

Fremmet av Helsepolitisk gruppe og Attia Mirza Mehmood:

U15: Folkehelse og helsetjenester i Oslo kommune

De offentlige helse- og omsorgstjenestene er under press. Regjeringens manglende bevilgninger har ikke holdt tritt med kostnadsveksten, og byrådet har prioritert kutt i eiendomsskatten fremfor å opprettholde velferden. Dette skjer samtidig som Oslo Universitetssykehus (OUS) kutter i pasienttilbudene, og ulikhetene i helse og helsehjelp mellom bydelene øker.

Oslo er en delt by der det er store forskjeller i både folks helse og tilgangen til helsehjelp. Befolkningen i de ulike bydelene har ikke likeverdige helsetilbud, og det slår uheldig ut i bydelene der de sosiale utfordringene er størst. Byrådet løper fra sitt ansvar for befolkningens helse.

Folkehelse

Sosial utjevning er nøkkelen til bedre folkehelse, men kuttene i forebyggende tiltak rammer byens mest sårbare. Færre møteplasser, reduserte barne- og ungdomsaktiviteter og bortfall av gratis skolemåltider, bidrar til økt utenforskap. Utvidede skjenkebevilgninger og redusert satsing på sykkel, gange og kollektivtrafikk, svekker folkehelsen og rammer dem med minst hardest.

Utvidelse av skjenkebevillingene går ut over de som bor i sentrumsnære områder, også barn og unge. Økt tilgjengelighet av alkohol fører til økt alkoholinntak, som er en helse- og risikofaktor både på kort og lengre sikt. Det senker også terskelen for bruk av andre rusmidler.

Byrådets boligpolitikk fører til større fortetting, mer trangboddhet og mindre felles grøntområder i de områdene av byen med de største sosiale utfordringene.

Helsetjenestene

Økonomiske kutt har ført til betydelige svekkelser i helsetilbudet, både ved Oslo Universitetssykehus (OUS) og i kommunen. Dette rammer flere pasientgrupper hardt, særlig de som trenger rehabilitering og psykiatriske helsetjenester, og det legger økt belastning på pårørende.

- **Nedleggelse av rehabiliteringstilbud ved OUS:** Enheten for rehabilitering og dagbehandling ved Aker sykehus, som hadde 21 sengeplasser for tidligfaserehabilitering, er avviklet. Dette svekker tilbudet til pasienter som trenger oppfølging etter sykdom eller skade. Per i dag finnes det få eller ingen tilpassede tilbud for disse pasientene, verken privat eller kommunalt. Uten rehabilitering risikerer mange varig funksjonstap og økt behov for hjelp. Nedleggelsen strider mot «Nasjonal veileder for habilitering og rehabilitering» og CRPDs krav om å sikre nødvendig helsehjelp og rehabilitering til mennesker med funksjonsnedsettelse. Konsekvensene av dette rammer også pårørende, som i mange tilfeller må ta på seg større omsorgsoppgaver.
- **Reduksjon i helsetjenester:** OUS planlegger å redusere antallet senger ved distriktpsykiatriske sentre (DPS) med 20, noe som svekker tilgangen til psykisk helsevern. I tillegg foreslås det nedleggelse av en avdeling ved Kommunal akutt

41 døgnet (KAD), som gir behandling og pleie til pasienter som ikke trenger
42 sykehusinnleggelse for både somatiske og psykiske lidelser. Dette vil føre til lengre
43 ventetider, dårligere tilbud og økt belastning for både pasienter og deres familier.

44 • **Svekking av helsetjenester i bydelene:** Det varsles kutt i antall årsverk for
45 bydelsoverleger i flere bydeler, samt ledighold av kommuneoverlegeårsverk i
46 Helseetaten. Dette svekker muligheten for effektiv drift av helse- og
47 omsorgstjenestene, beredskap og krisehåndtering. For pårørende til eldre og
48 demenssyke betyr dette en mer uforutsigbar og fragmentert tjeneste.

49 • **Press på helsepersonell:** Kuttene legger økt press på helsearbeidere, reduserer
50 muligheten til å gi god medisinsk behandling og svekker kvaliteten på tilbudene.
51 Hjemmetjenestene og helsehusene er allerede hardt belastet, og ytterligere kutt vil
52 føre til ytterligere belastning på pårørende, som allerede er presset.

53 • **Konsekvenser for eldreomsorgen:** Med en økende andel eldre og demenssyke er
54 det kritisk å styrke eldreomsorgen. Kuttene reduserer muligheten for verdig aldring og
55 legger ytterligere belastning på pårørende, som ofte må trå til der det offentlige
56 svikter. Dette skaper en dobbel belastning for familiene og kan føre til sykdom og
57 utbrenthet hos de som må fylle tomrommet når helsevesenet ikke gjør jobben sin.
58 Eldre uten pårørende i nærheten blir særlig sårbare.

59 Samlet fører disse tiltakene til dårligere helsetjenester, økt arbeidsbelastning for
60 helsepersonell og pårørende, og en svekket folkehelse i Oslo.

61 **Nei til privatisering og kommersialisering av helsetjeneste**

62 Underfinansiering av offentlige tjenester brukes som en bevisst strategi for å bane vei for
63 privatisering. Når kvaliteten svekkes, ventetidene øker, og misnøyen sprer seg, blir løsningen
64 å invitere kommersielle aktører inn. Dette betyr profitt for private på bekostning av
65 fellesskapet. Privatisering øker dessuten behovet for byråkrati som i seg selv er
66 kostnadsdrivende og fører til en mer rigid styring av tjenestene.

67 I Oslo ser vi hvordan byrådet systematisk privatiserer sykehjem og andre velferdstjenester.
68 Dette gir dårligere tjenester, høyere kostnader og større ulikhet. Helse- og omsorgstjenester
69 skal aldri være en kilde til profitt. Midlene må gå til å bygge opp offentlige tilbud, ikke til
70 kommersielle aktører som tar ut utbytte på fellesskapets regning.

71 Privatisering skaper også utrygghet for de ansatte. Majoriteten ønsker å jobbe i kommunale
72 tjenester fordi det sikrer bedre lønn, pensjon og trygghet. Dette bekreftes av fagforbundene.
73 Når byrådet velger å satse på private aktører, sender de et tydelig signal om at de ikke
74 prioriterer sine egne ansatte.

75 Folks ønske om valgfrihet er først og fremst knyttet til muligheten til brukermedvirkning og til
76 forutsigbarhet og i liten grad til om tjenesten er offentlig eller privat. SV vil ha sterke,
77 offentlige helsetjenester som er tilgjengelige for alle, uavhengig av inntekt. Oslo skal ikke bli
78 en by der helse og omsorg er en vare på markedet.

79 **SV vil:**

- 80 • Styrke folkehelsen:
 - 81 ○ Innføre gratis, sunne skolemåltider og sikre daglig fysisk aktivitet i skolen.
 - 82 ○ Øke støtten til aktiviteter for barn, unge og eldre, spesielt i utsatte bydeler.
 - 83 ○ Begrense skjenkebevillinger og redusere alkoholens tilgjengelighet der det er
 - 84 barn og unge

- 85
- 86
- 87
- 88
- 89
- 90
- 91
- 92
- 93
- 94
- 95
- 96
- 97
- 98
- 99
- 100
- Forbedre helsetjenestene:
 - Gjenopprette og styrke rehabiliteringstilbud ved Aker sykehus og andre viktige helsetjenester.
 - Beholde og øke antall senger ved DPS og KAD for bedre psykisk helsevern og akutt behandling.
 - Sikre at helsetilbudet i Oslo er i tråd med CRPD ved å tilrettelegge for likeverdig tilgang for mennesker med funksjonsnedsettelse.
 - Sikre antall årsverk for bydelsoverleger i flere bydeler, og kommuneoverlegeårsverk i Helseetaten.
 - Bedre bemanningen i hjemmetjenesten, helsehusene og på sykehjem.
 - Vurdere Oslo som pilot for offentlig finansiert omskolering til helsepersonell, med plikttjeneste for å styrke bemanningen.
 - Øke antallet helsesykepleiere, psykologer og styrke tannhelsetjenester for barn og unge.
 - Styrke bruken av velferdsteknologi
 - Øke kapasiteten i den kommunale tannhelsetjenesten.

 - Redusere ulikheter i helse:
 - Satse på helsefremmende tiltak i utsatte bydeler, inkludert gratis skolemat og flere møteplasser.
 - Sikre lik tilgang til helsetjenester i alle bydeler, inkludert tilpassede helsetjenester for mennesker med funksjonsnedsettelse.
 - Styrke offentlige helsetjenester og stanse privatisering av omsorgstjenester
 - Ideelle aktører skal gis mulighet til å være et supplement til de offentlige tjenestene.
 - Investere i kommunale tjenester og sikre bedre pensjon, lønn og arbeidsvilkår for ansatte.
 - Redusere luftforurensning med billigere kollektivtransport og flere sykkelveier.
 - Forbedre boligpolitikken med flere familieboliger, færre trangbodde og flere grøntområder.
- 101
- 102
- 103
- 104
- 105
- 106
- 107
- 108
- 109
- 110
- 111
- 112
- 113