



Til styremedlemmer i Helse Midt-Norge

03.01.2012

Åpent brev til styret i Helse Midt-Norge

Onsdag 4. januar skal dere avgjøre Orkdal fødeavdelings skjebne. Administrerende direktør ber dere legge den ned. Vi ber dere undersøke saken nærmere før dere konkluderer. Vi forklarer i dette brevet hvorfor.

Vi er sterkt kritiske til både prosessen, argumentene for nedleggelse og konklusjonen:

- Vi som er brukere av svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen har ikke blitt hørt.
- Argumentasjonen i saksframlegget støtter kun nedleggelse.
- St. Olav har allerede kapasitetsproblemer.
- Fødselsprognosene stemmer ikke.
- Framstillingen av trygghet stemmer ikke.
- Nedleggelse er ikke i tråd med Samhandlingsreformen og differensiert fødselsomsorg.
- Føljetjenesten er ikke på plass og vil neppe bli tilfredsstillende.
- Ulempene ved sammenslåing er neglisjert.

Kritikk av prosessen

Ingen brukermedvirkning om føden

I saksframlegget dere har fått (Sak 01/12 Endring av fødetilbudet ved St. Olavs Hospital HF ¹) står det to steder at brukerne skal bli / har blitt hørt:

Regionale planen for svangerskaps-, fødsels og barselomsorg 2011-2014 fødselsomsorg er svart opp i brev fra Helse- og omsorgsdepartementet datert 28.06.11. Den regionale planen har til hensikt å definere kvalitetskrav til innhold i tjenestene. Planen skal gi et grunnlag for hvilke fødetilbud som skal finnes i regionen, og hvor de skal ligge. **Det forutsettes at videre arbeid skjer i bred prosess med representanter for brukere, ansatte og berørte kommuner.**

Helse- og omsorgsdepartementet forutsetter i brev av 28.06.11 at prosesser før endringer i fødetilbudet skal involvere brukere, kommuner og fagmiljø. **St. Olavs hospital har i**

¹ <https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/sak%2001-02%20Endring%20av%20f%C3%B8detilbudet%20ved%20St.%20Olavs%20Hospital%20HF.%20jfr%20vedtak%20i%20sak%2039-11%20ved%20St.%20Olavs%20Hospital%20HF.pdf>

Styret: styret@liv-laga.no

Guro Kjølstad Røste
leder
guro@liv-laga.no
Mobil: 93 82 37 05

Cathrine Lyngbø
nestleder
cathrine@liv-laga.no
Mobil: 45 40 75 32

Adriana Sertic
sekretær
adriana@liv-laga.no
Mobil: 45 67 11 10

Kristine Børsum
Stenstad, kasserer
kristine@liv-laga.no
mobil: 95 03 11 66

Lillfrid Annie
Sakshaug
lillfrid@liv-laga.no
Mobil: 99 03 68 70

Sarah Lindqvist
sarah@liv-laga.no

forarbeidet til styresaken hatt en bred prosess som involverer kommuner, brukerorganisasjoner og fagmiljø. Saksgrunnlaget har vært på høring i kommunene.

Dette står i sterk kontrast til vår opplevelse: Vi som representerer brukerne av svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg har ikke blitt tatt med i denne prosessen. Det var tilfeldig at vi fikk vite om saken. Så vidt vi kjenner til har heller ikke andre *relevante* brukerorganisasjoner blitt kontaktet angående nedleggelsen av fødeavdelingen. Vi ber dere derfor ikke fatte vedtak før dere har undersøkt troverdigheten i dette siste avsnittet. Hvilke brukerorganisasjoner har St. Olav involvert i dette arbeidet?

Hvis det kun er brukerutvalget som har fått mulighet til å uttale seg, kan ikke dette kalles en bred prosess med brukerorganisasjoner, det er i beste fall en smal prosess. Brukerutvalget ved St. Olav har uttalt seg, men vi vil påpeke at vår brukergruppe ikke er representert i brukerutvalget. Vi er derfor redde for at gravide, fødende og barselfamiliers situasjon og syn ikke kommer godt nok fram i brukerutvalget, fordi medlemmene der sjelden har inngående kunnskap til svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Denne problematikken har vi tatt opp med helseforetakene flere ganger etter at Liv laga ble stiftet.

Forutinntatt risikovurdering

Vi ser dessverre flere steder at der hvor små fødeavdelinger og fødestuer er eid av helseforetak med kvinneklinikk, må de små kjempe med nebb og klør for å overleve. Sterke krefter ved eiersykehuset ønsker å legge ned de små. Argumentasjonen er dels økonomisk, dels faglig. En del av den faglige argumentasjonen bygger slik vi ser det dessverre ikke på forskning og objektivitet, men på faglige kjepphester, forutinntatthet og ideologi. Det er dessverre toneangivende leger i Norge som arbeider ut i fra en forestilling om at «smått er automatisk farlig og stort er automatisk god kvalitet». Denne forestillingen kjenner ikke vi oss igjen i. Tvert imot får vi mange flere henvendelser fra brukere som opplever kritikkverdige forhold ved de store, enn ved de små avdelingene.

I utredningsgruppen var et overveiende flertall ansatte ved Øya, og Den norske jordmorforening og brukerne var ikke representert. Hvis flere fra Orkdal sjukehus, samt DNJ og brukere hadde vært med i utredningsgruppen ville sannsynligvis rapporten gitt et bredere bilde.

I følge jordmødre ved Orkdal ble risiko- og sårbarhetsanalysen der² foretatt av to leger ansatt ved Øya. Begge legene har i mange år ønsket å legge ned Orkdal. Vi er derfor i tvil om disse legene har klart å foreta objektive analyser, analyser som ikke er farget av deres ønske om nedleggelse. I sakspapirene er det angitt hvem som foretok analysen på St. Olav³, men ikke på Orkdal.

Tendensiøs framstilling

I saksframlegget er ser det ut som om viktig informasjon er utlatt eller framstilt skjevt. Trygghetsaspektet er i liten grad drøftet, det henvises kun til at sikkerheten er høyere ved Øya enn Orkdal, Vi minner om at nasjonale anbefalinger går inn for differensiert omsorg, herunder små fødeavdelinger.

² Vedlegg 6, dvs. side 66+ i <https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/sak%2001-12%20vedlegg%20sak%2039-11%20ved%20St.%20Olavs%20hospital%20HF.pdf>

³ Side 73 ++ i samme fil.

Det er også kun nevnt at saken har vært på høring i kommunene, men deres syn er ikke beskrevet i saksfremlegget utover en setning om følgetjeneste. I vedlegget, som inneholder sakspapirene fra behandlingen hos St. Olav, er det gjengitt noe fra høringen. En oppsummering av høringsinstansene og fullstendige hørings svar er gjengitt i helhet på St. Olavs nettsider.⁴ I tabellen under gir vi en kort oppsummering, slik at dere som beslutningstakere vet hva kommunene som bruker Orkdal sjukehus mener.

Kommune	Støtter nedleggelse av Orkdal fødeavdeling	Støtter ikke nedleggelse
Agdenes		x
Orkdal		x
Fosen: Bjugn, Leksvik, Rissa, Roan, Ørland og Åfjord		X
Aure	Støtter, men forutsetter bedre følgetjeneste	
SiO (Samhandlingsreformen i Orkdalsregionen)). Frøya, Hitra, Snillfjord, Hemne, Agdenes, Orkdal, Skaun, Meldal, Rennebu, Rindal, Surnadal og Halså.		X
Hemne	Støtter, men forutsetter gode følgetjeneste m.m.	
Meldal		x
Oppdal	X	
Skaun	X	
Snillfjord		x
Surnadal		x
Melhus	X	
Midtre Gauldal	X	
Rennebu		x

Kritikk av argumenter og konklusjon

Kapasiteten ved St. Olav

I utredningen beskrives dagens drift ved Orkdal, men ikke ved Øya. Dette finner vi høyst merkelig. En viktig del av beslutningsgrunnlaget må jo være å vise hvorvidt Øya har kapasitet til å ta imot Orkdal-fødsle. Konklusjonen i rapporten er klar: «Risiko og sårbarhetsanalysen som har vurdert kapasiteten ved fødeavdelingen i Trondheim har konkludert med at det er kapasitet nok ved St. Olavs Hospital i Trondheim til å motta fødende fra Orkdal Sjukehus.»

⁴ <https://ekstranett.helse-midt.no/1010/Dokumenter%20til%20styret/Forms/AllItems.aspx?RootFolder=%2f1010%2fDokumenter%20til%20styret%2fH%C3%B8ringsuttalelser%20framtidig%20bruk%20av%20Orkdal%20Sjukehus&FolderCTID=&View={D9DA51F2-1CA2-43C9-BDD2-735E}>

Vi er kritiske til denne konklusjonen. Både på grunnlag av de faktiske tall, av tilbakemeldinger fra brukere og ansatte mener vi det skal mye til å sannsynliggjøre at en flytting vil foregå problemfritt.

Vi viser til uttalelse fra tillitsvalgte i DNJ på side 92 i utredningen.

Det er to fødeavdelinger på Øya, begge dimensjonert for i underkant av 1.500 fødsler årlig. I helgene er den ene avdelingen stengt. Vi frykter at ikke alle de 3.818 barna som ble født der i 2010, og mødrene deres, ble godt ivaretatt. Det ble født omtrent tusen flere barn enn føden er dimensjonert for – om begge avdelingene hadde vært i normal drift. Det skal godt gjøres at dette var mulig uten at det gikk utover kvaliteten på omsorgen.

Det finnes per i dag ingen nasjonal norm for hvor mange senger og ansatte en fødeinstitusjon bør ha per et visst antall årlige fødsler. Imidlertid sier de nye kvalitetskravene⁵ noe om innholdet på omsorgen, slik som at kvinne i aktiv fødsel ikke skal være overlatt til seg selv, men alltid ha jordmor hos seg. Vi går ut fra at da nye St. Olav ble bygget gjorde helseforetaket en beregning på hvor mange ansatte og føderom sykehuset trengte for et gitt antall fødende. Vi antar at denne beregningen bygde på noen definerte kriterier. Vi går ut fra at disse kriteriene ikke har endret seg.

For di Øya er kvinneklinikk og derfor skal ta imot bl.a. høyrisikogravide fra hele regionen vil en andel av Øyas fødekvinne og deres barn ta opp langt større ressurser enn «vanlig» fødende – både målt i antall liggedøgn, behandling og påkrevd ekspertise. F.eks. må noen kvinner legges inn lenge før termin, noen kvinner får kompliserte fødsler og noen kvinner og barn må ligge ekstra lenge på sykehuset i barseltiden. Med andre ord: en kvinneklinikk trenger flere senger og personell per eks. tusen fødende, enn en fødeavdeling.

Fødsler fordeles ikke jevnt utover året og døgnet, man kan ikke dele antall årlige fødsler på antall dager i året og beregne kapasiteten ut fra gjennomsnittet. Kapasiteten må beregnes ut fra fødselstoppene. Hvis foretaket krever fullt belegg (at alle senger er i bruk) på de rolige dagene, vil det nødvendigvis bety at kvinner enten må føde andre steder enn i føderom, at fødsler blir framskyndet pga kø, eller at kvinner i fødsel blir avvist på de travlere dagene.

Siden 2002 har høysesongen for fødsler flyttet seg fra tidlig vår til sommer. At ekstra mange føder mens det er ferieavvikling skaper store utfordringer. Det skal være trygt å føde på norske sykehus hele året, hele døgnet. Å legge ned Orkdal (t.o.m. rett før sommerferien) vil ikke bidra til å nå dette målet, vi frykter at det heller er det motsatte som skjer.

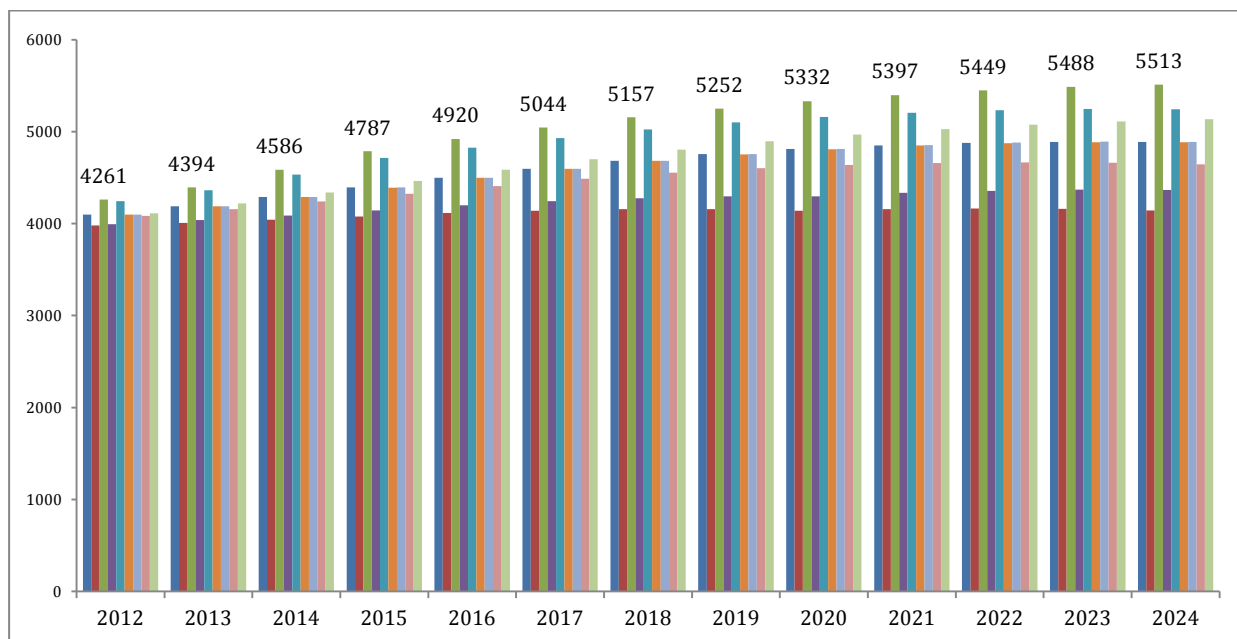
Orkdal avlaster i dag St. Olav når det er kapasitetsproblemer der. Legges Orkdal ned mister St. Olav den sikkerhetsventilen. I spesielle situasjoner, f.eks. ved strømbrudd, datanettbrudd, brann osv. er det spesielt viktig å ha en slik sikkerhetsventil.

Framskrivinger

På side 16 i vedlegget (sakspapirene fra St. Olav) vises det til framskrivinger fra SSB. Vi vil gjøre dere oppmerksomme på at tallene der gir et feil bilde av framtidig behov for fødeplasser i Sør-Trøndelag.

⁵ Se Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen/Sider/default.aspx>

SSB operer alltid med ni ulike framtidsscenarioer der ulike kombinasjoner av lav, middels og høy nasjonal vekst, og lav og høy henholdsvis fruktbarhet, levealder og innvandring. I grafen under⁶ har vi tatt med alle ni alternativene, der tallene er angitt for alternativ 3: Høy nasjonal vekst kombinert med høy fruktbarhet, levealder og innvandring.



I rapporten står det at forventet fødselstall i 2025 er ca 4.800.

Her er den fullstendige tabellen. Det høyeste anslaget er syv hundre over St. Olavs anslag.:

Høy nasjonal vekst (Alternativ HHHM)	5 527
Høy fruktbarhet (Alternativ HMMM)	5 228
Høy innvandring (Alternativ MMMH)	5 149
Høy levealder (Alternativ MHMM)	4 877
Middels nasjonal vekst (Alternativ MMMM)	4 874
Lav levealder (Alternativ MLMM)	4 869
Lav innvandring (Alternativ MMML)	4 616
Lav fruktbarhet (Alternativ LMMM)	4 353
Lav nasjonal vekst (Alternativ LLML)	4 120

Vi vil også minne om at Trondheim er en by i vekst. Trondheim er også en by med mange unge innbyggere. 49,9% av kvinnene bostedsregistrert i Trondheim er i fruktbar alder. I tillegg har Trondheim nesten 20.000 studenter som ikke er bostedsregistrerte her, la oss si at ca. halvparten av dem som studerer er kvinner. Nær sagt alle disse studentkvinnene er i fruktbar alder og trenger et sted å føde hvis de blir gravide under studiene.

Faglig kvalitet og trygghet

I rapporten, side 14, står følgende:

⁶ Kilde: SSB, Statistikkbanken , Emne: 02 Befolkning, Tabell: 08830: Framskrevet antall fødte og døde, i 9 alternativer (F)

Fødetilbudet ved Orkdal Sjukehus er faglig forsvarlig. De ansatte ved fødeavdelingen har god kompetanse. Når det anbefales å flytte fødetilbudet fra Orkdal til St.Olavs Hospital i Trondheim er det allikevel først og fremst av faglige årsaker. Risiko og sårbarhetsanalyser i rapporten viser at en flytting av fødested ikke vil medføre alvorlig risiko. Kvalitet og sikkerhetsanalyser viser at en flytting medfører økt sikkerhet og bedre kvalitet for mor og barn ved uventede komplikasjoner og alvorlige hendelser. Selv om seleksjonskriteriene for fødsel i Orkdal følges helt ut vil det på ett eller annet tidspunkt oppstå livstruende komplikasjoner for mor eller barn.

Vi reagerer sterkt på denne argumentasjonen.

For det første, en slik verstefallstenkning – «Selv om seleksjonskriteriene for fødsel i Orkdal følges helt ut vil det på ett eller annet tidspunkt oppstå livstruende komplikasjoner for mor eller barn» – slår beina under store deler av norsk fødselsomsorg. Det er politisk vedtatt og til dels stor faglig enighet om at Norge skal ha en differensiert fødselsomsorg med tre nivåer: kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestue (+ hjemmefødsel). Korrekt seleksjon skal sikre at kvinner får forsvarlig omsorg på sitt nivå. Hvis vi skal følge forfatterne av denne utredningen bør alle fødeavdelinger og fødestuer i Norge legges ned.

Vi mener at det er viktig at Helse Midt basere sin fødselspolitikk på Stortingsvedtak og krav/retningslinjer utformet av Helsedirektoratet i samarbeid med bl.a. alle regionale helseforetak. Dette er i tråd med Helse Midt-Norges vedtak om at foretaket skal tilby en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i tråd med nasjonale anbefalinger.

For det andre tar analysene i liten grad hensyn til at *tid* til brukeren/pasienten er en viktig faktor. Det står kun anført at det er en risiko for at det ikke er «samsvar mellom oppgaver og ressurser ved Fødeavdeling.» Det er ikke utdypet hvilke konsekvenser dette kan få for brukerne, Satt på spissen: Det hjelper ikke å være på et sykehus med avansert beredskap, hvis ingen oppdager at du trenger denne beredskapen, fordi de er så travelt opptatt med for mange andre pasienter.

For det tredje sender et slikt utsagn et svært dårlig signal til kolleger, primærbrukere og befolkning ellers. Indirekte sier forfatterne at fødende ikke kan stole på de vurderingene og den seleksjonen svangerskapsomsorgen og ansatte ved fødeavdelingen på Orkdal gjør. Vi mener dette kan virke som skremselspropaganda. Dessverre ser det ut til at flere av høringskommunene kjøper denne argumentasjonen. Det er ikke overraskende at lekfolk ikke vet at dette ikke er i tråd med nasjonale normer og vedtak. Det er ikke nødvendigvis tryggere å føde på en stor kvinneklinikk enn på en liten fødeavdeling. Forutsatt korrekt selektering er det trygt å føde på små fødeinstitusjoner – riktig seleksjon er alfa og omega. Det er ikke farlig å føde ved Orkdal, se f.eks. sykehusets gode resultater i MFR.

Når man i utredningen i tillegg viser til tallkravene i Helsetilsynets utredning nr. 1/97 Faglige krav til fødeinstitusjoner, er det ikke rart at folk tror det er/kan bli farlig å føde ved Orkdal. Disse tallkravene vedtok Stortinget i mai 2009 å fjerne. I 2010 ble disse erstattet av kvalitetskravene, se note 5. Vi synes det er rart at rapporten viser til en utdatert utredning.

Vi antar at henvisningen til 1/97 og avsnitt som det sitert over er noe av bakgrunnen for at Hemne kommune skriver i sitt høringssvar:

Antall fødsler ved Orkdal sjukehus har gått jevnt nedover de siste 7-8 åra (tabell s. 15). Før eller siden vil en anta at fødselstallet blir så lavt at en nærmer seg grensen for hva som er forsvarlig ut i fra de kriterier som settes i dag.

Orkdal er ikke farlig nær å være uforsvarlig, særlig ikke hvis vi legger dagens kriterier (kvalitetskravene) og ikke de forhenværende kriteriene (tallkravene) til grunn.

Det er også mulig å øke tilstrømningen til Orkdal. I følge utredningen ønsker St. Olav å snu pasientstrømmen fra kommunene nord for Trondheim:

Helse Midt-Norge RHF har gitt Helse Nord-Trøndelag HF i oppdrag å finne tiltak for å snu strømmen av fødende kvinner spesielt fra Værnesregionen til Levanger for å sikre kapasitet i St. Olavs hospital. Dette er ca 100 fødende pr år. Virkemidlene skal være å gjøre tilbudet til svangre attraktivt slik at pasienter / fastleger / jordmor velger Levanger framfor St. Olavs hospital når dette er faglig anbefalt.

Det samme kan gjøres uten problem ved Orkdal. Så fremt gravide i Trondheimsområdet får god nok veiledning til å ta et *informert* valg om ønsket fødested, tror vi at fødselstallet ved Orkdal kan stige. F.eks. vet vi at kvinner som har hatt fødeplass på Øya, men som har blitt overflyttet til Orkdal pga. kapasitetsproblemer i Trondheim, har vært så fornøyde at de i neste svangerskap har valgt Orkdal framfor Øya.

Brukerperspektivet, i form av hvor fornøyde er brukerne med fødsels- og barselomsorgen de har mottatt ved henholdsvis Øya og Orkdal, er ikke vedlagt i rapporten.

Basert på tilbakemeldinger vi får er mange brukere mer fornøyde med de små enn de største fødeavdelingene. Det handler om at jordmødrene har tid til å gi omsorg; at kvinnene og partnerne deres føler seg trygge på at de får hjelp når de trenger hjelp; at brukerne blir behandlet med respekt; og at de får dekket basale behov som mat, hygiene, hvile og privatliv.

Brukere har tidligere, på Legkvinnekonferansen i 1999, kommet fram til at det finnes to typer trygghet:

1. Medisinsk faglig trygghet – trygghet på at nødvendig ekspertise og utstyr er tilgjengelig, og at det gis ressurser nok til en faglig forsvarlig virksomhet
2. Trygghet i situasjonen, på det mer mellommenneskelige plan. Trygghet på at man blir sett, hørt og respektert, og bekreftet på egne ressurser og fødeevne.

Gravide og fødende kvinner vektlegger de to typene trygghet ulikt. Noen føler at den første typen trygghet er viktig, er det naturlig å velge kvinneklinikk. De som synes at den andre typen trygghet er viktigst, vil sannsynligvis velge hjemmefødsel, å føde på fødestue eller på en liten avdeling.

Differensiert tilbud og samhandlingsreformen

I Samhandlingsreformen er bl.a. to prinsipper viktige:

- Flytte tjenester nærmere der folk bor
- LEON – laveste effektive omsorgsnivå

Å legge ned fødeavdeling på Orkdal og å flytte kvinner som kan føde der til høyspesialiserte kvinneklinikken på Øya virker da noe bakvendt: Kvinner må føde lenger hjemmefra med tilhørende konsekvenser for babyens evt. storesøsken og annen familie. Og de føder på et høyere nivå enn de trenger – og ønsker.

I saksframlegget henvises det til at «Regjeringen har i Soria-Moria erklæringen lagt til grunn at regjeringen vil styrke fødselsomsorgen og bygge ut differensierte fødetilbud.» Ved å legge ned Orkdal går St. Olav i motsatt retning. Sør-Trøndelag vil da ikke lenger ha et differensiert fødetilbud, så sant ikke regionen får mange hjemmefødselsjordmødre.

Prosjektgruppen har valgt å ikke utrede muligheten for å etablere fødestue på Orkdal: «Det har tidligere vært utredet eventuell omgjøring av fødeavdelingen i Orkdal til fødestue (2006 og 2008), og man har konkludert med at dette ikke er noe alternativ. Dette er derfor ikke utredet på nytt nå.» Igjen brukes verstefallstenkning, der utrederne argumenterer med at det er farlig for barn å fødes uten nærhet til barnelege.

Vi etterlyser en vurdering om hvorvidt man kan etablere ABC/lavrisikoenhet/jordmordrevet fødestue innad på Øya. Et slikt tilbud vil være en del av den pålagte differensierte fødselsomsorgen.

Å legge ned Orkdal bryter med LEON-prinsippet og nærhetsprinssippet. Å ikke ha en lavrisikoenhet innenfor St. Olavs region bryter med prinsippet om differensiert fødselsomsorg.

Følgetjeneste og avstand

Vi minner om tidligere Nasjonalt råd for fødselsomsorgs påpekning: Følgetjenesten har to hovedhensikter. Den ene er å sikre medisinsk faglig forsvarlighet. Den andre er å skape trygghet for den gravide underveis til fødeinstitusjon.

Intensjonen i Stortingsmelding 12, «En gledelig begivenhet» var å styrke følgetjenesten. Nasjonalt råd for fødselsomsorg ble i arbeidet med meldingen spurt av Helsedepartementet om hvilke kvinner som burde få følgetjeneste. Rådet utredet ikke saken nærmere, men ønsket å sikre at kvinner som ikke hadde følgetjeneste da skulle få det. Svaret på 1,5 time ble satt som et minimum, at kvinner med halvannen times reisevei i hvert fall burde få mulighet til følgetjeneste. Dette har dessverre blitt stående som en norm slik at kommuner som hadde følgetjeneste ved én times reisevei har mistet tjenesten og tryggheten den ga, selv om Liv laga har påpekt at:

Vi vil understreke at fleksibiliteten stortingsmeldingen legger opp til bør slå positivt ut for den fødende. Behovet for følgetjeneste bør avgjøres individuelt slik at også kvinner med «kun» en times reisevei eller t.o.m. mindre får følgetjeneste *ved behov*. Vi vil også påpeke at få kvinner i denne kategorien trenger følgetjeneste (eks. dem med svært raske tidligere fødsler eller ved fare for komplikasjoner), at antallet er noe høyere i gruppen 1,5 – men også der vil mange kunne reise uten følge. I kommuner med få gravide vil behovet for følgetjeneste kun eksistere ved disses termin.

Det er også viktig at der hvor helseforetak og kommune vurderer behovet for følgetjenesteberedskap så er det avstanden fra kvinnenens hjem til fødested, og ikke fra kommunesenter til fødested, som skal ligge til grunn for vurderingen.

Det er kun helsepersonell som har kompetanse på forløsning og gjenoppliving av spedbarn, som er kvalifisert følgetjeneste.

Det er nå to år siden helseforetakene overtok ansvaret for følgetjenesten. Fortsatt er ikke tjenesten på plass i alle kommuner Midt-Norge der den skal være det. I saksfremlegget står det:

Etter omstillingen i St. Olavs hospital vil plikten til følgetjeneste omfatte 5 ekstra kommuner. Helse Midt-Norge peker på at følgetjenesten skal tilpasses den til enhver tids gjeldende foretaksstruktur, og at fødende som kommer innenfor 90 minutters-regelen skal få følgetjeneste. Arbeidet med å etablere avtale om følgetjeneste er i gang i alle deler av

regionen. Helse Midt-Norge RHF vil følge St Olavs hospitals arbeid med å etablere følgetjenesten, og påse at følgetjenesten er operativ før omstillingen trer i kraft.

Siden tjenesten ikke er på plass to år etter overtakelsen er vi ikke overbevist om at den kommer til å være på plass i juni. Det er store utfordringer knyttet til organiseringa når avstanden mellom kvinnenens hjem og sykehuset er lang. Vi frykter at god følgetjeneste ikke er etablert innen evt. nedleggelse av Orkdal, og at St. Olav likevel vil gjennomføre nedleggelsen.

I rapporten henvises det til den korte kjøreavstanden mellom Orkdal og Trondheim.

Ved identifisert høyere risiko skal pasientene sikres nærhet til fødested etter prinsipper om "føre var". Slik Helse Midt-Norge RHF vurderer vil grad av sikkerhet i mindre grad avgjøres av økt avstand Orkdal-Øya (ca. 20 min med ambulanse) enn av god svangerskapsoppfølging og planlegging.

Det kan her virke som utrederne bagatelliserer avstanden. For det første vil reisetiden trolig være lenger en 20 min på vinterferie og/eller rushtrafikk. For det andre vil vel flertallet av de fødende kjøre privatbil og derfor bruke minst det dobbelte som en ambulanse. Dersom langt flere enn per i dag må bruke følgetjeneste, vil helseforetakets innsparinger ved nedleggelse av Orkdal bli mindre.

Her er eksempel på noen avstander:

Hitra- Trondheim	16 mil, 2t og 50 min
Frøya- Trondheim	16.6 mil, 2t og 55 min.
Aure -Trondheim	15 mil, 2t og 25 min.
Halsa- Trondheim	14.4 mil 1t og 55 min.
Surnadal- Trondheim	12.3 mil 1t og 50 min

Å kjøre med rier er i utgangspunktet svært ubehagelig og ingen vil kjøre et minutt lenger enn høyst nødvendig. Å få 40-50 minutter ekstra vil for mange være en svært stor forskjell. Dessuten: Jo lengre avstanden er, jo større er faren for transportfødsel.

En del fødsler som kunne endt som transportfødsler kan bli stoppet av mors redsel og stress. Transport, særlig uten følge av kvalifisert fødselshjelper, er en stressende situasjon for kvinnen. Stress kan medføre at fødselen stopper opp. Det betyr at hun kan ha rier når hun reiser hjemmefra, men at disse har stoppet når hun ankommer sykehuset. Ofte må hun da vente på sykehuset og/eller få riestimulerende for å komme i gang igjen. Dette fører ofte til en tøffere fødsel.

Orkdal har praksis med å sende ambulanse med jordmor til å møte vordende foreldre som er på vei til sykehuset. Dette har reddet mang en kvinne fra å føde uten kvalifisert fødselshjelper. Vil denne praksisen bli fulgt ved Øya ved en evt. nedleggelse?

Ekstra lang reisevei vil også bety at en del vil trenge transport hjem etter fødsel, f.eks. er det ikke alltid tilrådelig å frakte et nyfødt barn i en gammel og kald bil midtvinters. Vi forutsetter at St. Olav dekker hjemtransport, og også sykehushotell for dem som må overnatte før fødselen pga. helse, vintervær etc.

Sammenslåing: fordeler og ulemper

Dessverre ser vi ofte en tendens mot å løfte frem «stordriftsfordelene» ved sammenslåing i Sykehus-Norge. Vi mener det er viktig og også tenke over kostnadene ved selve reformen,

splittelse av gode fagmiljø, og trivsel hos ansatte. Ofte kan disse faktorene være medvirkende til at en fusjon ikke er like ressursøkonomisk som man først skulle tro.

Vi oppfordrer styret til å be administrasjonen om budsjett som viser både innsparinger og økte kostnader en sammenslåing/nedleggelse sannsynligvis vil føre med seg.

Konklusjon

Vi viser til saksframlegget:

Styret i St Olavs hospital HF fattet den 16.desember 2011 følgende vedtak i styresak 39/11: Styret ved St. Olavs Hospital mener at en samling av fødetilbudet på Øya i Trondheim best vil møte fremtidige utfordringer og gi sikkerhet for fortsatt robust, kvalitetsmessig og likeverdig fødetilbud for innbyggerne. Dette innebærer at nåværende fødeavdeling ved Orkdal Sjukehus avvikles.

Fødetilbudet ved Orkdal er av høy kvalitet og står ikke i veien for at innbyggerne i regionen har et likeverdig fødetilbud. Med god seleksjon og fritt sykehusvalg har fødekvinnene i Sør-Trøndelag og omkringliggende kommuner et godt tilbud per i dag.

Hvis Orkdal legges ned mener vi at innbyggerne ikke lenger har et likeverdig tilbud, pga. manglende nærhet til fødeinstitusjon. Hvis Orkdal legges ned frykter vi at det gode fagmiljøet der går tapt.

Vi håper at dere, styremedlemmer i Helse Midt-Norge, ønsker å lytte til oss brukere og ta med våre innspill når dere skal fatte vedtaket om fødeavdelingen ved Orkdal sin framtid. Ta gjerne kontakt med oss for ytterligere informasjon.

Med vennlig hilsen,

Lillfrid Sakshaug, Guro Kjølstad Røst og Ingeborg Altern Vedal

Liv laga – organisasjon for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg