

Aksjon mot Fødekaos, avd. Nordland
Aksjonskomiteen for Narvik sykehus

Helse- og omsorgsdepartementet
Spesialisthelsetjenesteavdelingen
v/ Cathrine Dammen

Narvik, 03.11.2007

Innspill til Nasjonal strategi for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.

I våre innspill til den nasjonale strategien har vi valgt å kommentere de deler av planen som vi ut fra vår erfaring mener er viktig å holde fokus på. Vedlagt innspillene er også brukererfaringer gjort av de av oss som nylig har født barn.

Å sette barn til verden, er den viktigste hendelse i menneskers liv. Å miste barn sent i svangerskapet, under fødselen eller senere er noe av det verste mennesker kan oppleve. Å legge til rette for at svangerskap og fødsel skal gå trygt for seg, er svært viktig for den gravide og dens familie, men også ut fra et samfunnsøkonomisk perspektiv. Gjennom en god tilrettelegging og økt ressursbruk under svangerskap og fødsler, forebygger man skader hos mor og barn, enten dette er av psykisk eller fysisk art. Forebygging er den beste investering for å forhindre enorme samfunnsøkonomiske utgifter i form av behandling og erstatning når barn skades under fødselen, eller gjennom at mor / far uteblir fra arbeidsliv pga. psykiske belastninger når svangerskap og fødsel ikke har et heldig utfall.

Fødeavdeling kontra fødestue

Vi er sterkt imot å gjøre om eksisterende fødeavdelinger til fødestuer. I et langstrakt land som Norge blir det feil å legge for mye vekt på antall fødsler (400-500 i året). Man må i sterkere grad vurdere forholdene i landet ut fra bl.a. klima, infrastruktur og geografi. Hvis alle fødeavdelinger med mindre enn 400-500 fødsler omgjøres til fødestuer, vil vi sitte igjen med kun to fødeavdelinger i hele Nord-Norge, henholdsvis Tromsø og Bodø. Dette er en vanvittig tanke. Fra eksempelvis Narvik, vil det da være 250-260 km til nærmeste fødeavdeling. Det vil si en 4-5 timers kjøretur til sykehuset. Gravide som bor i Tysfjord i Nordland må påregne 6-7 timers reisevei. Og da har vi ikke iberegnet vinterstengte veier og innstilte ferger, - eller sommerveier fulle av bobiler og campingvogner. Når da bare 30-50 % av de gravide kvinnene i distriktet vil kunne føde lokalt fordi de går inn under "lavrisikogruppen", er det ikke lenger snakk om omlegging av et fødetilbud. Gjennom å omgjøre fødeavdelinger til fødestuer fjerner man fødetilbudet til 50-70 % av de gravide i regionene. Alle kvinnene som føder på fødestuer, vil

heller ikke ha tilgang på smertelindring som epidural under fødselen. En slik forskjellsbehandling ut i fra geografiske forhold vil vi ikke tro noen kan gå god for i Norge i 2007.

Også rent samfunnsøkonomisk tviler vi sterkt på lønnsomheten ved å redusere antall fødeavdelinger eller gjennom å sommerstenge fødetilbud. Det man sparer er lønnsutgifter til gynekologer / legepersonell og jordmødre. Men samtidig må man påberegne flere liggedøgn fordi gravide må reise til nærmeste fødeavdeling i forkant av fødselen. Lang reisevei vil også medføre høye reiseutgifter. Så en omgjøring av fødeavdelinger til fødestuer er mest sannsynlig bare en forflytning av kostnader innenfor offentlige instanser (fra sykehusforetak til trygdeetat).

Vi setter stor pris på at det i problemnotatet til nasjonal strategi åpnes opp for at det ikke er fødselstall, men lokale forhold som bør avgjøre hvorvidt fødeavdelinger får bestå eller ikke. Vi håper dette vil stå som en klar anbefaling i den endelige nasjonale strategien og at dette vil vedtas i Stortinget.

Høyrisiko- og lavrisikosvangerskap

I arbeidsnotatet legger man vekt på at det er viktig med nasjonale standarder for risikovurdering av gravide og fødende. Man differensierer gravide kvinner inn i kategoriene lavrisikosvangerskap og høyrisikosvangerskap. Å strebe etter best mulig å kunne selektene ut hvilke gravide som tilhører høyrisikogruppen, er et bra og viktig tiltak for å sikre at mor og det ufødte barn ivaretas best mulig gjennom hele svangerskapet. Det er imidlertid stor faglig uenighet i hvorvidt man på forhånd kan selektene ut hvilke svangerskap som tilhører lavrisiko- og høyrisikogruppen. Om man til en viss grad kan selektene ut høyrisikosvangerskap, kan man likevel ikke utelukke at et lavrisikosvangerskap utvikler seg til å bli et høyrisikosvangerskap. Dette kan skje på ethvert tidspunkt i løpet av graviditeten, men den største faren vil kunne være hvis dette skjer under fødselen eller helt mot slutten av svangerskapet.

I Lofotprosjektet ble seleksjonen av fødende gjort meget skikkelig og etter klart definerte kriterier. Til tross for dette opplevde man i 2001 at 39 % av operative forløsninger i en uselektet fødepopulasjon ikke lot seg selektene ut på forhånd. På grunn av tidsfaktoren, måtte den operative forløsningen utføres på en lavrisikoenhet der det egentlig bare skulle foretas nødkeisersnitt.

Viktige spørsmål vi stiller oss er:

- Hvem skal bære ansvaret for å selektene ut hvorvidt gravide kvinner tilhører lav- eller høyrisikogruppen? (Når antallet fødselskontroller samtidig stadig reduseres?)
- Hvordan forhindre at liv går tapt hvis høyrisiko oppstår under fødselen og det er lang vei til fødeavdeling med tilgang på gynekologer og barneleger? Er dette en risiko det kan kalkuleres med?

Selv om de fleste fødsler foregår ”normalt” og har et bra utløp, bør man i dagens Norge ikke la økonomi avgjøre hvorvidt fødsler skal gå bra. En sentralisering av fødesteder vil føre til en enorm forskjellsbehandling av kvinner, ut i fra om de er bosatt i store byer eller i distriktene. Det vil være distriktpolitisk svært uheldig å redusere / fjerne fødetilbud for befolkningen som bor her.

En opplevelse av trygghet gjennom svangerskap, fødsel og barseltid

Trygghet og forutsigbarhet er svært viktig for den gravide og fødende i denne fasen i livet hvor man ikke helt "eier kroppen sin selv". Derfor bør kontinuitet, tidlig kartlegging og det å knytte den gravide til en kontaktperson vektlegges. Jordmoroppfølging er ofte viktigere enn kontakt med legen i et svangerskap hvor alt forløper normalt, men vi tror også at et godt samarbeid mellom fastlege og jordmor er av stor verdi. Ordningen med å gå til jordmor og fastlege annenhver gang fungerer godt for svært mange. Det som er viktig er at den gravide selv i størst mulig grad skal kunne velge hvor hun vil gå.

Det er viktig at den gravide møter færrest mulig personer under svangerskapet – samtidig som det er en stor fordel å kunne møte de samme jordmødrene under svangerskap, fødsel og barsel. Sett fra et brukerperspektiv ser det ut til at brukere er mer fornøyd med fødsel og barsel ved småsykehus enn ved store.

Sommerstenging av fødeavdelinger og fødestuer skaper ikke trygghet. Tvert imot ser vi av erfaring at de sommerfødende påføres en ekstra stor belastning i forhold til stress, uro og bekymringer. Dette er noe som ikke bare berører den gravide, men hele familien. Det tilbudet som tilbys gravide om sommeren er langt fra like godt som det som tilbys ellers om året. Her hjelper ekspertisens uttalelser om "faglig forsvarlig" lite. Det handler om mennesker, følelser og den enkelte gravides personlige opplevelse. Selv om de fleste fødsler går greit og det er sjelden at ulykker skjer, gir sommerstengte fødetilbud en økt risiko for blant annet:

- Stress, uro og utrygghet for den gravide/fødende og dens familie.
- Tid og avstand kan i enkelte tilfeller være avgjørende for mor og barns helse og liv. Vi kan ikke lytte til helseforetakene som forsvarliggjør økt avstand pga sommerstenging med at mange har det verre. Dette er en nedlatende holdning mot den gravide og dens familie. Vi vet at de kalkulerer inn en ekstra risiko på vegne av brukerne av tjenesten.
- Kommunikasjonen fungerer generelt dårligere om sommeren – fastleger og jordmødre er i ferie og det er mange vikarer på sykehuset. At man da i tillegg må forholde seg til et helt annet fødested er å bryte kontinuiteten og tryggheten fullstendig.
- Jo lenger vei man har til fødestedet jo større fare utsettes man for under transportetappen, uavhengig av om reisen foregår i ambulanse eller i privatbil med stressede fedre som kjører langt over fartsgrensen for å være sikre på å nå fram i tide.

Målet må være å gi gravide og fødende et fullverdig, godt og likeverdig tilbud hele året. Sommerstenging skaper uro og utrygghet, og mange har opplevd å få ødelagt ei tid som skulle være god som følge av slike vedtak.

Graviditet og psykisk helse

Det å få barn er for de fleste forbundet med positive følelser som stolthet, glede og omsorg. Men graviditet, fødsel og barseltid er også en periode i livet hvor risikoen øker for at psykiske problemer skal komme til overflaten. Å vente barn innebærer ofte å bli satt tilbake til sin egen barndom, hvor både gode og vonde opplevelser fra oppveksten dukker opp. Personer som har opplevd traumer i barndom / ungdomstid, kan bli konfrontert med dette og derigjennom bli ekstra sårbare under graviditeten. Mange har i liten grad fortalt andre om sin historie, og det kan være

vanskelig å snakke om det mest sårbare i ens liv til helsepersonell. For eksempel kan en kvinne som har opplevd incest eller seksuelle overgrep oppleve redsel for både fødsel og barseltid. Hun kan frykte at hun ikke vil orke å amme barnet, hun kan være redd for om hun selv vil være grenseløs overfor barnet eller redd for at hun skal oppfostre en overgriper. Det sier seg selv at det for overgrepsutsatte og andre som har dårlige erfaringer med relasjoner er ekstra viktig med trygghet og forutsigbarhet rundt seg under graviditeten. Belastningen vil ofte øke proporsjonalt med antall personer man må forholde seg til. Mange vil kunne føle seg maktesløse og miste troen på egen mestringsevne, noe som er stikk i strid med hva som er sunt for en vordende mor. Gjennom å bygge ned lokale fødetilbud vil man øke risikoen for stress og depresjoner hos gravide generelt. Men for traumatiserte vil man mangedoble sjansen for store psykiske belastninger. Dette er svært uheldig når man samtidig ønsker å gjøre familier best mulig i stand til å ivareta sine barn. Målet må være å strebe etter å gjøre graviditeten, fødselen og barseltiden tryggest mulig for den gravide, hennes partner og hennes barn.

For å oppnå dette, bør den gravide ha færrest mulig helsepersonell å forholde seg til. I tillegg bør det legges til rette for at gravide som ønsker det kan besøke fødetilbudet på forhånd, noe som er vanskelig hvis reiseveien er lang. En omlegging fra fødeavdelinger til fødestuer vil være et stort tilbakeskritt når det gjelder å ivareta gravides psykiske helse.

Rekruttering av gynekologer og jordmødre

På høringsmøtet den 16. oktober kunne vi høre fra administrasjonen i Helse Nord at nærhet til fødetilbud ikke nødvendigvis er ensbetydende med kvalitet. De sa videre at de hadde prøvd alle muligheter for å rekruttere kvalifisert personale til de små fødeavdelingene men at dette var svært vanskelig.

Vi er fullstendig enige i at nærhet ikke er ensbetydende med kvalitet, men vi stiller et stort spørsmålstegn ved helseforetakenes (vår erfaring gjelder især Helse Nord) iver og innstas til å rekruttere personale, og til å legge til rette for å beholde personale.

I løpet av de siste årene har en rekke fødeavdelinger blitt omgjort til fødestuer eller forsterkede fødestuer, og mange fødeavdelinger lever år etter år med denne trusselen hengende over seg. Helseforetakene har også mange steder i landet besluttet å sommerstenge fødeenheter.

Dette er faktorer som er med på å skape utrygghet og uro rundt en arbeidsplass. Det sier seg selv at det er vanskelig å rekruttere og beholde kvalifisert personale når man ikke vet hvor lenge man har en arbeidsplass. Vi ser også at når helseforetakene drøyer i det lengste med å fornye kontrakter med for eksempel gynekologer, så medvirker også dette til at man mister dyktige fagfolk. Vi våger å påstå at helseforetakene absolutt ikke gjør en god nok jobb for å rekruttere personell til de små fødeavdelingene.

For å bruke Narvik som eksempel, så har vi for tiden tre gynekologer som er tilknyttet fødeavdelingen på ulikt vis. I tillegg har vi jordmødre og barnepleiere, og vi vet at fødeavdelingen ALDRI tidligere har hatt problemer med å løse "sommerkabalen", dette fordi de alltid har begynt i god tid å skaffe vikarer. Flere vikarer har sommer etter sommer kommet til Narvik for å jobbe. I år ble de avvist fordi det var bestemt at fødeavdelingen skulle holde

feriestengt. At UNN stengte fødeavdelingen i Narvik i 4 uker i sommer, medførte også at vår fødeavdeling som allerede ligger under ”kravet” om 400-500 fødsler i året, mistet nær 20 fødsler til Harstad.

Dette gir igjen sterke signaler om at fødeavdelingen er en usikker arbeidsplass hvor det er lite attraktivt å jobbe! Vi vet også at de ansatte i liten grad har mulighet til å påvirke beslutninger som taes av ledelsen i UNN, og at samarbeidet fungerer dårlig når ledelsen fysisk er så langt unna og det ikke er lagt opp til regelmessige møter. Vi anser det for å være et stort problem når helseforetakene består av så mange og store enheter at avstanden mellom de ulike ledd blir svært stor og at de enkelte avdelinger i liten grad har mulighet til å påvirke og/eller bli hørt.

For å kunne rekruttere og beholde kvalifisert personell på små fødeavdelinger, må det stilles krav til at helseforetakene virkelig prøver å legge til rette for dette. De må trygge fremtiden for små lokalsykehus og ikke bare tenke sentralisering og økonomiske besparelser. Videre må de åpne opp for et bedre og mer strukturert samarbeid med de ulike avdelingene, med tanke på at det er de som fysisk er tilstede på en avdeling som har best kompetanse til å uttale seg om bl.a. sommerstenging.

For å sikre god faglig kompetanse hos leger og jordmødre i fødselsomsorgen, kan man se for seg en ordning hvor disse hospiterer ved større fødeenheter med et større antall fødsler, altså en rullering av fagpersonell. Det er viktig å kunne tenke litt kreativt og kanskje utradisjonelt, men fremfor alt må man få visse garantier for fremtidig eksistens! For å lokke søkere til spesialiststillinger kan man for eksempel tilby gratis barnehageplass, rimelig bolig, årlig avskrivning på studielån og lignende.

Kommuner som kjøper jordmortjenester av helseforetakene

I Narvik opplevde vi våren 2007 at UNN gav beskjed om at fødeavdelingen skulle sommerstenge i 4 uker. Alle jordmødre og gynekologer ble tatt ut i fellesferie, og det tilbudet UNN gav de gravide var at det to dager i uken skulle være jordmor tilstede ved sykehuset for å ta seg av rutinekontroller av de gravide. Spesiell oppfølging måtte gjøres i Harstad, og følgetjeneste så ikke UNN nødvendigheten i å tilby de gravide. Dette var en beslutning som ble tatt for at UNN skulle spare en million. Regnestykket på hvordan dette skulle spares kunne ingen gi ut.

Narvik kommune har siden 2002 kjøpt jordmortjenester av sykehuset. De betaler årlig en sum på over 500.000 for dette med avtale om at de gravide skal ha svangerskapskontrollene hos jordmødre på sykehuset. Det var derfor med vantro at kommunen og befolkningen opplevde at UNN-ledelsen valgte å sommerstenge fødeavdelingen, og derigjennom ikke tilby kommunen tjenesten de hadde betalt for denne sommeren. Kommunen mente dette ikke var et godt nok tilbud og at avtalen ikke ble fulgt, mens UNN-ledelsen mente at de ivaretok de gravide ved å holde åpent for vanlige kontroller to dager i uken.

Her kom det med andre ord svært tydelig frem at partene hadde ulik oppfatning av hva som var godt nok og hva som lå i avtalen. Avtalen var for utydelig og Narvik kommune stod uten makt til å påvirke denne endringen i tilbudet til de gravide og fødende i sommer.

Kommunen opprettet derfor selv en bakvakt- og følgetjeneste for å trygge de gravide. Dette tilbudet klarte de å stable på beina kort tid før stenging, og det baserte seg på frivillig innsats fra jordmødre ansatt ved sykehuset og en ansatt på helsestasjonen. Dette tilbudet ble en nødløsning og bedre enn ingenting, men sett i forhold til tilbudet som ellers i året gis til gravide og fødende i Narvik, var dette et helt elendig tilbud.

Dette gir et tydelig eksempel på at avtaler som kommunene gjør med helseforetakene må være SVÆRT tydelige og konkrete, og de bør også omfatte sommerstengingsproblematikken. Det skal ikke være slik at selger av en tjeneste skal kunne foreta seg hva som helst uten at kjøper av tjenesten skal ha mulighet til å kunne påvirke.

Det er tydelig at helseforetakene har altfor stor makt og at de i realiteten kan gjøre nesten hva de vil, selv om dette skjer på bekostning av sine brukere, og uten at kommunene og politisk ledelse kan påvirke. De forsvare sine avgjørelser med begrepet ”faglig forsvarlig”, noe som er vanskelig for de utenfor fagfeltet å kunne fronte...

Man kan stille seg spørsmål om hva som i realiteten ble spart som følge av sommerstengingen. Kanskje klarte UNN å spare noen kroner i form av lønnsutgifter til vikarer (for ekstra bemanning var det smått med i Harstad selv om de måtte ta seg av nær 20 Narvikdamer). Fødeavdelingen i Narvik regner med å ha spart 300.000,- på stengingen.

Ser man på regnestykket i sin helhet tviler vi på at det kan ha blitt spart mange kronene i sommer. Snarere tror vi sommerstengingen ble dyrere sett ut fra et samfunnsøkonomisk synspunkt.

Utgifter som tilkom for de ulike instanser som følge av stengingen er:

- Egenandeler i forbindelse med transport.
- Refusjoner fra trygdekantoret.
- Merutgifter i forhold til transport i ambulanse (en tjeneste som måtte styrke sin beredskap).
- Utgifter som kommunen fikk i forhold til jordmorvaktordning og følgetjeneste.
- Dersom noe hadde gått galt med en av de fødende eller deres baby ville millionen ha blitt et ubetydelig lite beløp i forhold til det man da måtte ha kalkulert med til behandling / erstatning m.m, samt de personlige tapene som aldri ville ha kunnet bli erstattet. Vi vet at vi og våre babyer ble utsatt for betydelig økt risiko i sommer.

I tillegg kommer merbelastningen rent psykisk som de gravide og deres familier ble påført gjennom sommerstengingen. For ikke å snakke om den økte risikoen i forhold til transport i privat bil, med vordende, stressede fedre bak rattet og fødende med rier... Også transport i ambulanse vil statistisk sett medføre en økt risiko for ulykker underveis.

Lik tilgang på gode helsetjenester

I en alternativ evalueringsrapport fra Folkebevegelsen for lokalsykehusene om utviklingen av sykehussektoren, slaktes det nye forretningsbaserte styringssystemet. Hvis man skal lykkes med visjonen om likhet, tilgjengelighet, kvalitet og trygghet i spesialisthelsetjenesten over hele landet, må politikerne ta inn over seg at forretningsmessige styringsverktøy ikke egner seg i en sektor som skal gi helsetjenester til befolkningen.

Hensikten med helseforetakene er ikke å skape økonomisk overskudd eller avkastning på innskutt kapital. Sykehusene er til for å gi befolkningen lik tilgang på gode helsetjenester, uavhengig av hvor man bor i landet!

På vegne av

Aksjon mot Fødekaos, avd. Nordland

Eva Vassdal og Carina Falch, brukerrepresentanter

Aksjonskomiteen for Narvik sykehus

Eva Opshaug Teigen og Dagny Pettersen

Vedlegg:

-Brukererfaringer fra kvinner som har født de siste årene

Brukererfaringer fra kvinner som har født de siste årene:

Eksempel 1:

Et svangerskap og en fødsel vil være en ny opplevelse for hver gang man opplever det.

Svangerskap og fødsler er noe av det i livet som man i liten grad kan planlegge forløpet av eller med sikkerhet forutsi hva som kommer til å skje. Det er en situasjon man er i hvor man i svært liten grad kan påvirke forløpet og fødselsopplevelsen selv. I en fødsel er man som fødende totalt avhengig av andre mennesker og av deres kunnskap, vurderinger og hjelp. Selv har jeg vel aldri opplevd meg selv som så sårbar og liten som under fødsel, men samtidig så uhyre sterk.

Jeg har tre barn, og like forskjellige som de er, har mine svangerskap og fødsler vært.

Mitt første barn, Elise Sofie (8,5 år) ventet jeg da jeg og min eksmann studerte i Alta. Der hadde de kun fødestue og førstegangsfødende fikk ikke føde der. Vi måtte til Hammerfest ca 16 mil unna. Tre uker før termin begynte jeg å blø og hadde stikkende smerter i magen. Det ble tilkalt ambulanse og vi dro sammen med jordmor de 160 kilometrene til Hammerfest. Det var 37 minus grader da vi kjørte over Sennalandet, og min eksmanns største bekymring var at ambulansen skulle få motorstopp ☺

Jordmoren var engstelig for at morkaken skulle holde på å løsne. Jeg spurte hva som ville skje da. Hun svarte at da hadde de ca tre minutter på seg til å få ut babyen via keisersnitt, – med andre ord en håpløs situasjon når det er lang vei til kirurger... Heldigvis var det ingen fare. Jeg fødte en frisk og sterk jente etter en fødsel som varte i 30 timer.

Mitt andre barn, Aron (2,5 år) ventet jeg her hjemme i Narvik. Det var en deilig følelse å bo så nært sykehuset og vite at jeg kunne komme meg dit på ca 5 minutter. Det var en god tanke at jeg skulle føde i et trygt og kjent miljø. Mange av jordmødrene ved fødeavdelingen hadde jeg jo også truffet på tidligere. To uker før termin fikk jeg litt vannavgang og en del masrier. Jeg ble lagt inn på sykehuset og ”passet på”, men med mulighet til å dra hjem da fødselen lot vente på seg. For meg var det av enormt stor betydning at alt var så trygt og nært. Etter tre dager satte de meg på drypp, og vannet gikk skikkelig. Da gikk det svært fort, og under en time etter vannavgangen var babyen ute. Virkelig en styrtfødsel. Jeg fødte en frisk og fin liten gutt.

Mitt tredje barn, Gustav (13 uker) skulle jeg også føde her hjemme i Narvik, - trodde jeg. Men midtveis i svangerskapet fikk jeg vite at det nok var stor sjanse for at jeg måtte til Harstad å føde fordi at ledelsen i UNN hadde besluttet å sommerstenge fødeavdelingen her i Narvik. Dersom jeg klarte å gå til termin så ville det bli fødsel i Narvik, men det hadde jeg jo ikke klart tidligere. Det ble et tungt og bekymringsfullt svangerskap. Mange netter slet jeg med å få sove. Jeg var engstelig, sint, ja egentlig skikkelig forbannet på de som satt i ledelsen og rett og slett bagatelliserte stengingens betydning for oss.

Gustav ble tatt med keisersnitt tre/fire uker før termin. Da hadde jeg allerede vært en tur i Harstad, henvist av jordmor i Narvik, til utredning pga av frykt for min helse. Jeg ble sendt hjem igjen etter undersøkelser, var hjemme i tre dager og så sendte legen i Narvik meg tilbake til Harstad. Dette var en stor belastning, og ikke minst var tanken på hvor mange turer vi skulle måtte kjøre tyngende. Vel tilbake i Harstad kunne de konstatere at fødselen så vidt hadde begynt.

De skulle se ting an til dagen etterpå. På natten hadde jeg voldsomme kynnere og babyen bevegde seg voldsomt. På morgenen tok en gynekolog vannet og festet en elektrode på babyen som skulle måle hjerterefrekvensen.

Etter noen timer ble jeg satt på drypp. Det kom luftbobler i dryppapparatet, og en jordmor til ble hentet for å ordne dette. Denne jordmoren reagerte på hjerterefrekvensen til babyen. Det ble hentet et ultralydapparat og det viste seg at babyen hadde snudd seg på natta – nå satt han med rumpa ned... Fødselen ble stoppet og det ble foretatt keisersnitt. Gynekologen tok ikke sjanse på vegne av meg eller lille Gustav. Det er jeg veldig takknemmelig for. Gustav kom frisk og fin til verden og som eneste skavank hadde han et langt kutt i rumpa etter keisersnittet.

Jeg opplever at helseforetakene har en arrogant holdning overfor sine brukere. Da vi la frem våre bekymringer og fortvilelse i forhold til sommerstengingen svarte de at det var ”faglig forsvarlig”, sjelden med transportfødsler, sjelden at en fødsel gikk raskt, man måtte bare reise i god tid, mange har lenger vei og som regel går alt bra...

Hva ligger i begrepet faglig forsvarlig? Tas det hensyn til pasientens merbelastning? Sjelden med transportfødsler ja, men hvem ønsker å måtte sitte fastspent i en bil lenger enn nødvendig med rier og sterke smerter på overfylte nordnorske sommerveier? Reis i god tid... Det er så lett å si det, men selv for en tredjegangsfødende er det utrolig vanskelig å vite hva som er i god tid og når det virkelig er på alvor. Mange har det verre er en elendig måte å forsvare det at man gir et betraktelig dårligere fødetilbud til sommerfødende! I vårt velferds Norge bør man heller bygge opp helsetjenester enn ned! Som regel går det bra... Spør du folk så vet du at det er mange ganger det ikke går bra. Selv har jeg i nær familie opplevd at det slettes ikke alltid går bra. Vi har opplevd at negative opplevelser ikke bare er historier, men virkelighet, og det gjør noe med perspektivet på liv og død. Det å bli født og få liv er ikke en selvfølge. Det å gå gravid og føde et frisk barn er heller ikke en selvfølge. Det vil alltid være en viss risiko – slik er det å leve, men jeg er av den oppfatning at ledelsen i helseforetakene skal være forsiktige med å kalkulere inn risiko på vegne av våre barn og vår fremtid.

Hva prøver jeg å si med dette? Jo, jeg prøver med min historie å si at fødsler er noe du ikke selv rår over eller vet utfallet av. Du er prisgitt andre, og trygghet og nærhet til fødetilbud er av uvurderlig betydning. Økonomi bør ikke styre hvorvidt man får en god fødselsopplevelse eller ikke.

Eva

Eksempel 2:

Svangerskap og fødsler er ikke forutsigbare

Sommeren 2005 fødte jeg mitt første barn på Narvik sykehus. Jeg var bosatt i Oslo, men valgte å føde i min hjemby fordi jeg ønsket å ha familien min nær meg. Det nærmet seg fødsel, jeg var frisk og svangerskapet hadde gått problemfritt for seg. Etter terminologien var min graviditet definert som et lavrisikosvangerskap. De siste par ukene av graviditeten hadde jeg fått litt vann i kroppen, men jeg hadde ingen problemer ut over dette. Siste uke av svangerskapet begynte jeg å føle meg svært sliten og litt uvel, - alt som normalt rett i forkant av fødselen tenkte jeg. På kontroll tre dager før termin blir det konstatert at jeg har symptomer på svangerskapforgiftning. Heretter må jeg til kontroll annenhver dag. Da forgiftningen etter noen få dager utvikler seg, blir

fødselen satt i gang. Alt går fint for seg og etter 13 timer kommer datteren min til verden to dager på overtid.

Så skjer det merkelige som ingen kunne forutsi. Alt er bra med barnet, men jeg blir svært dårlig. Ingen vet om jeg har mistet mer blod enn antatt eller om det er blodplatene som har blitt ødelagte pga. svangerskapsforgiftningen. Vanligvis forventer man at tilstanden snur seg så snart barnet er ute og at mor da blir bedre, men det er ikke tilfelle med meg. Jeg får blodoverføring for å komme til hektene igjen. Likevel tar det mange dager før jeg selv er i stand til å ta meg av barnet mitt, og barnets far blir hovedomsorgsperson for babyen den første uka. Det faktum at han gis mulighet til å bo på sykehuset sammen med meg og være omsorgsperson for barnet i mitt fravær, gjør at jeg føler meg som en mindre dårlig mor. I tillegg oppleves det svært trygt å ha han tilstede i en situasjon hvor jeg er så sårbar og lite flink til å be om hjelp. Selv om jeg blir utskrevet 6 dager etter fødselen tar det et halvt år før jeg er noenlunde mitt gamle jeg igjen. I denne tiden trenger jeg hyppige kontroller hos lege for å sikre at kroppen min restituerer seg igjen.

Mitt svangerskap utviklet seg fra et lavrisiko- til et høyrisikosvangerskap siste uken av graviditeten. Først når barnet er ute oppstår komplikasjonene. Til tross for komplikasjonene følte jeg meg hele tiden trygg. Jeg ble ivaretatt av et fantastisk personale, bestående av jordmødre og gynekolog som undersøkte meg hyppig og gav meg og informasjon om hva de foretok seg og hva prøvene viste. I denne svært sårbare situasjonen er jeg takknemlig for at Narvik er fødeavdeling slik at jeg kunne ivaretas der og slapp å bli sendt 250 km avgårde (Tromsø eller Bodø), langt unna min familie, for å få blodoverføring og oppfølging av lege.

Sommeren 2007: Jeg venter mitt andre barn. Jeg har flyttet fra Oslo til Narvik denne våren, glad for å skulle få føde på samme fødeavdeling som jeg var så fornøyd med sist. Kort tid etter at jeg har flyttet nordover, får jeg gjennom media vite at det er snakk om å feriestenge fødeavdelingen i Narvik denne sommeren. Med tanke på hvordan mitt første svangerskap utviklet seg, blir jeg bekymret. Hva hvis jeg blir syk denne gangen også? Ved forespørsel til sykehusets jordmødre får jeg beskjed om at kun ordinære svangerskapskontroller skal foretas på sykehuset under feriestengningen. Det vil si at jeg må belage meg på å kjøre til Harstad, 130 km en vei, annenhver dag hvis jeg skulle få svangerskapsforgiftning denne gangen også. Og det i den perioden hvor barnehagene også har ferieavvikling og datteren vår på knapt 2 år skal være hjemme. Jeg bruker mye tid og energi på å bekymre meg denne tiden. Det er slitsomt å måtte tenke på hvordan vi skal løse alt det praktiske. Hele graviditeten bringer med seg flere bekymringer enn glede denne gangen. Og da ikke pga. barnet, - det er svært ønsket, men alt det praktiske og tungvinte rundt sommerstengningen gjør meg sliten og avmektig.

Da fødselen går i gang midt på natta er vi ikke sene om å komme oss i bilen og kjøre den to timer lange kjøreturen til Harstad. Jeg har jevnlig rier hele kjøreturen. Å kjøre bil med rier er ingen fornøyelse som jeg vil anbefale, men vi ankommer Harstad etterhvert. Jeg blir sjekket og satt til måling av riene, og det blir konstatert at fødselen er i gang. Jeg er trøtt og sliten og får beskjed om å legge meg å slappe av som best jeg kan inntil riene blir for ille. Da jeg legger meg stopper riene opp. Jordmødrene forteller at det er ganske vanlig når man er sliten og stresset. Og det skjer virkelig ikke mer. Jeg flyttes over på hotelldelen og hele neste dag går uten at fødselen kommer i gang igjen. Jeg møter ei anna jente som har opplevd det samme som meg. Også hennes rier stoppet opp etter ankomst, og hun har ventet i seks dager uten at fødselen har kommet i gang igjen. Jeg blir rådvill og vurderer å dra hjem igjen. Jeg vil ikke risikere at toåringen vår skal være

uten meg og pappaen i over en uke. Og ikke minst vil jeg ikke utsette hennes gamle besteforeldre for denne belastningen. Jeg bestemmer meg for å la det bero over natta, og heller vurdere på nytt neste morgen om vi skal kjøre de 130 kilometrene hjem igjen. Da jeg våkner neste morgen er heldigvis riene i gang igjen. Jeg blir kontrollert og de konstaterer at noe er i gang igjen, men jeg har fortsatt bare 3 cm åpning, - så dette kan ta tid får jeg beskjed om. Så jeg blir sittende på gangen å vente mens jordmødrene er opptatt med andre gravide. Jeg får mer og mer smerter der jeg sitter, og etter en time spør samboeren min om jeg kanskje kan få komme inn på et rom. Da jeg blir sjekket igjen har jeg 8 cm åpning. Litt over en time senere er sønnen vår født. Vel to timer fra riene startet til barnet er ute... Jeg priser meg lykkelig over at jeg ikke rakk å reise hjem igjen. Da ville jeg tvilsomt ha rukket sykehuset. Men jeg er også provosert over at man stenger fødeavdelinger ut i fra økonomiske begrunnelser. Det er ikke økonomi eller hvor man bor i landet som bør avgjøre om man får en verdig fødsel eller ikke.

Carina