig kompliserte og det er vanskelig å fastsette verdier. Dette kan illustreres med et eksempel fra Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) som viser hvordan det virker. UNN hadde vurdert en bygning de eide til ca. 24 mill. kroner, mens bygningen ble solgt for bare 600.000 kroner. For Helseforetaket betydde det et regnskapsmessig tap på 23,4 mill. kroner som måtte dekkes inn, og konsekvensen ble da kutt i driftsbudsjettet. For at økonomistyringssystemet skal være i tråd med den markedsliberalistiske tenkemåten må da offentlige tjenester underlegges kommersielle beregningsmåter. Årsaken er at man vil sammenligne prisen på tjenesten når den utføres av en offentlig og en privat virksomhet. Da trengs det nye regnskapsregler i offentlig sektor. De utarbeides av Den internasjonale revisorforeningen, og arbeidet finansieres av dem sammen med

Verdensbanken, IMF, og to amerikanske banker. I Norge er det Senter for statlig økonomistyring (SSØ) som har ansvaret for å tilpasse disse reglene til norske forhold. SSØ er underlagt finansdepartementet, som skal godkjenne de nye regnskapsreglene.

Fanny Voldnes, registrert revisor og avdelingsnestleder i Næringspolitisk avdeling i LO, har jobbet mye med disse spørsmålene. Hun har bl.a. skrevet en artikkel i Folkebevegelsens alternative evaluering og reist rundt og holdt foredrag i fagbevegelsen om dette. Hun sier bl.a.: ” *Men det er verdt å merke seg innflytelsen til private revisorer også nasjonalt. I Norge er det faktisk slik at det kan hevdes at private revisorer har tilnærmet kunnskapsmonopol når det gjelder disse reglene. Noe som er problematisk fordi revisorene åpenbart også har sterke egeninteresser både når det gjelder revisjon av offentlig virksomhet og som konsulenter. Selv om dette i seg selv ikke behøver bety at reglene er uegnet, bør også dette være en premis når vi skal vurdere konsekvensene av økonomistyringssystemet at reglene som sykehusene bruker faktisk er utarbeidet av private aktører og ikke av det offentlige.* ”¹⁴ For de som ønsker å vite mer anbefales bl.a. artikkelen til Fanny Voldnes i Folkebevegelsens alternative evaluering og De Factos rapport, *For lite penger – for lite demokrati*, som kom i januar 2005.

Soria Moria-erklæringa - kampen fortsetter.

Sykehusaksjonene og Folkebevegelsen var positiv til Soria Moria-erklæringa fordi den inneholder mange fine formuleringer om lokalsykehus som er i tråd med deres syn. Men samtidig er det ingen andre konkrete forpliktelser enn at ingen lokalsykehus skal legges ned. I virkeligheten er problemet ikke forslag om direkte nedlegging, men den gradvise nedbyggingen som foregår gjennom reduksjoner og kutt i tilbud som for eksempel kirurgi. Dermed oppstår det en ond sirkel: Fagmiljøene svekkes, sykehuset mister godkjenning som utdanningsinstitusjon, rekrutteringsproblemene øker og kvaliteten reduseres. Dette resulterte i en ny runde med mobilisering og store demonstrasjoner flere steder i landet. Folk var rasende over at helseministeren og regjeringa ikke vil gripe inn og stoppe den nedbygginga som foregikk. Dette viser hvilken betydning sykehusene har for tryggheten til folk, og den politiske sprengkraften som ligger i sykehuskampen. Sykehusene er en hjørnestein i den norske velferdsstaten, og folk ser på sykehusene som sine.

Det har kommet til uttrykk gjennom lokale innsamlinger til for eksempel dyrt røntgenutstyr som CT og MR. Derfor slår de ring rundt lokalsykehusene når de

blir truet. Mange sykehusaksjoner har sitt utgangspunkt i venneforeninger som hadde som viktigste formål å kjøpe inn ting som skulle bedre trivselen til pasientene. Selv om fokuset først og fremst har vært rettet mot de små lokalsykehusene i distrikts-Norge, har det også vært kamp mot nedskjæringer og for å opprettholde tilbud på store sykehus. Når tilbudene på lokalsykehusene bygges ned, vil presset på de store sykehusene øke.

Lokalsykehusutvalgets rapport.

Den forrige helse- og omsorgsministeren, Sylvia Brustad, nedsatte i 2006 en arbeidsgruppe som skulle fastlegge lokalsykehusenes oppgaver og innhold. To av ”motmeldingslegene” og lederen for KIL (Kommunenes interesseorganisasjon for lokalsykehus), som også var regionskontakt for Folkebevegelsen i daværende Helse Sør, var med i arbeidsgruppa. I mars 2007 ble utredningen fra lokalsykehusutvalget lagt fram på en konferanse i Oslo i regi av Folkebevegelsen. Utvalget hadde ikke mandat til å vurdere helseforetaksmodellen, men utredningen inneholdt hard kritikk bl.a. av finansieringssystemet og nærmest en slakt av omstillingsprosessene som hadde vært gjennomført på sykehusene. I en uttalelse fra Folkebevegelsen heter det at *”rapporten gir en god virkelighetsbeskrivelse på mange områder. Den slår fast at lokalsykehusene er ryggraden i norsk helsevesen og de fleste pasienter (50-70 %) som trenger øyeblikkelig-hjelp innleggelse kan ferdigbehandles på lokalsykehus. Det legges sterk vekt på behovet for å styrke både akuttmedisinsk- og breddekompetanse for å styrke lokalsykehusene. Vi er også glad for at rapporten legger stor vekt på at det må tas hensyn til værforhold, avstander, transporttid og kommunikasjoner når det gjelder krav til akuttberedskap på lokalsykehus. Slik sett inneholder rapporten mye som kan brukes i den videre kampen for et godt og likeverdig helsetilbud til befolkningen i hele landet.”* Videre heter det: *”Utvalget lanserer to modeller for lokalsykehus – lokalsykehus med akutfunksjoner og lokalsykehus med tilpassede akutfunksjoner. Folkebevegelsen mener at modellen med tilpassede akutfunksjoner, som innebærer døgnberedskap i indremedisin og en begrenset kirurgisk beredskap, åpner for en nedbygging av kirurgisk akuttberedskap på lokalsykehusene. Folkebevegelsen vil understreke at vi tidligere har slått fast at vi ikke aksepterer noen form for nedbygging av kirurgisk akuttberedskap ved lokalsykehusene våre! Vår konklusjon er derfor at forslaget om lokalsykehus med tilpassede akutfunksjoner må avvises. Denne modellen er ikke egnet for lokalsykehus i distrikts-Norge, og vil på lengre sikt ikke overleve.”*

Ut fra rapportens innhold er det tydelig at sykehuset i Mosjøen er et av utgangspunktene for denne typen sykehus. Kampen mot nedlegging av kirurgisk akuttberedskap i Mosjøen mobiliserte tidenes største demonstrasjon i kommunen i september 2006 med over 5000 deltakere. Det ga gjenklang over hele landet og helt inn i regjeringskorridorene da ordføreren på Dagsrevyen oppfordret Stoltenberg til å se seg om etter en ny helseminister. Sammen med de andre sykehusdemonstrasjonene den høsten skapte denne kampen et enormt press på departementet og Helse Nord, og viser klart den enorme kraften som ligger i folkelig mobilisering kombinert med hardt politisk arbeid. Vi vil også understreke den viktige rollen som en del helsepersonell, og særlig leger, på lokalsykehusene har spilt og spiller i sykehuskampen. Det gjelder både i Mosjøen og andre steder ved at de bruker fagkunnskapen sin for å gjendrive helsebyråkratens argumenter og utredninger. Erfaringene fra Mosjøen viser at lokalsykehus med tilpassede akuttfunksjoner både gir et dårligere tilbud til befolkningen, og at de andre lokalsykehusene opplever større arbeidspress og får korridorpasienter som et resultat av den reduserte kirurgiske beredskapen og aktiviteten. Det medfører økte belastninger for mange pasienter og økte transportutgifter. Inntektsgrunnlaget både for sykehuset og helseforetaket svekkes som helhet. En evalueringsrapport på oppdrag fra Helse Nord som ble lagt fram høsten 2008 bekrefter dette. Den såkalte hovedstadsreformen som ble vedtatt gjennomført av styret i Helse Sør-Øst i desember 2008, bygger på mye av dette tankegodset, og vil bety en voldsom sentralisering av akuttberedskap og andre tilbud i hele denne helseregionen.

Evalueringa av sykehusreformen.

Det er gjennomført en offisiell evaluering av sykehusreformen gjennom tre forskjellige forskningsrapporter på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Den siste ble lagt fram i februar 2007. Sylvia Brustad, som da var helse- og omsorgsminister, sendte ut en pressemelding hvor hun sa seg såre fornøyd både med evalueringene og reformen. Dette ble gjengitt ordrett i landets aviser, men ikke en eneste avis satte kritisk søkelys på disse evalueringene eller statsrådets pressemelding.

På bakgrunn av dette vedtok landssamlinga i Folkebevegelsen i mars 2007 å lage en egen, alternativ evaluering. Den alternative valueringen ble lagt fram på en konferanse i Oslo 3. september 2007, og vakte stor oppsikt. Den inneholder svært viktige faglige analyser fra framstående og anerkjente fagfolk, artikler og kronikker som viser konsekvensene av reformen på mange viktige områder.

Artikkelen som undertegnede forfattere av dette heftet bidro med, er gjengitt i en oppdatert utgave i dette heftet.

Fagforbundet har fått laget flere evalueringsrapporter om reformen, og én analyse av en av de offisielle evalueringsrapportene, Agenda Muusmann, som alle er laget av De Facto, Kunnskapssenter for fagorganiserte. Evalueringsrapportene "Når sykehus blir butikk" og For lite penger – for lite demokrati" anbefales for de som vil vite mer. I tillegg fikk Fagforbundet laget rapporten "Helsereform. utfordringer og løsninger" som vi kort har omtalt tidligere under avsnittet om innføringen av regnskapsloven og underfinansieringen. I tillegg til hovedforfatterne Jensen og Bollingmo, inneholder den bidrag fra Fanny Voldnes, registrert revisor og avdelingsnestleder i Næringspolitisk avdeling i LO (som også har en artikkel i Folkebevegelsens alternative evaluering), og Stein Østre, professor i forvaltningsøkonomi ved Høgskolen i Hedmark.

Rapporten ble lagt fram på et møte arrangert av Fagforbundet og LO i Oslo i januar 2008 og skapte rabalder. Den går i dybden på det økonomiske styringssystemet og avdekker viktige sammenhenger. I rapporten finner vi bl.a. følgende utsagn: *"De fleste tror at hovedideen med reformen var at staten skulle ha ansvaret. Organisasjonsmessig var imidlertid avvikling av direkte folkevalgt styring og innføring av forretningsstyring (New Public Management) det virkelig nye ved helsereformen."* Det påpekes at kombinasjonen forretningsregnskap, foretaksorganisering med styrer etter modell fra aksjeselskaper og stykkprisfinansiering svekker overordnet politisk styring. Dette stimulerer til at økonomisk lønnsomhet for det enkelte foretak vektlegges, ikke pasientenes behov. Det bidrar til konkurranse i stedet for samarbeid og gir mangelfull økonomistyring. Det trekkes fram at da dette systemet ble innført, skjedde tre viktige endringer: Felles system for budsjett forsvant, beregning og vurdering av investeringer ble erstattet av såkalte kapitalkostnader og resultatbegrepet netto driftsresultat ble erstattet av forretningsmessig overskudd/underskudd. Det påpekes videre at det nye systemet ikke har opplegg for budsjettering, og at det dermed ikke blir laget budsjettforslag som viser hva det samlet koster å drive sykehusene ut fra struktur- og standardkrav som stilles. Det foreligger heller ingen beregninger av konsekvenser bevilgningene vil ha for restrukturering og nedbygging av tilbud. Konsekvenser for helsetilbudet kommer først fram når RHFene (regionsforetakene) på eget initiativ lager budsjett. Departementet må vente på regnskapsresultatene for å se hvordan det går.

I rapporten sammenlignes det tidligere offentlige regnskapssystemet med forretningsregnskapet som er innført, og konkluderer slik: *”I stedet for et akkumulert regnskapsmessig underskudd på nesten 18 milliarder i perioden 2002-2006, ville foretakene ha hatt et netto driftsresultat, etter at renter og avdrag er dekket, på 3, 3 milliarder. Det er ikke noe dårlig resultat for en offentlig virksomhet.”*

Denne rapporten bare bekrefter og forsterker alle tidligere evalueringer som Fagforbundet har fått utført, og den alternative evalueringen til Folkebevegelsen. Rådgiver Unni Hagen, i Samfunnspolitisk enhet i Fagforbundet, har konkludert med følgende: *”Fagforbundet ønsker en kursendring. Målsettingen er å ta tilbake politisk kontroll og folkevalgt styring med utviklingen av spesialisthelse tjenesten, og stoppe markedstilpasningene og privatiseringen av tjenestetilbudet. Foretaksmodellen og bestiller/utførermodellen bør avvikles”*. Vi anbefaler sterkt alle som leser dette heftet, og vil vite mer om det som har skjedd, å lese både evalueringene som Fagforbundet har fått laget og den alternative evalueringen til Folkebevegelsen. Forfatterne av dette heftet skrev en artikkel i den alternative evalueringen med overskrift *”Sykehusreformen – 5 år etter.”* Vi gjengir her en oppdatert versjon av denne artikkelen.

Sykehusreformen - seks år etter.

Det politiske flertallet (AP, Frp og H) som vedtok sykehusreformen i 2001, var helt klare på at sykehusene skulle endres fra å være en del av infrastrukturen under direkte folkevalgt kontroll til å bli selvstendige bedrifter med forretningsmessig økonomi som overordnet mål. Statsminister Jens Stoltenberg sa f.eks. på et møte med de ansatte ved Buskerud sentralsykehus 4. desember 2000 at *”Det viktigste med denne reformen blir kontroll med økonomien. Et sykehus driver ikke forvaltning. Det driver tjenesteproduksjon.”* og sammenlignet sykehusdrift med industribedriften Aker Stord. Daværende helseminister Tore Tønne uttalte på samme møte: *”Sykehusdriften skal organiseres som foretak etter modell fra aksjeloven.”*¹

Sykehusene ble underlagt juridisk selvstendige styrer oppnevnt av helseministeren i de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakstyrene på sin side oppnevner de lokale helseforetakstyrene. Altså: ingen direkte folkevalgt kontroll. Styrene er derimot juridisk ansvarlige for å følge helseforetaksloven, dvs. først og fremst holde den økonomiske balansen i tråd med Regnskapsloven som erstattet kommunal regnskapsførsel. De enkelte sykehusene/helseforetakene skulle også inn i et markedslignende system der de

konkurrerer om pasientene med hverandre og med private sykehus, som nå ble likestilt: *"Helseforetakene kan produsere tjenestene selv, eller kjøpe nødvendige tjenester av andre tjenesteytere, f.eks. private spesialister, laboratorier eller private sykehus."*² Strategene i AP, Frp og Høyre gjorde således ingen utilsiktet tabbe, men gjennomførte en nøye planlagt maktovertagelse av sykehusene, fra folket (via sine folkevalgte) til private interesser (i foretakstyrene eller private sykehus). Ja, enkelte av forfatterne av Motmeldingen kalte sykehusreformen for et bevisst kupp³ pga. svært kort høringsfrist (6 + 6 uker) og nærmest fravær av debatt. Konsekvensene som ble varslet i Motmeldingen, har slått til for fullt. I denne artikkelen vil vi gjennomgå noe av det viktigste som har skjedd i de vel seks årene etter at reformen ble innført.

Avdemokratisering.

Odelstingsproposisjon nr. 66 (2000-2001) "Om lov om helseforetak m.m." argumenterte aktivt imot at helseforetakstyrene skulle ha folkevalgt eller annen representasjon: *"Å la enkeltgrupper og enkeltinteresser representeres vil dessuten stride mot ideen om styret som et kollegialt organ. Det vil likevel være åpent for å utpeke aktive politikere til styrene. Styredeltakelsen deres skal i så fall ikke være knyttet til en politisk posisjon"*.⁴ Det hjelper derfor lite at den rød-grønne regjeringen i et forsøk på å redusere det demokratiske underskuddet har innført at et flertall av styremedlemmene i helseforetakene skal oppnevnes blant folkevalgte fra kommune eller fylkeskommune. Helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad var da også raskt ute med å påpeke at politikere i helseforetakstyrene ikke representerer noen, men må følge helseforetaksloven.

Utviklingen etterpå har bekreftet dette med få unntak. I styret i Helse Nord kom dette klart til uttrykk i forbindelse med konflikten rundt nedleggningen av den kirurgiske akuttberedskapen i Mosjøen. Kun én av de folkevalgte representantene stemte for et forslag fra de ansattes representanter i styret i mai 2006 om å utsette iverksettelsen av vedtaket. Bakgrunnen for forslaget var at Helse Nord i løpet av høsten 2006 ville sette i gang et prosjekt for å utarbeide en strategi for lokalsykehusenes funksjon.⁵ De ansattes representanter mente derfor at det ville være ukløkt å iverksette vedtaket om nedlegging av kirurgisk akuttberedskap i Mosjøen før prosjektet var avsluttet. Én av de folkevalgte representantene som stemte mot utsettelse var SVs ordfører i Rana, Inge Myrvoll. Han påpekte i den opphetede debatten i media etterpå at han ikke representerte noe parti i styret, men var utnevnt av departementet og underlagt helseforetaksloven. Erfaringene så langt fra andre helseregioner viser det samme. Vi har også sett at styreprerentanter som er kritiske og går mot

administrasjonen, har blitt skiftet ut. ⁶ En annen viktig side ved demokratispørsmålet er de ansattes rett til å si fra om forhold som de finner kritikkverdige. Helsearbeidere har en lovpålagt plikt til å påpeke uforsvarlige forhold i helsetjenesten og forslag som truer kvaliteten på helsetjenestene. ⁷ Ansatte, f.eks. ved Stokmarknes sykehus, har blitt forsøkt truet til taushet. Og klinikkjef Tom Glomsaker ved kirurgisk avdeling på Sentralsjukehuset i Rogaland ble avskjediget på dagen 21. november 2003 pga. ”illojalitet, tillitsbrudd og samarbeidsproblemer”. Støttet av et samlet legekolegium hadde han forsøkt å stoppe et overdimensjonert dagkirurgisenter (ledelsen hadde regnet ut det ville gi 30 millioner kr. i årlige inntekter) som ville vært en ulykke for sykehuset, faglig og driftsmessig. ⁸

Dette var også en planlagt hensikt med Sykehusreformen, sitat: *”Når sykehusene...er underlagt direkte politisk styring, vil enkeltaktører i sykehusene (fagfolk, vår anmerkning) ha større muligheter til å vinne frem, eller skape støy, rundt styringsmessige forhold...En av hensiktene med foretaksorganisering er å redusere muligheten for denne type spill og dermed understøtte ledelsesautoritet”*. ⁹ Kort sagt: Politikere og fagfolk ut, byråkrater og økonomer (”blårussen”) inn.

Sentralisert akuttberedskap og fødetilbud.

Etter at Sykehusreformen ble innført er den kirurgiske akuttberedskapen redusert, vedtatt redusert eller nedlagt på en rekke sykehus landet over: Stensby, Odda, Lærdal, Florø, Nordfjordeid og Mosjøen. Fødeavdelingen er omgjort til fødestue i Lærdal og Mosjøen. Store folkeaksjoner stoppet forslag om redusert kirurgisk akuttberedskap ved sykehusene på Notodden og Kongsberg i to omganger. ¹⁰

Akuttberedskapen har blitt ofret eller redusert pga. bedriftsøkonomiske lønnsomhetskalkyler. Overordnede helsepolitiske og samfunnsøkonomiske hensyn har liten vekt i helseforetakssystemet. Et godt eksempel på denne sentraliseringen, og de konsekvensene den får, er nedleggingen av den kirurgiske akuttberedskapen i Mosjøen fra 1.november 2006. De pasientene som ble rammet av dette måtte da sendes til Sandnessjøen (mage-tarm) og Mo i Rana (ortopedi). Dette medførte langt flere innleggelser pr. døgn i kategorien øyeblikkelig-hjelp på Rana sykehus uten at det var kommet en eneste ny stilling eller en eneste ny seng. Fjerde juledag 2006 lå det for eksempel tre pasienter på korridoren, mens det ellers om årene hadde vært en relativt stille periode. Denne situasjonen har vedvart, og det har vært kronisk overbelegg med 1-2 korridorpatienter hele tida. Situasjonen er tilsvarende på mange andre sykehus

uavhengig om det er lokal- eller sentralsykehus. Kravet om at ingen pasienter skal ligge på korridor, brytes daglig ved norske sykehus. Hovedproblemet er, nå som tidligere, at de medisinske akuttavdelingene har for få sengeplasser.

Men spørsmålet om akuttberedskap har også en utdanningspolitisk side. Nyutdannede legespesialister er ”smalere” enn før og har i utgangspunktet ikke den nødvendige kompetansen som trengs i akuttkirurgi på lokalsykehus. Dette kan reverseres gjennom enkle grep, f.eks. obligatorisk utdanning i generell vaktkompetanse etter BEST-modellen. Men stort er kanskje best? Mange leger mener det. Til disse vil vi si: ”Bykrigen” i USA har lært oss at det er umoderne og direkte livsfarlig å utsette/sentralisere skadebegrensende kirurgi på alvorlig skadde pasienter, såkalt damage control surgery, som er enkel å lære (trening på gris) og enkel å utføre. Etter pakking av ytre og indre blødninger, evt. enkle stabiliseringer av større brudd og oppvarming, kan pasienten fraktes til regionsykehus for endelig kirurgi under fysiologisk gode betingelser. For det andre, Akuttutvalgets innstilling (NOU 1998:9) gikk gjennom 200 undersøkelser og kunne ikke finne noen sammenheng mellom volum og kvalitet innenfor vanlig kirurgi. Dette er bekreftet av andre undersøkelser gjort av bl.a. SINTEF i Trondheim. Gode kirurger er gode og dårlige er dårlige, uavhengig av volum.¹¹ For det tredje er små sykehus gjennomgående mer kostnadseffektive enn store sykehus.¹²

Privatisering av spesialisthelsetjenesten.

Pga. likestilling mellom offentlige og private sykehus er det etter sykehusreformen blitt opprettet 23 private sykehus med i alt 165 nye sengeplasser i Norge.¹³ Helse Midt-Norge brukte f.eks. 200 mill. offentlige kroner på private sykehus i 2004, og andelen pasienter fra regionen behandlet ved private sykehus gikk opp fra 0, 6% i 2002 til 6, 1% i 2004.¹⁴ Men er ikke private sykehus et godt, effektivt og nyttig supplement og korrektiv til de offentlige sykehusene slik noen påstår?

Til det vil vi si: De private sykehusene tar imot de minst syke og mest lønnsomme pasientene. Siden vi har spesialistmangel i Norge, blir det på bekostning av pasientene med størst behov. Særlig har dette blitt merkbart innenfor plastisk kirurgi der ventetiden for f.eks. vanskadede brannskadde eller barn med hareskår har økt betydelig fordi så mange plastiske kirurger har gått over i det private med tredobbel lønn, eller mer.¹⁵ For det andre tar ikke de private sykehusene noe ansvar for akuttberedskap eller utdanning. Det er ulønnsomt. Og de fjerner mange pasienter fra de offentlige sykehusene, pasienter som kunne vært verdifulle i legespesialistutdannelsen.

Nye private sykehuseiere har opplevd helt vanvittige fortjenester. Aftenposten hadde en gjennomgang av diagnosekodingen av en del små inngrep ved private sykehus.¹⁶ Det viste at det til og med var innført to sett med prislister der private sykehus fikk mye bedre betalt enn offentlige poliklinikker, for å gjøre akkurat samme jobben. Staten betalte altså mangedobbelt pris for å få private sykehus til å utføre enkle inngrep. Pengene ble tatt fra det offentlige helsebudsjettet. På grunn av denne overbetalingen til de private, ble det mindre igjen til de offentlige eide sykehusene.

Etter innføringa av sykehusreformen har også innleie av sykepleiere og hjelpepleiere gjennom utleiebyråer økt i omfang. Sykehusene betaler ikke bare helsepersonellens lønn, de betaler i tillegg fortjenesten til de private utleiefirmaene. Utleiebyråer som Achima Helse AS, sveitsiske Adecco Helse AS og svenske Active Nurse AS vokste kraftig. Achima Helse AS økte sin omsetning fra 4 millioner i 2001 til 85 millioner i 2005.¹⁷

Vi har også fått en lønnsadel på toppen og en ukontrollert lønnsvekst blant legene på de store sykehusene i konkurranse med privatsykehusene. Leger og andre som investerte i private småsykehus, opplevde en avkastning hinsides det som oppnås i vanlig næringsvirksomhet. Aksjonærer med sugerør i statskassen sopet inn kjempeprofitter.

Ett eksempel er Klinikk Stokkan AS i Trondheim.¹⁸ Legene Frode Samdal og Ola Evjen satset 30 000 kroner hver i aksjekapital. I tillegg gikk næringslivsmannen Ragnar Lyng inn med 40 000 kroner i friske penger. Med en aksjekapital på 100 000 kroner opprettet de Klinikk Stokkan AS. Stiftelsesmøtet var 5. desember 2000, dagen etter at daværende helseminister Tønne besøkte Buskerud sentralsykehus og kunngjorde at helserevolusjonen var startet. Det første driftsåret ga et skattefritt utbytte på 3 976 000 kroner til de tre eierne. Siden gikk det bare bedre og bedre slik oversikten nedenfor viser.¹⁹

Eiernes skattefrie utbytte 2001-2004 av de 100 000 kr som er aksjekapitalen i Klinikk Stokkan AS

	2001	2002	2003	2004
Utbetalt utbytte	3.976.000	7.600.000	16.900	18.920.000
Utbytte i % av aksjekapital	3 976 %	7 600 %	16 900 %	18 920 %

Den voldsomme veksten i private, kommersielle sykehus stoppet opp i 2006. Det skyldes nok både politiske føringer fra den rød-grønne regjeringa og at det fins et begrenset marked for denne typen privat virksomhet.

Pengeetikk framfor fagetikk.

Mest betenkelig ved Sykehusreformen er etter vår vurdering det skiftet av behandlingskultur som den fremmer, fra uegennytte og pasientens beste som mål og drivkraft (fagetikk) til egennytte, lønnsomhet og ”produksjonstall” som mål for sykehusdriften (pengeetikk). Økonomi og såkalt effektivitet - flest mulig pasienter behandlet på kortest mulig tid med minst mulig bruk av personell og ressurser - er blitt alle tings målestokk. Dette har forplantet seg helt ned på grunnplanet i sykehusene. Vi kaller dette for ren ukultur i medisinsk behandling! Det fremmer også dårlig arbeidsmiljø.²⁰

Vi har sett tildels bisarre utslag av dette allerede. Velkjent er overkodingen av snorkepasienter i Helse Sør der en lege lot seg engasjere av ledelsen til å ”tøye” diagnosene i betydelig prisgunstig retning. Men Helse Sør var ikke noe særtilfelle. En undersøkelse som SINTEF Unimed gjorde av norske sykehus i 2003 viste en overkoding på 3,7% hvilket gav sykehusene samlet sett en urettmessig merinntekt på ca. 500 millioner kroner.²¹ Riksrevisjonen måtte slå ned på overkoding ved 16 sykehus året etterpå.

Hovedpoenget vårt er imidlertid ikke jukset, selv om det er alvorlig nok både for ledelsens og helsearbeidernes etikk og integritet, men fokusskiftet: Rundt omkring på sykehusene diskuterer legene koder, priser og ”produksjon” (et ord som burde være forbudt når det gjelder behandling av mennesker), eller akker seg over hvor mye tid som går med til slikt – tid som heller skulle vært brukt på pasientenes problemer. ”Epikrisene er blitt som fakturaer med korte forklaringer,” lød det oppgitt fra en Oslo-kirurg.²² Uttalelsen spissformulerer det faktum at sykehusreformen, dens bedriftsøkonomiske styringssystem og høye stykkprisandel (p.t. 40%) fører mye fokus vekk fra pasienten selv, sykehistorien, hans/hennes problem og over på hvor stor ”produksjon” og hvor lønnsomt og effektivt man må drive. Dette medfører igjen en ond sirkel av kortere og mer overfladiske kliniske undersøkelser (som tar tid) på den ene siden og for mange dårlig funderte billeddiagnostiske undersøkelser på den andre. Dette vil nødvendigvis måtte gå ut over behandlingskvaliteten.

Takster på all behandling

Fra 01.01.07 ble det innført takster på omtrent alt som skal gjøre poliklinisk (eks. forskjellige takster på undersøkelser av ulike kroppsavsnitt, noe som

tidligere var inkludert i egenandel og trygderefusjon). I samme butikkånd foreligger det planer om at også prosedyrer påinnlagte pasienter takstes (eks. at leger/sykepleiere må skrive takster på inneliggende pasienter for hvert sårskift, kateterinnleggelse, venflon-innleggelse etc.).

Dette forsterker markedstenkningen rundt pasienten (uetisk tenkning og prioritering i "lønnsomme" og "ulønnsomme" pasienter). Det bereder også grunnen for ytterligere privatisering av det norske sykehusvesenet fordi systemet gjøres klar til å bli overtatt av private aktører. Det byråkratiserer lege- og sykepleierarbeidet ved å øke tiden som går med til å finne de rette kodene, bort fra direkte pasientrettet virksomhet. Byråkratiseringen forsterkes ved at noen sykehus må ansette egne folk for å sjekke om kodene er riktige. Dette er urasjonelt medisinsk sett, men neppe sett gjennom øynene til de markedsøkonomiske yppersteprestene. Bli det kodet etter hvilken rekkefølge i pasientforløpet som gir mest penger og ikke i medisinsk faglig riktig rekkefølge, vil man heller ikke få frem riktige opplysninger. Systemet med stykkprisfinansiering stimulerer i seg selv til slik "kreativ koding" eller kort sagt juks og det har det vært mange eksempler på etter at Sykehusreformen ble innført. Det er et kraftig press på sykehusene til å "flagge ut" sengene sine til sykehotell der pasientene selv må betale en (foreløpig) liten egenandel. Grunnen beredes for betaling for sykehusopphold slik som vi kjenner det fra USA, med den forskjellen at folketrygden (foreløpig?) er den dominerende betalende instans.

Sykehusene skal følge regnskapsloven.

Fordi sykehusbevilgningene har blitt økt, har flere pasienter blitt behandlet. Men Stortinget har likevel helt systematisk bevilget mindre penger enn det som trengs for både å opprettholde virksomhet og vedlikeholde bygninger og utstyr. Når en hører at noe går med *underskudd* i år etter år, tenker en gjerne på useriøs drift og fare for nedlegging eller konkurs. Men bedriftsøkonomiske begrep som *overskudd* og *underskudd* er helt uegnet for å vurdere nytten vi har av offentlige sykehus. Gode sykehus er jo i seg selv en av samfunnets helt nødvendige utgiftsposter. Å snakke om *underskudd* eller *overskudd* er meningsløst. De viktige spørsmålene er om pasientene får den behandlingen de trenger, om Stortinget gir sykehusene nok ressurser og om hvert sykehus bruker tildelte ressurser på en helsefaglig fornuftig måte.

Overskudd eller *underskudd* kan ikke gi svar på noen av de spørsmålene.

Helseforetakene ble fra første dag pålagt å følge regnskapsloven. I praksis er dette den samme regnskapsformen som brukes av aksjeselskapene i privat

sektor. Stortinget og regjeringen har brukt lovens regler om avskrivninger for å flytte ansvaret for innskrenkninger vekk fra politikerne og over til styrene i foretakene. Derfor trengs det en forklaring på hvordan avskrivningsreglene virker.

Regnskapsloven krever at et foretak foretar så store avskrivninger hvert år at foretaket har nok penger til å fornye bygninger og maskiner når dette blir nødvendig. Det skal virke slik: En maskin som kjøpes for ti millioner kroner og antas å ha en levetid på ti år, skal utgiftsføres (avskrives) med en million kroner pr år. Svært forenklet kan vi si at regnskapsloven pålegger bedriften «å sette av» en million kroner årlig. Da har bedriften ti millioner i banken når maskinen etter ti år er nedslitt og må skiftes ut. I praksis foregår det selvsagt ikke akkurat slik. Men den gode tanken med regnskapslovens regler for avskrivninger, er at bedriftens framtid skal sikres ved at man alltid må sette av penger til nødvendig utskifting.

Bondevik-regjeringen, som var sykehuseier, ba styrene i de regionale helseforetakene om å bryte disse punktene i regnskapsloven. De ulovlige forholdene var velkjente og fikk lov til å fortsette. Allerede i oktober 2003 foreslo regjeringen kunstig lave avskrivninger i helseforetakene, slik at *”foretakene over tid vil være i stand til å gjenanskaffe om lag tre fjerdedeler av den beregnede gjenanskaffelsesverdien av kapitalen”*. Det betydde at en fjerdedel av bygninger og maskiner ikke skulle fornyes. Omregnet i kroner var det snakk om ikke å gjenanskaffe bygninger og maskiner for nesten 30 milliarder kroner.

Dette er en metode for å tvinge helseforetakene til å selge tomter og bygninger eller legge ned avdelinger eller hele sykehus. I et oppslag i Helgeland Arbeiderblad 29. juni 2004 uttalte daværende styreleder i Helse Nord, Olav Helge Førde, at han ville ha klar beskjed fra helseministeren dersom målet var å legge ned sykehus i Nord-Norge. Bakgrunnen for uttalelsen var at helsedepartementet hadde pålagt foretaket å redusere eiendomsmassen med 29 prosent. Denne situasjonen ble også mye omtalt i Helse Sør. I Fædrelandsvennen 24. oktober 2004 kunne vi lese følgende: *”Helse Sørs direktør Asbjørn Hofslie varsler at styret må ta stilling til om det vil avvikle driften ved enkelte sykehus og selge bygningene.*

I forslaget til statsbudsjett for 2005 innrømmer den daværende regjeringen at avskrivningene er for lave, og sier *” at foretakene de nærmeste årene skal kunne trappe opp de samlede avskrivningene til 3,8 milliarder kroner”*. Og videre:

*”De økte avskrivningene skal motsvares av tilsvarende økt effektivisering av driften”.*²³

Forskning og pasienter taper.

Lønnsomhet og økonomisk effektivitet tok med ett fokus - på bekostning av behandlingsetikk og faglig kvalitet. Idealet er blitt jo flere pasienter som behandles på kortest mulig tid og med bruk av minst mulig ressurser, desto bedre, dvs. flere stykkprisinntekter. ”Offentlige sykehus prioriterer de friskeste pasientene som det er billigst å behandle. Alvorlig syke må vente i månedsvis.” Dette var konklusjonen i en rapport basert på pasientdata fra alle sykehus i perioden 2000-2003. ”Denne utviklingen er kommet etter at staten overtok driften av sykehusene, og det er spesielt tydelig i 2003, uttalte forsker Pål Martinussen ved Institutt for helseledelse og helseøkonomi.²⁴

Antall klagesaker i Pasientskadeerstatningen økte betydelig. På selveste kvinnedagen 8. mars 2007 kunne vi høre på nyhetene at antall alvorlige fødselskader med varige hodeskader (cerebral parese) som utgang økte fra 11 i 2005 til 26 i 2006. I Rana Blad kunne vi lese om overfylte fødeavdelinger over hele landet, liggetiden er flere steder redusert til to døgn etter fødsel²⁵, og fødsler har til og med måttet foregå på kontor (Ullevål).²⁶

Tall fra SINTEF Samdata viste at det ble 5400 flere svingdørspasienter fra 2004-2005 og at mer enn 81000 pasienter måtte reinnlegges på norske sykehus i 2005. Andelen pasienter innlagt som øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskrivning økte fra 10 prosent i 2001 til 11 prosent i 2005. ”Jeg er bekymret for at dette er en konsekvens av for stor vektlegging av effektivitet og pasientgjennomstrømming, mens kvaliteten kommer i andre rekke”, uttalte daværende leder i Norsk Sykepleierforbund, Bente Slaatten i en kommentar til nettavisa Helserevyen online. ”Norske sykehusledere er så opptatt av budsjetter og ventelistepasienter at de mister styringen på resten. Forskning og kompetanseutvikling lider aller mest.” Dette var headingen i en artikkel i Dagsavisen.²⁷ Videre kan vi lese at ”Sykehusreformen har ikke ført til noen bedring for pasienten. Med mindre du tilhører en gruppe pasienter som er medisinsk interessant, står du svakt.” Dette siste er hentet fra en undersøkelse gjort av forsker Egil Marstein ved Handelshøyskolen BI. Han sier til Dagsavisen at konsekvensene av den statlige sykehusreformen er alvorlige: - *Jeg ser tydelig i min undersøkelse at det kun er de politiske målene som betyr noe. Det handler i det store og hele om budsjetttrammene og det som kan måles økonomisk på kort sikt. Konsekvensene av dette er i verste fall at norsk medisin ”råtner på rot”.* Dette er helt i tråd med det Motmeldingen påpekte om at ”Fagutvikling vil

hemmes på grunn av konkurranse mellom sykehusene og fordi opplæring blir "ulønnsom" aktivitet.

Byråkratiet vokser.

I en artikkel i Dagbladet finner vi følgende opplysninger²⁸: I 1993 var det ansatt 5386 personer innenfor administrasjon og kontorarbeid i norske sykehus. Ti år etter, ved utgangen av 2002, var antallet økt til 9345. Det er bare sykepleiere det er flere av i norske sykehus. I artikkelen kommer det fram at det første driftsåret etter innføringa av Sykehusreformen ble det tilført hele 475 flere stillinger til administrasjon og kontorarbeid. Kostnaden for dette var rundt 200 millioner kroner. Ingen andre yrkesgrupper i sykehusene økte på langt nær tilsvarende.

I et intervju i det samme oppslaget sier leder for Yngre legers forening, Yngve Mikkelsen, til Dagbladet at legenes hverdag i stadig større grad går med til papirarbeid og at mengden papirarbeid øker i takt med økende antall administrativt ansatte. Han sier videre at *"byråkratenes makt i sykehus-Norge er kraftig forsterket de siste åra, og personlig ser jeg på det som en ulempe. Når helseforetakene tvinges til innsparinger, går det utover det medisinske tilbudet. Man salderer bort helsetjenestene fra pasientene. Men tilsvarende skjer ikke innenfor administrasjonen."* Han beklager at helsevesenets hovedfokus i dag rettes mot budsjettbalanse og økonomistyring, ikke mot samfunnets totale behov for helsetjenester. *"Byråkratiets voksende makt innenfor helsevesenet gir skremmende perspektiver"*, sier han i intervjuet. Motmeldingen påpekte at *"Byråkratiet vil vokse og dominere fagmiljøene i sykehusene."*

Med innføringen av sykehusreformen har det vokst fram en lønnsadel på toppen. De fire administrerende direktørene som styrer hver sin helseregion, tjener mellom 1,4 millioner og 1,78 millioner kroner i ren lønn i 2007, skrev Dagbladet i et oppslag. Til sammenligning var topplønnen til fylkeshelsesjefene i 2001, året før sykehusreformen ble innført, 475 000 kr.²⁹

Arbeidsmiljøet blir svekket.

Mange sykehus var preget av autoritær lederstil og tungrodd byråkrati også før Sykehusreformen ble innført. Den årvisse underbudsjetteringen har siden da bare økt presset på de sykehusansatte. Svarene som Arbeidstilsynet fikk på en større, landsomfattende spørreundersøkelse høsten 2004, sa mye om akkurat det: Drøyt 60 prosent er helt eller delvis enige i at det skjer for mange omorganiseringer og omlegginger på arbeidsplassen. At enhetlig ledelse har styrket helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet i norske sykehus er en påstand som 79 prosent av legene sier seg uenige eller delvis uenige i. Tilsvarende tall for

sykepleiere og hjelpepleiere er henholdsvis 77 og 56 prosent. Mellom 50 og 60 prosent mener at sammenlignet med for 2 år siden har arbeidstempoet blitt større og at de økonomiske resultatkravene har økt. 55 prosent av de spurte sier at de ofte må sløyfe lunsj eller pauser fordi det er så mye å gjøre på jobben.³⁰ I 2005 gjennomførte Arbeidstilsynet sin God Vakt-kampanje. Det var til da den største og mest samordnede undersøkelsen av arbeidsmiljøet ved norske sykehus. - *Systematisk HMS-arbeid er en salderingspost på norske sykehus*, sa Arbeidstilsynets prosjektleder Tom Østhagen da resultatene forelå.³¹

Innsatsstyrt finansiering (ISF) rammer de sykeste.

Sommeren 2007 ble det lagt fram en evalueringsrapport om finansieringsordningen i sykehusene.³² Den viser at dagens ordning med stykkpris fører til at sykehusene prioriterer «lønnsomme» pasienter.”*Feilprioritering av pasienter, dårligere kvalitet på behandlingen og uforutsigbarhet for sykehusenes økonomi er noen av de uheldige konsekvensene av dagens finansieringsordning, viser en evaluering av ordningen*”, skriver Aftenposten. Myndighetene forslår likevel å videreføre ordningen. Evalueringsrapporten er laget av Sosial- og Helsediretoratet (SHdir) på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

”*Dagens system har klare mangler, men vår vurdering er at det ikke finnes alternativer som er bedre. Problemene vi ser er til dels alvorlige, men vi ser også at det er et stort potensial for forbedring*”, sier direktør Bjørn-Inge Larsen i SHdir til Aftenposten.³³ Denne rapporten bare bekrefter den kritikken som er reist mot denne ordningen, men vi ser at de sentrale helsemyndighetene ikke er villige til å ta konsekvensen av det. Motmeldingen foreslo å redusere stykkprisfinansieringen (ISF) til 10 % av inntektsgrunnlaget, og øke den statlige rammefinansieringen til 90 %.

Tillitssvikt.

På område etter område ser vi at Sykehusreformen har fått de konsekvensene som ble påpekt i Motmeldingen. Vi ser også at befolkningen reagerer sterkt på det som skjer. I den årlige Pfizerundersøkelsen der 4000 nordmenn i hele landet svarer på spørsmål om egen helse og forholdet til helsevesenet kommer det fram at kun to prosent av befolkningen uttrykker stor tillit til landets

helsepolitikere.³⁴ Dette plasserer dem på en sisteplass når det gjelder nordmenns tillit til landets helseaktører. Også helseforetakene og fastlegene opplever sviktende tillit i befolkningen.

- Økonomi- og markedsspråket har overtatt helsedebattene og fortrent begrepene folk forbinder med helsevesenets kjernevirksomhet, som er å forebygge, helbrede og lindre sykdom. At helsevesenet ensidig blir sett på som en utgift og ikke en investering gjør det vanskeligere for folk å stole på at landets helsepolitikere setter hensynet til helsen deres først, sier dr. Grethe Aasved, direktør for samfunnskontakt i Pfizer.

- Nærhet og omsorg forbindes først og fremst med sykepleiere og fastleger. Helseledere og helsepolitikere forbindes med kostnadseffektivitet og utgiftskutt. Sykepleierne er de store tillitsvinnerne fordi de møter pasientene ansikt til ansikt og representerer trygghet og nærhet, de utgjør dermed en kontrast til dem som styrer helsevesenet, konkluderer Aasved.

Konklusjon.

I Motmeldingen heter det: ”Sykehusene må være en del av velferdsstatens infrastruktur, ikke selvstendige konsern og selskaper underlagt bedriftsøkonomiske lover”. Utviklingen har vist hvor viktig og riktig dette er. Sykehusene skal ikke drives som butikker. De skal tvert imot gi befolkningen et forutsigbart og trygt spesialisthelsetilbud når behov melder seg slik at folk skal tørre å bygge og bo i landets ulike distrikter. Det betyr at hele sykehusreformen og stykkprisfinansieringen må stoppes snarest mulig før forandringene av infrastrukturen - nedlagte sykehus, private sykehus, ødelagte fagmiljøer etc. – og før de mentale forandringene - fra fagetikk til pengeetikk - og blir for store og irreversible, og gjør overgang tilbake til et politisk forvaltningsstyre (f.eks. statlig) og en nasjonal helseplan umulig. Skottland avvirket sitt helseforetakssystem i 2004 etter lignende dårlige erfaringer. Nå må Norge følge etter. Statsminister Jens Stoltenberg tok feil da han 4. desember 2000 uttalte: ”Et sykehus driver ikke forvaltning. Det driver tjenesteproduksjon.”³⁵ Sykehusene er nettopp forvaltning, og tilhører folket gjennom sine folkevalgte, ingen andre!

Den nye helse- og omsorgsministeren, Bjarne Håkon Hanssen, har varslet en ny reform som har fått navnet samhandlingsreformen. Vi erklærer oss enige i Folkebevegelsens syn i sin uttalelse fra landssamlinga i november 2008 der de konkluderer slik: ”Vi er ikke uenige i at det er behov for bedre samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Dette ble bl.a. påpekt i lokalsykehusutvalgets rapport som ble lagt fram i mars 2007. Men skal en slik reform få effekt, må regjeringen og Stortinget først fjerne det største hinderet: Helseforetaksorganiseringen, økonomistyringssystemet, manglende demokrati og en bedriftsøkonomisk tankegang der sykehus har blitt butikk.”

Tida er overmoden når det gjelder å sette selve sykehusreformen på dagsorden. Skottland avvirket helseforetaksmodellen i 2004 etter lignende dårlige erfaringer. Under slagordet ”Samarbeid – ikke konkurranse” er markedsstyringa avvirket og sykehusene flyttet tilbake til offentlig forvaltning. Vi må gjøre det samme.

EUs helsedirektiv.

Høsten 2008 var det noen korte kommentarer i media til EUs helsedirektiv uten at noen ble noe klokere av det. Dette direktivet, som egentlig heter ” Forslag til direktiv om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester”, vil få store konsekvenser hvis det blir innført via EØS-avtalen i Norge. Det betyr at prinsippene om de fire frihetene vil bli innført innenfor helsetjenesten, og at landene både i EU og EØS dermed må forplikte seg til å tillate etablering av private selskaper. Med dagens sykehusreform, og det forretningsbaserte økonomistyringssystemet som allerede er etablert, ligger alt til rette for økt privatisering og kapitalinteressenes inntog i helsesektoren.

NHO var raskt på banen. Under overskriften ”På tide å tjene penger på sykdom” hadde nettutgaven av dagens Næringsliv et oppslag 7. januar der de refererer fra en NHO-konferanse hvor dette ble diskutert. En amerikansk deltaker uttalte bl.a. at *”16 millioner amerikanere vil om få år reise utenlands for helsebehandling. Dette vil de betale 50 milliarder dollar for, der de finner de beste prisene og den beste kvaliteten på tjenestene.”* Hun pekte også på hvordan løsninger i skjæringspunktet offentlig helsevesen og private tilbud skaper muligheter for verdiskapning og vekst, og oppfordret nåværende næringsminister og tidligere helseminister Sylvia Brustad til å legge til rette for det. Til dette svarte Brustad at *”Det er viktig å bringe næringslivet og helsesektoren nærmere sammen. Det vil gi bedre pasientbehandling, bedre kvalitet på tjenestene, og samspillet vil kunne skape forretning.”* Et svar som må lyde som musikk i ørene på de som vil høste profitt på sykdom og folks helseproblemer. Folk i Norge må få vite om dette direktivet, og konsekvensene av det.

Nøkkelen til å mobilisere motstand mot dette er fagbevegelsen. I likhet med arbeidet mot sykehusreformen da den ble lansert, er det Fagforbundet som går i spissen. I en høringsuttalelse skriver de bl.a. følgende: *”Direktivet åpner opp for kommersielle helseaktører til å skimme fløten, gjennom å tilby helsetjenester for relativt enkle uprioriterte tilstander. Konsekvenser med en slik utvikling har vi allerede kunnskap om med de erfaringer vi har med dagens sykehusorganisering. Etableringen av kommersielle sykehus etter innføringen av*

sykehusreformen har gitt god uttelling av offentlige helsemidler for eierne av de nyetablerte kommersielle sykehusene, stikk i strid med intensjonen for helsepolitikken. Et helsedirektiv for Europa vil åpne opp for slike etableringer i langt større omfang. Dette vil gi press på de offentlige tjenestene, og dermed redusere styring og kontroll med den nasjonale helsepolitikken.

Sosial dumping kan også være en utilsiktet konsekvens av direktivet. Regjeringene kan spekulere i at visse tjenester kan "kjøpes" billigere utenlands, og dermed true lønns- og arbeidsvilkår hjemme. På lang sikt kan dette skape en usunn konkurransesituasjon som kan lede til forverring av spesielt store ansatte gruppers arbeidsforhold. Sykehusene vil konkurrere om de aller beste spesialistene, og la de store ansattegruppene betale for konkurransen.

Direktivet legger opp til et nytt europeisk helsemarked basert på markedsøkonomiske prinsipper. Det er nærliggende å anta at i et rent marked vil de enkelte helseinstitusjoner søke å minimalisere og begrense sine kostnader mest mulig for å kunne møte konkurranse fra andre aktører. Dette vil kunne medføre dramatiske kutt i personalkostnader, noe som igjen vil kunne gå ut over kvaliteten på de tjenester som tilbys. Tilsvarende vil også sosiale ordninger måtte tåle sammenligninger på tvers av landegrensene. Dette kan medføre uheldige konsekvenser i form av nedbygging av anerkjente sosiale rettigheter. Særlig der dette setter allment anerkjente tariffavtalte rettigheter under press. Avtaler inngått mellom partene i arbeidslivet, og som det råder bred konsensus om. Vi er bekymret for utviklingen særlig når dette direktiv sees i sammenheng med tjenstedirektivet. Vi ser en fare for at en innføring av pasientrettighetsdirektivet og tjenstedirektivet åpner for sosial dumping.” Vi er helt enig i Fagforbundets syn, og vil oppfordre til at arbeidet mot direktivet blir en viktig del av den pågående sykehuskampen, og at det tas inn som en del av Rødt sin helsepolitiske dagsorden i stortingsvalgkampen.



Vårt alternativ.

Bosetting, geografi og klima, verdiskaping, likeverd, omsorg og solidaritet må være styrende for helse-Norge. Ikke økonomenes krav om kostnadseffektivitet eller enkelte legers personlige behov og syn på spesialistutdanningen, med en stadig økende spesialisering som skaper større inntektsmuligheter i et markedsstyrt helsevesen. Utdanningen av legespesialister er et av de mest sentrale helsepolitiske spørsmålene fordi det legger sterke føringer for hva slags helsevesen vi skal ha, og er avgjørende for lokalsykehusenes framtid. Derfor må denne utdanningen underlegges samfunnsmessig styring slik at legene som utdannes kan dekke befolkningens behov i hele landet, og er i samsvar med politiske mål om desentralisert bosetting.

Vi mener at alle skal ha rett til gratis behandling på sykehus når de trenger det. Sykehusene skal være en del av det offentlige velferdstilbudet og underlegges offentlig forvaltning og politisk styring. Hvorvidt det skal være fylkeskommunal eller statlig forvaltning er en egen diskusjon. Vi vil oppheve lov om helseforetak og erstatte den med en ny lov som slår fast at hver enkelt innbygger har rett til gratis sykehusbehandling. Vi mener at det er statens plikt å sørge for de sykehusene og tilbudene som befolkningen har behov for, og statens finansiering må dekke dette.

Vi vil ha en finansieringsmodell som i all hovedsak er rammebasert, og der fordelingen av midlene skjer på grunnlag av en nasjonal helseplan med politisk vedtatte planer om bl.a. sykehusstruktur og funksjonsfordeling. Regnskapsloven må erstattes med budsjett og regnskapssystem som er utviklet for offentlig virksomhet. Sykehusene må reguleres og styres gjennom lover som setter krav til bl.a. tilgjengelighet, likeverdighet, kvalitet og sikkerhet. Med dagens bedriftsøkonomiske foretaksmodell er det umulig å oppfylle disse kravene. Nedskjæringer, reduserte tilbud, rovdrift på de ansatte og utarming av fagmiljøet truer eksistensen til mange lokalsykehus og undergraver den faglige kvaliteten også på store sykehus.

Til tross for sterk motstand i fagbevegelsen mot sykehusreformen helt fra begynnelsen av, en solid faglig motmelding og sykehusopprør på tvers av partipolitiske skillelinjer over hele landet, har ingen politiske partier på Stortinget frontet denne kampen. Det er derfor på høy tid at dette folkelige opprøret får sine talsmenn og kvinner på Stortinget i 2009 ved at Rødt får inn sine første representanter.

Referanser/kilder fram til artikkelen ”Sykehusreformen - seks år etter:

- 1 www.helsedirektoratet.no - DRG historien
- 2 Gunhild Tøndel: Hvordan DRG påvirker medisinsk praksis. Kronikk i Tidsskrift for Norsk Lægeforening nr. 11 2007
- 3 Prosjekt for samordning av sykehusene på Helgeland 20.11.1996
- 4 Motmelding til Akuttutvalgets innstilling - www.uib.no/isf/nsam/akutt/
- 5 Motmelding til høringsnotat fra sosial- og helsedep. om ”Statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten og forslag til lov om helseforetak m.m.” og Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) ”Om lov om helseforetak m.m.” - 2. utgave, 28.04.01
www.fagforbundet.no/sykehus/arkiv/motmeld.htm
- 6 Pressemelding fra Sosial- og Helsedepartementet 18.01.01
- 7 Drammens Tidende 05.12.00
- 8 Drammens Tidende 05.12.00
- 9 Motmeldingen s. 9, Aftenposten 19.01.01
- 10 Motmeldingen s.15, Drammens Tidende 05.12.00
- 11 ”Portrettet” i Nordlys 14.02.04
- 12 ”Lokalsykehusenes fremtidige rolle” www.legeforeningen.no
- 13 ”Helsereform. utfordringer og løsninger” <http://lokalsykehus.blogspot.com>
- 14 Fanny Voldnes: ”Helseforetakene – forretningsmessige drevne foretak i en større reform” www.lo.no/s/velferd

Referanser/kilder til artikkelen ” Sykehusreformen – seks år etter”:

- 1 Drammens Tidende 05.12.00
- 2 Pressemelding fra Sosial- og Helsedepartementet 18.01.01
- 3 Motmeldingen s.4
- 4 Kap. 4.9.3, side 16
- 5 Styresak 08-3/2006
- 6 Styremedlem i Helgelandssykehuset, Anne Severinsen, ble skiftet ut høsten 2003 på grunn av motstand mot nedlegging av den kirurgiske akuttberedskapen og fødeavdelinga

Det samme skjedde med nestleder i styret for Blefjell Sykehus, Einar Opedal, samme høst

- 7 Jfr. Helsepersonell-loven

- 8 "Kirurgen", Norsk Kirurgisk Forening nr. 1/2004
- 9 Ot.prp. nr 66 (2000-2001) kap. 2.5.2, side 15
- 10 Folkebevegelsen for lokalsykehusene v/ Gunnvald Lindset, pers. meddelelse 08.02.06
- 11 NOU 1998:9 s. 78-79
- 12 SAMDATA
- 13 Dagsavisen 10.10.05
- 14 Adresseavisen 29.09.05
- 15 Aftenposten 04.03.03
- 16 Aftenposten 21.01.05
- 17 Erling Folkvord: Operasjon heilomvending s. 58
- 18 Samme bok s. 58-59
- 19 Samme bok s. 59
- 20 Se f.eks. Sykepleien nr. 18/2005.
- 21 Aftenposten 16.06.03
- 22 Tom Glomsaker i Tidsskrift for Norsk Lægeforening 2005; 125: 866
- 23 St.prp. nr.1 2004-2005 s. 275
- 24 Omtalt i flere medier i februar 2005, bl.a. NRK Puls 07.02.05
- 25 Rana Blad 13.03.07
- 26 Dagsavisen 03.02.04
- 27 <http://www.dagsavisen.no/innenriks/2004/02/778318.shtml>
- 28 Dagbladet 10.02.04
- 29 "Statens helsetopper tjener bedre enn Bondevik". Dagbladet på nett, 10. nov. 2003
- 30 Fra Arbeidstilsynets statusrapport per. 15.12.2004
- 31 Intervju i Bioingeniøren 10/2006
- 32 Innsatsstyrt finansiering i helsetjenesten - en vurdering og aktuelle tiltak
- 33 Pressemelding 17.07.07 (©NTB)

34 Pressemelding: Oslo, 30.03.07

35 Drammens Tidende 05.12.00

Anbefalt lesning:

- Motmelding 30.05.97 til ”Plan for den somatiske spesialisthelsetjenesten, helseregion Nord” og Stortingsmelding nr. 24 (1996–97) om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste.
- Motmelding 14.09.98 til Akuttutvalgets innstilling (NOU 1998:9 ”Hvis det haster ...”).
- Motmelding til Sørensen-utvalgets innstilling (NOU 1999:15 ”Hvor nært skal det være?”).
- Motmelding 28.04.01 til høringsnotat fra Sosial- og helsedepartementet. Om ”Statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten og forslag til lov om helseforetak m.m.”
- Roar Eilertsen De Facto: *Når sykehus blir butikk*, september 2003
- Roar Eilertsen De Facto: *For lite penger – for lite demokrati*, januar 2005
- Erling Folkvord: *Stopp tjuven – en redningsaksjon for velferdsstaten*, Rødt! 2005.
- Erling Folkvord: *Operasjon heilomvending*, Rødt! 2007
- Folkebevegelsen: *En alternativ evaluering av helseforetaksreformen 2007*
- Bjarne Jensen og Magnar Bollingmo: *Helsereform. Utfordringer og løsninger 2007*
- Fanny Voldnes: *”Helseforetakene – forretningsmessig drevne foretak i en større reform”* 2007
- Følg også med på Folkebevegelsens blogg: <http://lokalsykehus.blogspot.com>



Rødt arbeider for:

- å avvikle foretaksmodellen og ta sykehusene tilbake til offentlig forvaltning og demokratisk styring
- at markedsstyring og konkurranse i sykehussektoren avskaffes
- å forsvare lokalsykehus og sykestuer mot nedlegging
- utbygging av jordmortjenesten og desentralisering av sykehustjenester
- medisinsk og kirurgisk akuttberedskap hele døgnet og gode fødetilbud på alle lokalsykehus

www.roedt.no