

DEN TRAUMATISKE FØDSEL FRA JORDEMODERENS PERSPEKTIV

Traumatic childbirth from the midwife's perspective

Katja Schrøder

Den Sundhedsfaglige Kandidatuddannelse. Syddansk Universitet.

Specialeafhandling, september 2010

Vejleder: Theol.dr. Niels Christian Hvidt

Antal typeenheder: 168.013

SUMMARY

Even though midwifery is predominantly associated with joyous events, it entails rare cases of the midwife being involved in so-called traumatic birth incidents, where the baby is born with severe and possibly fatal injuries related to the birth. This thesis sets out to explore the midwife's experience of being involved in these kinds of birth incidents, which so far has been very poorly elucidated. The purpose is to contribute to a more qualified management of the aftermath of the traumatic incidents. The issue is explored through qualitative interviews with seven midwives, who have all been involved in traumatic birth incidents. In addition, some of the literature concerning medical errors and unintended incidents is reviewed in order to place the midwife in the context in which she operates and thus account for the cultural and scientific setting that she is a part of and must act within. Finally, existential philosophy and existential psychology is drawn upon as the theoretical framework to analyze and discuss the midwife's response to the traumatic incident.

The empirical data shows that in the aftermath, midwives predominantly experience that the focus is directed towards the organizational aspects in order to gain learning experience from the incident. In the subsequent debriefings their individual responses to the incident become secondary, or even completely ignored, which is experienced as a deficiency. Some of the midwives are aware of being carriers of a culture where errors and mistakes are viewed as a sign of lack of professional competence, and where additionally you are *expected* to be able to cope with the emotional distress that a traumatic birth incident potentially represents. The high incidence of burnout and stress amongst midwives, which have been demonstrated in previous studies, may be related to the culture described, but the insufficiency of the present data does not allow a causal conclusion.

The existential psychological perspective offers the opportunity for a different understanding of the midwife's response to the traumatic birth incident, than the one the existing guidelines are based upon. In this view, it is proposed to recommend a permanent offer of both a tactical debriefing focusing on the organization as well as sessions focusing on the individual, the latter without the presence of managers. Additionally, it is proposed that the existential aspects of the traumatic birth incidents – and of midwifery in general – are integrated into the midwife's education in order to strengthen her ability to cope with the traumatic incidents.

RESUME

Selvom jordemoderfaget langt overvejende er forbundet med glædelige begivenheder, indebærer det i sjældne tilfælde, at jordemoderen er involveret i et såkaldt traumatisk fødselsforløb, hvor barnet fødes med svære, og muligvis livstruende, fødselsskader. Det er hidtil meget ringe belyst, hvordan jordemoderen oplever at være involveret i disse forløb, og dette udgør den overordnede problemstilling for nærværende speciale. Formålet er at medvirke til en kvalificering af indsatsen i forhold til den efterfølgende håndtering af de traumatiske forløb. Problemstillingen udforskes ud fra kvalitative interviews med syv jordemødre, der har været involveret i traumatiske fødselsforløb. Desuden gennemgås en del af litteraturen indenfor området omkring fejl og utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet for at placere jordemoderen i den kontekst, som hun indgår i og dermed forstå, hvilken kultur og videnskabelig ramme, hun er en del af og skal agere indenfor. Slutteligt inddrages eksistensfilosofien og den eksistentielle psykologi som teoretisk ramme til analyse og diskussion af jordemoderens reaktion på det traumatiske forløb.

Den empiriske undersøgelse viser, at jordemødrene i efterforløbet overvejende oplever, at der fokuseres på de organisatoriske aspekter med henblik på at drage læring af forløbet. Deres individuelle reaktion på hændelsesforløbet er således sekundær, eller endog helt udeladt, i de efterfølgende debriefinger, hvilket opleves som en mangel. Nogle af jordemødrene er bevidste om at være bærere af en kultur, hvor begåede fejl opfattes som faglig svaghed, og hvor det desuden *forventes*, at man kan kapere den emotionelle belastning, som et traumatisk fødselsforløb potentielt udgør. Den høje forekomst af udbrændthed og stress blandt jordemødre, som er påvist ved tidligere undersøgelser, kan have sammenhæng med den beskrevne kultur, men datamaterialet giver ikke tilstrækkeligt grundlag til at konkludere en sådan årsagssammenhæng.

Det eksistenspsykologiske perspektiv åbner mulighed for en anden forståelse af jordemoderens (krise)reaktion efter et traumatisk fødselsforløb, end de eksisterende retningslinier er baseret på. Baseret på dette perspektiv foreslås det at anbefale et fast tilbud om en taktisk debriefing med fokus på organisationen samt en eller flere samtaler med fokus på individet, sidstnævnte uden tilstedeværelse af ledelsespersoner. Desuden foreslås det at de eksistentielle aspekter af de traumatiske fødselsforløb – og af jordemoderfaget generelt – indgår som en del af jordemoderens basis- og efteruddannelse med henblik på at styrke hendes muligheder for at håndtere de traumatiske forløb.

Indholdsfortegnelse

KAPITEL 1: INTRODUKTION	6
1.1 Baggrund	6
1.1.1 Forskningsspørgsmål	9
1.2 Formål	10
1.3 Specialets opbygning.....	10
KAPITEL 2: TEORI, METODE OG ANALYSE	12
2.1 Videnskabsteoretisk ramme.....	12
2.1.1 Vidensbegreber	12
2.1.2 Socialkonstruktion og interaktion	14
2.2 Teori anvendelse.....	15
2.2.1 Eksistensfilosofi	15
2.3 Litteraturgennemgang	17
2.3.1 Søgestrategi.....	18
2.4 Metodiske overvejelser og fremgangsmåder.....	18
2.4.1 Valg af metode	19
2.4.2 Rekruttering	19
2.4.3 Interview i et interaktionistisk perspektiv	20
2.4.3.1 Interviewstrategi	21
2.4.4 Metodiske problematikker relateret til undersøgelsens validitet	23
2.5 Analytisk tilgang.....	25
2.6 Ethiske overvejelser	26
KAPITEL 3: DET ER MENNESKELIGT AT FEJLE	27
3.1 Begyndelsen på forandring	28
3.1.1 'Blame culture' versus 'Just culture'	29
3.2 Årsager til menneskelige fejl	30
3.2.1 Menneskets fejlbarlighed	30
3.2.2 Diagnostiske fejl	31
3.2.3 Kognitive fejl.....	33
3.3 At begå fejl som jordemoder.....	36
3.3.1 Systemet og individet	36
3.3.2 Ønsket om ufejlbarlighed	38
3.3.3 Det er svært at tale om fejl	39
3.4 Er det menneskeligt at fejle?.....	41

3.4.1 Når fejl anskues fra et naturvidenskabeligt perspektiv	41
3.4.2 Paradokset at både acceptere og eliminere fejl	43
<u>KAPITEL 4: AT VÆRE DET MENNESKE DER FEJLER</u>	<u>45</u>
4.1 'Second victims'	46
4.2 Muligheder for hjælp	48
4.2.1 Debriefing.....	49
4.2.2 Supervision	51
4.2.3 Psykologbistand.....	52
4.3 Behovet for hjælp	53
4.3.1 At blive set.....	54
4.3.1.1 Kollegial støtte.....	55
4.3.1.2 Behovet for støtte imødekommes ikke	57
4.3.2 Debriefingens svagheder	57
4.3.2.1 Effekten af debriefing	58
4.3.2.2 Debriefingens rammer	58
4.3.2.3 Faglig bekræftelse	59
4.4 Sammenfatning.....	60
<u>KAPITEL 5: DET EKSISTENSPSYKOLOGISKE PERSPEKTIV</u>	<u>62</u>
5.1 Når modellerne skygger for individet	63
5.2 At være i krise	64
5.3 Den eksistentielle krise	66
5.3.1 Accept af krisen som uundgåelig.....	68
5.3.2 Individets egne sorg- og kriseprocesser	70
5.3.3 De eksistentielle grundvilkår	71
5.4 Viljen til mening	73
5.4.1 At fastholde meningen i de svære forløb	74
5.4.2 Meningen med at være jordemoder	76
5.5 Forslag til anbefalinger	77
<u>KAPITEL 6: KONKLUSION OG PERSPEKTIVERING</u>	<u>79</u>
6.1 Perspektiv	83
<u>REFERENCER.....</u>	<u>86</u>
<u>BILAGSOVERSIGT.....</u>	<u>91</u>

KAPITEL 1: INTRODUKTION

1.1 Baggrund

Arbejdet som jordemoder er langt overvejende forbundet med glæde, intensitet og ydmyghed overfor skabelsen og forløsningen af et nyt liv. At stå på sidelinien og få lov til at være en lillebitte del af denne fase i andre menneskers liv er hver gang berigende og smukt. Men arbejdet indebærer også varetagelsen af fødselsforløb, der er forbundet med sorg og smerte for forældrene, fordi deres barn enten er meget sygt eller ikke lever. Årsagerne til disse forløb kan være mange, for eksempel medfødte misdannelser, for tidlig fødsel, infektioner, komplikationer med relation til moderkagen eller livmoderen eller komplikationer undervejs i fødslen.

Det er min erfaring som jordemoder, at jordemødre generelt adskiller de svære, komplicerede fødselsforløb i to kategorier:

1. De forløb, hvor der fødes et sygt eller dødt barn, og hvor udfaldet ikke kan påvirkes af den jordemoderfaglige eller lægelige ekspertise. Dette kan for eksempel være medfødte misdannelser eller fosterdød allerede før ankomsten til fødegangen. Disse forløb kan selvsagt være emotionelt krævende for jordemoderen, fordi hun berøres af forældrenes sorg og smerte, og fordi hun bliver konfronteret med livets skrøbelighed. Men hun vil ikke være naget af skyldsspørgsmål efterfølgende, idet hun ingen indflydelse har haft på barnets tilstand.
2. De forløb, hvor der undervejs opstår komplikationer, som medfører at der fødes et sygt eller dødt barn. Der vil som regel være tale om en større eller mindre grad af iltmangel hos fosteret, som i svære tilfælde kan medføre livsvarig skade af hjernen eller dødsfald. I disse tilfælde vil man efterfølgende gennemgå hændelsesforløbet med henblik på at vurdere, om der fagligt kunne være handlet anderledes, og om det tragiske udfald kunne være undgået. Den involverede jordemoder vil, helt afhængende af den enkelte situation, potentielt være plaget af skyldsspørgsmål, som må antages at være særligt belastende at komme igennem: "Kunne jeg have forud-

set situationen? Kunne jeg have handlet anderledes? Overså jeg noget? Ville barnet være i live nu, hvis det havde været en anden jordemoder i stedet for mig?”

Det er den sidstnævnte kategori af fødselsforløb, jeg vil beskæftige mig med i dette speciale, og som jeg benævner traumatiske fødselsforløb¹. Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG) foreslår i den seneste obstetriske guideline vedrørende alvorlig iltmangel² hos fosteret, at en forekomst på 2 % eller over bør medføre kvalitetssikringstiltag for at få den nedbragt. Et acceptabelt niveau er efter faglige standarder således under 2 %. På et fødested med 4000 fødsler om året vil forekomsten være op mod 80 fødsler, men det vil kun være 12-16 børn, der får varige skader (Bach, et al. 2010). Selvom det vil være få gange, vil det formodentligt opleves af alle jordemødre på et tidspunkt, og det er derfor relevant at undersøge, hvordan disse forløb påvirker jordemoderen, personligt såvel som fagligt. Da dette område er relativt ubeskrevet i litteraturen, har jeg indsamlet min egen empiri i form af kvalitative interviews med syv jordemødre. Jeg har valgt at forholde mig åbent og eksplorativt og har således ikke på forhånd valgt en teoretisk ramme som struktur for specialet.

Min interesse for problemområdet har udgangspunkt i mine egne erfaringer som både jordemoderstuderende og som jordemoder: Hverken under uddannelsen eller som færdiguddannet har jeg oplevet, at man har forholdt sig til de menneskelige omkostninger, der potentielt er forbundet med at stå med ansvaret for en kvinde og hendes ufødte barn. Vi taler i vagtstuen om, at det er et stort ansvar, og at man kan være ked

¹ Termen 'traumatiske fødselsforløb' knytter sig her til de fødsler, hvor der undervejs opstår komplikationer, der medfører en dårlig tilstand for barnet (kategori 2). Selve fødselsoplevelsen bliver således forbundet med den sorg og ulykke, der har ramt familien. En fødsel i den første kategori opleves ikke nødvendigvis som traumatisk. Det er selvsagt meget sorg- og smertefuldt at blive forældre til et dødfødt barn, men i de tilfælde hvor fosteret er dødt inden fødslen, kan selve fødslen, for nogle, opleves som en stærk, smuk og vigtig begivenhed, og altså ikke i sig selv traumatisk. I andre sammenhænge ses termerne brugt i forhold til moderens oplevelse af fødslen, hvor det ikke nødvendigvis relaterer sig til barnets tilstand efter fødslen, og det kan derfor skabe forvirring. I den engelsksprogede litteratur tales om fødsler med "adverse outcome", altså fødsler med et uønsket eller negativt udkomme. Af etiske grunde vil jeg ikke bruge denne term, idet det kan opfattes som, at selve barnet er et dårligt udkomme – et dårligt resultat – og sådan ønsker ingen forældre vel, at deres barn skal omtales.

² Betegnes 'metabolisk acidose', som er defineret ved måling af syre/base status i navlesnorsblodet umiddelbart efter fødslen. (Kriteriet er pH < 7,10 og SBE < - 10 mmol/l). (Bach, et al. 2010).

af det, når det ikke går godt, men en dybere eftertanke eller refleksion over, hvordan man håndterer dette ansvar, har hverken været en del af mit uddannelsesforløb eller mine ansættelser. Vi er optagede af, hvordan det påvirker de involverede forældrepar, og vores indsats fokuseres på at støtte og hjælpe dem bedst muligt igennem deres krise. Men hvordan tager vi hånd om os selv og hinanden? Hvilke redskaber har vi med os til at møde de udfordringer, jordemoderfaget byder på? Og hvilke foranstaltninger er der til at støtte jordemødrene til at håndtere de traumatiske fødselsforløb?

Der stilles i dag store krav til alle ansatte i sundhedsvæsenet, som både skal honorere et øget arbejdspress og en voksende forventning om korrekt og effektiv behandling. Antallet af patientklager er stigende (Patientklagenævnet 2009), og bevidstheden herom er med til at øge presset på de sundhedsprofessionelle. Frygten for en klagesag eller for at blive hængt ud i pressen kan være stressende at håndtere, og det kan blive styrende for den enkeltes kliniske praksis (Jylling 2003). Disse juridiske aspekter er beskrevet indenfor jordemoderfaget i to skotske studier (Symon (a) 2000, Symon (b) 2000), hvor det undersøges, om frygten for at begå fejl (og dermed potentiel udsættelse for en klagesag) påvirker den enkelte jordemoders praksis. Diskussionen går i store træk på, hvorvidt frygten for klagesager medfører bedre standarder for behandling, eller om den tværtimod medfører en såkaldt defensiv praksis³, hvor de fødende udsættes for langt flere overvågninger og indgreb end nødvendigt, og dermed mindre frihed og en mindre naturlig fødsel. Konklusionen er ikke entydig, ikke mindst fordi 'defensiv praksis' er lettere at definere teoretisk end i praksis. En kvalitativ, diskursanalytisk interviewundersøgelse fra New Zealand viser imidlertid, at jordemødrene oplever en stigende fremmedgørelse fra kerneværdierne i deres fag, fordi deres kliniske praksis styres af frygten for juridiske efterspil og ikke af deres jordemoderfaglighed (Surtees 2010).

³ Defensiv praksis ('defensive medicine') er et udtryk der dækker over en klinisk praksis, der er præget af frygt for fejlbehandling, og ikke mindst juridiske implikationer. Klinikerne foretager således mange (unødige) prøver og undersøgelser og agerer hele tiden ud fra frygten for at få en påtale eller en klagesag. Se f.eks. (Jylling 2003, 35). At bedrive defensiv praksis kan være meget anstrengende for klinikerne selv, fordi det medfører et større arbejdspress, ikke mindst psykisk. Dertil kommer, at det medfører flere indgreb for patienten, hvilket kan betyde større gener, smerter eller endog forlænget indlæggelsestid.

Jeg har valgt at fokusere på det mellem-menneskelige aspekt frem for det juridiske. Dette er ud fra en antagelse om, at hvis man har været involveret i et forløb, der får alvorlige, livsvarige og endog fatale konsekvenser for et nyfødt barn, så vil en juridisk frifindelse ikke nødvendigvis fratage jordemoderen hendes sorg og/eller skyldfølelse over handlinger i forløbet. Ligesom en påtale over en mindre hændelse i forbindelse med en klagesag ikke nødvendigvis vil opleves som skelsættende for jordemoderens faglige identitet. Antallet af klagesager og påtaler er således ikke det eneste parameter, når man vil undersøge, hvordan jordemødre påvirkes af traumatiske fødselsforløb, og jeg vil derfor igennem mine interviews forsøge at opnå en dybere forståelse af jordemødrenes oplevelser af at være involveret i disse forløb.

En dansk arbejdsmiljøundersøgelse fra 2005 viste, at jordemødre er i højere risiko for udbrændthed end andre faggrupper, der arbejder med mennesker (Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø 2006). Et opfølgende, kvalitativt ph.d. studie undersøgte forholdet mellem motivation og udbrændthed for at forstå, hvad der ligger bag den høje hyppighed af udbrændthed blandt jordemødre. Her fandt man, at dels emotionelle krav, og dels arbejdsvilkår præget af lave ressourcer, uforudsigelighed og usikkerhedsfølelse kan være medvirkende årsager til fænomenet. Traumatiske fødselsforløb indgår som en del af det samlede billede, men det er jordemoderens generelle arbejdsvilkår, der undersøges i forhold til udbrændthed (Engelbrecht 2005). Mit fokus vil derimod ligge på den lille del af jordemoderens arbejdsområde, der indebærer traumatiske fødselsforløb, dog til hver en tid med inddragelse af den kontekst det præsenteres i, herunder også jordemoderens øvrige arbejdsvilkår.

1.1.1 Forskningsspørgsmål

Jeg arbejder ud fra ét overordnet forskningsspørgsmål og tre underspørgsmål, som er styrende for min indsamling af litteratur og empiri:

Hvordan oplever jordemødre at være involveret i et traumatisk fødselsforløb, hvor barnet fødes med svære, og muligvis livstruende, fødselsskader?
--

- Hvordan håndteres traumatiske forløb i sundhedsvæsenet generelt, og hvilken kultur er denne form for håndtering et udtryk for?
- Hvordan føler jordemødre sig rustet til at håndtere de følelsesmæssige aspekter, herunder eventuel skyldfølelse, efter et traumatisk fødselsforløb?
- Hvilke tanker eller erkendelser affødes af at være involveret i et traumatisk fødselsforløb?

1.2 Formål

Formålet med denne afhandling er at undersøge, hvordan jordemødre håndterer at være involveret i traumatiske fødselsforløb. Selvom de traumatiske fødselsforløb er sjældne, antages de at udgøre en belastning for de involverede jordemødre, og dermed potentielt være en medvirkende faktor til den høje forekomst af udbrændthed blandt jordemødre. Udforskningen af problemfeltet vil inddrage nogle aspekter af jordemoderfaget, som hidtil ikke har været dokumenterede i danske sammenhænge, og derved potentielt medvirke til at kvalificere indsatsen dels i forhold til systemets håndtering af de traumatiske forløb og dels i forhold til uddannelsen og efteruddannelsen af jordemødre.

1.3 Specialets opbygning

Som nævnt ovenfor har jeg valgt at lade min empiri være styrende for mit valg af teori og dermed for opgavens struktur. Dette skyldes primært den manglende baggrundslitteratur på området, men også et ønske om at undersøge mit problemområde med så åbne rammer som muligt. Min afhandling indeholder derfor en løbende litteraturnemgang, fremstilling af teori og empiri, analyse og diskussion, som er styret af de tematiske spor, jeg har udvalgt fra mit empiriske materiale. Temaerne falder i tre overordnede kapitler (kapitel 3, 4 og 5), hver især med en række undertemaer (se afsnit 2.5), og jeg vil i det følgende kort gennemgå deres opbygning. Specialet indeholder

herudover Introduktion (kapitel 1), Teori, metode og analyse (kapitel 2) samt Konklusion og perspektivering (kapitel 6).

Kapitel 3: I dette kapitel benytter jeg et bredt perspektiv og redegør for, hvordan fejl og kritiske hændelsesforløb håndteres i sundhedsvæsenet generelt. Det brede perspektiv er nødvendigt for at placere jordemoderen i den kontekst, som hun indgår i og dermed forstå hvilken kultur og videnskabelig ramme, hun er en del af og skal agere indenfor. Der findes en del publikationer indenfor området generelt, og jeg har udvalgt de artikler, som jeg mener, repræsenterer den udvikling, der er sket indenfor det danske sundhedsvæsen. Det overordnede tema er, at *det er menneskeligt at fejle*, og jeg undersøger ud fra litteraturen og min egen empiri, hvordan henholdsvis systemet (sundhedsvæsenet) og den enkelte jordemoder forholder sig til fejl. Jeg afslutter kapitlet med en diskussion af, hvilke konsekvenser den nuværende diskurs i forhold til forekomst og håndtering af fejl har ført med sig.

Kapitel 4: I det fjerde kapitel snævrer jeg perspektivet ind fra det organisatoriske niveau til individniveauet. Temaet er, at *være det menneske, der fejler*, og den relevante litteratur fremlægges sammen med dels anbefalinger fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed og dels en fødeafdelings retningslinier for håndtering af medarbejderreaktioner i forbindelse med kritiske hændelsesforløb. Jeg forsøger derved at karakterisere, hvordan systemet opfatter problematikken i forhold til den enkelte sundhedsprofessionelle og dennes reaktioner på hændelsesforløbet, og identificerer hvilke muligheder for hjælp, der tilbydes. Herefter sammenligner jeg *mulighederne* for hjælp med *behovet* for hjælp ud fra jordemødrenes beskrivelser i min interviewundersøgelse. Endeligt argumenterer jeg for, at der er svagheder og begrænsninger ved den nuværende form for håndtering af medarbejderreaktioner i forbindelse med kritiske hændelsesforløb. Kapitlet afsluttes med en fælles sammenfatning af kapitel 3 og 4, som udgør afsættet for det sidste kapitel.

Kapitel 5: I det sidste kapitel er temaet *det eksistenspsykologiske perspektiv*, og jeg afsøger her en anden tilgang til krisen eller jordemoderens reaktion i forbindelse med det traumatiske forløb, end den tilgang, der er gjort rede for i kapitel 3 og 4. Ud fra min

empiri og fra udvalgt eksistensfilosofisk teori diskuterer jeg jordemoderens oplevelse i relation til hele hendes eksistens. Derved giver jeg perspektiver på, hvordan man kan søge ad andre, supplerende veje, for at opnå en større forståelse af, hvordan jordemødrene oplever de traumatiske fødselsforløb.

KAPITEL 2: TEORI, METODE OG ANALYSE

2.1 Videnskabsteoretisk ramme

I dette kapitel vil jeg redegøre for de videnskabsteoretiske overvejelser, som er styrende for min indsamling, bearbejdning og analyse af både litteratur og empiri. Ved at dekonstruere de eksisterende forståelser af problemfeltet åbnes blikket for nogle af de selvfølgeligheder, der er indlejret i den nuværende kultur i sundhedsvæsenet, og som kan være med til at fastholde én bestemt tilgang. Der er således et betydeligt socialkonstruktivistisk⁴ islæt, dog uden at jeg vil betegne hele afhandlingen som socialkonstruktivistisk i dogmatisk forstand. Der er ganske mange selvfølgeligheder, som jeg ikke føler trang til at dekonstruere, eksempelvis at en forventet lykkelig udgang på en ønsket graviditet er forløsningen af et (eller flere) levende barn (børn).

2.1.1 Vidensbegreber

Afhandlingen bygger på en forståelse af, at viden er relationel og betinget af sammenhænge. Det relationelle vidensbegreb knytter sig til relationer mellem objekter, mellem mennesker og objekter samt mennesker imellem, hvor viden produceres og reproduceres i forskellige sociale relationer og forskellige kontekster. Således er viden ikke et objekt, vi kan producere eller indsamle gennem forskningsresultater, da disse til hver en tid vil blive tolket og forstået ud fra den kontekst og de relationer, de indgår i (Hastrup 2004, Fuglsang 2004, Hansen 2007).

⁴ Videnskabsteoretisk position, hvor al menneskelig erkendelse opfattes som socialt konstrueret. Se endvidere afsnit 2.1.1 og 2.1.2.

Den klassiske inddeling af vidensbegreber placerer den såkaldte *objektviden*, hvor viden opfattes som et objekt, der kan produceres, lagres og forbruges, i det naturvidenskabelige paradigme, mens den såkaldte *relationsviden*, som ovenfor beskrevet, placeres indenfor det humanistiske forskningsfelt. Hastrup fremfører en vigtig pointe i dette forhold, idet hun beskriver, hvordan den relationelle viden kan tage form som objektviden gennem en proces, hun betegner *ontologisk dumpning*. Det vil sige, at fænomener der opstår som forståelser af nogle komplekse sammenhænge med tiden får status som objekter og på den måde får en selvstændig eksistens i verden. Hastrup nævner sprog, kultur og sygdom som eksempler på fænomener der har gennemgået ontologisk dumpning, og som langt oftere betragtes som 'ting' end som 'forståelser' (Hastrup 2004).

Indenfor sygeplejeforskning beskriver Latimer, hvordan man har søgt at frigøre sig fra det biomedicinske, naturvidenskabelige vidensparadigme og i stedet har taget mere kvalitative forskningsmetoder i brug. Man har benyttet en fænomenologisk tilgang for at opnå en mere subjektivistisk erkendelse af patienter og sygeplejerskers oplevede hverdag eller forståelse af begreber som sygdom og sundhed. Denne erkendelse har, ifølge Latimer, alt for ofte opnået faktisk status. Det vil sige, at hvad der burde være *forståelser* af individer og sammenhænge, får status som *fakta*. På den måde bliver den kvalitative sygeplejeforskning positivistisk i jagten på faktuelle forskningsresultater, og adskiller sig derved med sine "subjektive fakta" ikke essentielt fra de naturvidenskabeligt producerede "objektive fakta" (Latimer 2008).

Ud fra hvert deres perspektiv berører Hastrup og Latimer samme problemstilling i forhold til, hvordan vores kulturelle perception af viden kan påvirke vores produktion af viden og videnskabelighed. For at noget kan få den nødvendige tyngde til at anerkendes som viden, må det "ophøjes" til objektviden. Dette gør sig ikke mindst gældende i sundhedsvæsenet, hvis fundament bygger på det naturvidenskabelige vidensparadigme, hvorfor forskningsresultater uvægerligt må have form af objektviden for at opnå anerkendelse og dermed udbredelse (Latimer 2008).

Trods gode intentioner kan det være svært at ryste sin videnskulturelle opdragelse af sig, men jeg vil igennem specialet tilstræbe at arbejde ud fra det relationelle vidensbegreb. Dette vil jeg fastholde ud fra et interaktionistisk perspektiv, dels i forhold til mit epistemologiske ståsted og min metodologiske tilgang, dels i forhold til min analyse af mine empiriske data.

2.1.2 Socialkonstruktion og interaktion

Udgangspunktet for min kvalitative interviewundersøgelse hviler på et fænomenologisk⁵ fundament, idet jeg spørger til den enkelte jordemoders oplevelse og forståelse af de traumatiske fødselsforløb. Dette kan imidlertid ikke stå alene. Ud fra et konstruktivistisk interaktionistisk⁶ perspektiv vil jeg diskutere, hvordan mening og forståelser konstrueres i interaktionen i interviewsituationen.

Jeg vil beskrive hovedtrækkene ved den konstruktivistiske interaktionisme, som dækker over en sammensmeltning af henholdsvis socialkonstruktivisme og (symbolsk) interaktionisme (Mik-Meyer og Järvinen 2005, Marvasti 2008). Helt grundlæggende bygges på den antagelse, at fænomener ikke i sig selv har en iboende essens, og at fænomener i sig selv ikke har en betydning, der kan isoleres og analyseres udenfor den kontekst, de optræder i. Mening skabes og genskabes netop i samspillet mellem de aktører, der kan relateres til den pågældende situation eller kontekst, og er således ikke en uafhængig størrelse, der kan afdækkes af forskeren (Mik-Meyer og Järvinen 2005). Marvasti beskriver således, at den konstruktivistiske interaktionisme

”(...) takes for granted that (1) social objects are not inherently meaningful and (2) social reality is made meaningful and is changed through human interaction. (...) The key feature of IC’s [Interactional Constructionism] approach to under-

⁵ Om end det følgende vil fokusere på de centrale forskelle mellem fænomenologien og den konstruktivistiske interaktionisme, er der ikke tale om en absolut adskillelse. I interviewene sker der en fælles konstruktion, der dog i sit udgangspunkt bygger på en eller flere oplevelser hos informanten, som således hentes i hendes livsverden, hvorfor der er tale om et fænomenologisk fundament, uanset den kontekstafhængige genforhandling af hendes oplevelser.

⁶ Jeg vil primært anvende Mik-Meyer og Järvinens begreb ’interaktionisme’, som udspringer af dels den symbolske interaktionisme (f.eks. Herbert Blumer og Erving Goffman) og dels den (post)strukturalistiske konstruktivisme (f.eks. Pierre Bourdieu, Bruno Latour og Norman Faircloughs). Dog anvendes i den engelsksprogede litteratur ofte termen ’interactional constructionism’, hvilket jeg, for at referere så loyalt som muligt, anvender, når disse omtales.

standing social life is uncompromising attention to the construction process as it is enacted in concrete settings” (Marvasti 2008, 315).

Der lægges herved afstand til den fænomenologiske undersøgelse af ”fænomenet i sig selv”. I sin rendyrkede form arbejder den fænomenologiske forsker ud fra antagelsen om, at han eller hun kan sætte parentes om sin egen forforståelse, hvorved det er muligt at undgå at ”forurene” indsamlingen og analysen af datamaterialet. Her får vidensproduktionen karakter af den førromtalte *objektviden*, forstået på den måde, at man forestiller sig, at hvis man er sig sin egen forforståelse bevidst, bliver det muligt at nå ind til eller at sætte sig ind i den anden persons (analyseobjektets) perspektiv eller livsverden. I en interviewsituation kan man således ved at stille de rigtige spørgsmål få adgang til den faste masse af lagrede erfaringer, der findes i informanten. I det interaktionistiske perspektiv opfattes informantens selvforståelse derimod som en proces, der er til stadig forhandling og som bliver virkeliggjort i interaktionen, frem for en konstant størrelse som interviewerens kan få indsigt i ved at stille de rigtige spørgsmål og ”neutralisere” sin egen forforståelse. Analyseobjektet er ”(...) *pr. definition et flydende, ustabil og flertydigt fænomen, som bliver formet i mødet med forskeren*” (Mik-Meyer og Järvinen 2005, 9).

2.2 Teori anvendelse

Som nævnt i afsnit 1.4 er afhandlingen bygget op omkring de tematiske spor, og der gives en løbende fremstilling af litteratur såvel som empiri. Litteratur fra beslægtede områder fremstilles og analyseres i kapitel 3 og 4, mens fremstilling og anvendelse af teori kommer i kapitel 5. Jeg vil i det følgende begrunde mit valg af teori.

2.2.1 Eksistensfilosofi

Jeg har valgt at anskue en del af problemområdet ud fra et eksistensfilosofisk perspektiv⁷. Under min empiriindsamling blev det klart for mig, at jeg, for at få greb om pro-

⁷ Jeg anvender termen ’eksistensfilosofi’ frem for ’eksistentialisme’, om end distinktionen mellem de to er forbundet med betydelige uenigheder (Nielsen 2009). Eksistentialismen kan ses som en fraktion af den overordnede eksistensfilosofi, og den har ”(...) ofte været forstået som en modebevægelse hæftet

blemområdet, var nødt til at søge efter en dybere forståelse af, hvordan man kan håndtere at stå med en følelse af ansvar for et andet menneskes liv. Ved udelukkende at søge ad de samme veje, som gennem de seneste ti år er blevet etableret indenfor området, ville jeg begrænse mulighederne for at udfolde dele af problemfeltet. Uanset resultaterne af min undersøgelse, ville præsentationen af disse være udarbejdet efter de rubriceringsmuligheder, som litteraturen indtil nu er præget af indenfor forskningsfeltet, og således i højere grad ende med at konsolidere eksisterende diskurser frem for at lægge kim til formuleringen af nye. Formuleringen af nye diskurser er ingenlunde et mål i sig selv – ej heller en realitet i dette speciale! – men det er min opfattelse, at jordemødrene mangler et sprog til at tænke, føle og fortælle med, når de skal forholde sig til de mere eksistentielle aspekter af deres fag.

Denne mangel begrundet min inddragelse af eksistensfilosofien og den eksistentielle psykologi⁸ som teoretisk ramme. Her er spørgsmålet om liv og død – selve menneskets eksistens – essentielt, ligesom det i sidste ende kan være dét, jordemoderen oplever som essensen af hendes arbejde: Et nyt liv fødes og bringes ind i verden. Ligeså meningsfuld denne begivenhed kan synes, ligeså *meningsløst* føles det, hvis det nye liv mistes.

Eksistensfilosofien er ikke en entydig filosofisk retning, tværtimod kendetegnes den ved en betydelig uenighed blandt de store eksistenstænkere (Yalom 1980/1998, 23-26, Frankl 1959/1993, 101-102). Jeg har udvalgt tre forfattere, som berører de områder, der kan anvendes med relevans til min problemstilling – den krise jordemoderen potentielt befinder sig i efter et traumatisk fødselsforløb – og som har en mere psykoterapeutisk (og dermed mere praksisrelateret) tilgang end de store eksistensfilosoffer som eksempelvis Kierkegaard og Sartre: **Viktor E. Frankl** (dr.med., forsket i og grundlagt en gren indenfor den eksistentielle psykoterapi; *logoterapi*) og **Irvin D. Yalom** (psykiater, fremtrædende indenfor den eksistentielle psykoterapi) og **Bo Jacobsen**

på overfladiske slagord og en ekstravagant livsstil, medens [eksistensfilosofien] er blevet opfattet som et mere seriøst navn på en filosofisk retning” (Kemp 2009, 127).

⁸ Den eksistentielle psykologi er en gren af psykologien, der bygger på den eksistentielle filosofi, og som beskæftiger sig med det enkelte menneskes forhold til de centrale livsdilemmaer (Jacobsen 2009).

(professor ved Center for Forskning i Eksistens og Samfund ved Sociologisk Institut, KU).

Den eksistentielle psykologi deler fænomenologiens tilgang til mennesket, og behandlerens intention er her at træde ind i patientens individuelle og unikke erfaringsverden og dermed bevæge sig bagom de stereotyper og klassifikationer, som normalt kendetegner diagnosesystemer indenfor eksempelvis empirisk funderet psykologi (Yalom 1980/1998, 25-26, Jacobsen 2009, 14-17). Dette ligger således i tråd med den del af mit videnskabsteoretiske fundament, der har *individet* og *individets erfaringsverden* i centrum, og er derfor endnu en årsag til, at jeg har valgt denne teoretiske tilgang.

2.3 Litteraturgennemgang

Mit fokusområde er jordemødre, men da der ikke findes relevant litteratur indenfor jordemoderfaget, har jeg søgt bredere indenfor grene af sygepleje- og lægefaget, som relaterer sig til samme problemstillinger i form af akutarbejde, traumatiske forløb og behandling af alvorligt syge børn.

Hovedparten af den fundne litteratur omhandler forløb, som jeg har beskrevet i den første kategori i afsnit 1.1, dog indenfor andre fagområder end jordemoderfaget. Artiklerne omhandler primært læger og sygeplejerskers oplevelse af at være involveret i pleje og behandling af terminale patienter (også børn) eller akutte traumer (f.eks. trafikofre), som kan være chokerende og meget følelsesmæssigt belastende. Her er fokus ofte på, hvordan de sundhedsprofessionelle håndterer at blive konfronteret med døden gennem deres (daglige) arbejde.

Derudover er der en mindre andel af litteraturen, som omhandler forløb i kategori 2 (afsnit 1.1). Her beskrives den såkaldte 'second victim' problematik (se afsnit 4.1), hvor de sundhedsprofessionelle klassificeres som ofre i de situationer, hvor der begås fejl og patienter skades eller dør, fordi hændelsesforløbet har en traumatisk effekt på dem. Også her er det læger og sygeplejerskers arbejdsområder, der er beskrevet.

De få artikler, der omhandler jordemoderfaget, er alle udenlandske og er centreret omkring de såkaldte medico-legale aspekter af problematikken, navnlig i forhold til, hvordan jordemødrenes praksis påvirkes af risikoen for et juridisk efterspil. Selvom der er øget fokus på risiko for klagesager, er danske forhold langt fra især de amerikanske sagsanlæg og retsforfølgelse af sundhedspersonale, og studierne resultater kan derfor ikke overføres direkte.

2.3.1 Søgestrategi

Den primære litteratursøgning blev foretaget med udgangspunkt i PubMed, CINAHL, og Psychinfo. Det har været nødvendigt at søge på en række emneord i forskellige kombinationer, hvoraf de vigtigste nævnes her:

midwife/midwifery, health care professionals, second victim, malpractice, adverse outcome, critical incidence, human error, emotional trauma, emotional suffering, debriefing, posttraumatic stress, asphyxia, neonatal death, stillbirth, traumatic birth.

I bilag A findes en litteratursøgningsprofil, som de første søgninger præsenterede sig. Jeg har søgt på de tilsvarende danske ord i arkiver for Tidsskrift for Jordemødre samt Ugeskrift for Læger. Derudover har jeg håndsøgt i arkiver fra 2007-2010 på følgende tidsskrifter: Midwifery, Journal of Midwifery and Women's Health, British Journal of Midwifery og Journal of Patient Safety.

Siden er der foretaget løbende søgninger i form af kædesøgning og håndsøgning, og størstedelen af den anvendte litteratur er fremkommet herved. Desuden er der søgt på bibliotek.dk for at finde den relevante litteratur indenfor kvalitative forskningsmetoder, socialkonstruktivisme, interaktionisme, eksistensfilosofi og eksistenspsykologi.

2.4 Metodiske overvejelser og fremgangsmåder

I det følgende vil jeg klarlægge og diskutere de metodiske problematikker i forhold til dette projekt. Dette dækker over de metodiske overvejelser og refleksioner jeg havde gjort mig inden dataindsamlingen, samt de processer, der førte til beslutningerne om

metodiske valg. For overskuelighedens skyld vil fremstillingen have et vist lineært præg, men der er ikke desto mindre tale om cirkulære processer, hvor jeg utallige gange har måttet genoverveje såvel min metodiske tilgang og bearbejdning af empiri som min teoretiske ramme.

2.4.1 Valg af metode

Som tidligere nævnt, har jeg valgt, at min empiriske udforskning af emneområdet skal være gennem individuelle, kvalitative interviews. Som en naturlig følge af mit epistemologiske ståsted, vil jeg bruge Holstein og Gubriums betegnelse "The Active Interview", hvor interviews ansues som "(...) *reality-constructing, meaning-making occasions (...)*" (Holstein og Gubrium 1995, 4), frem for begivenheder, hvor interviewer, metaforisk talt, indsætter sit USB-stick i informanten og trækker de tilgængelige informationer ud.

I begyndelsen af processen overvejede jeg at bruge fokusgruppe interviews som dataindsamlingsmetode. Jeg tænkte, at fokus gruppe interviews kunne skabe et rum, hvor der ville være forståelse og genkendelighed i forhold til det oplevede blandt flere jordemødre. Der er dog risiko for, at hændelser, hvor der er begået fejl, vil være mere tabubelagte og derfor sværere at tale om overfor kollegaer. Et skotsk studie konkluderer i forbindelse med fokus gruppe interviews af jordemødre, at deltagerne – med stor empati – talte om utilsigtede hændelser, fejl og "near misses" begået af kollegaer, men aldrig af dem selv (Symon, McStea og Murphy-Black 2006). Rammerne for et individuelt interview kan derfor skabe en større trykthed i forhold til at undgå at føle sig blottet overfor sine kollegaer.

2.4.2 Rekruttering

Efter aftale med ledelsen på et stort fødested med ca. 70 ansatte jordemødre, uddelte jeg et informationsbrev til alle jordemødre (Bilag B). Forekomsten af fødsler af børn med svær iltmangel er på det pågældende fødested ½-1 %, hvilket svarer til et sted mellem 20 og 40 børn årligt.

Relativt hurtigt blev jeg kontaktet af tre jordemødre, som gerne ville deltage. Derefter stod processen stille, og efter nogle ugers forløb stod det klart, at jeg var nødt til at

gøre noget aktivt for at rekruttere de sidste tre. Jeg overvejede muligheden for såkaldt "snowball sampling" (Green og Thorogood 2009, 118-119), hvor de allerede fundne deltagere hjælper med at finde eller opfordrer andre jordemødre, det har været involveret i traumatiske fødselsforløb. Denne metode ville dog bryde med løftet til deltagerne om fuldstændig anonymitet ved deltagelse i undersøgelsen i forhold til kollegaer, hvorfor jeg fravalgte den. I stedet mødte jeg selv op på fødegangen og rettede personlig henvendelse til de jordemødre, der var i vagt de pågældende dage. Flere afslog at deltage, fordi de ikke havde været involveret i traumatiske fødselsforløb, en enkelt afslog fordi hun havde det for svært med et forløb til at kunne tale om det, og tre indvilligede. Sideløbende med denne proces fik jeg, tilfældigt og ad private veje, kontakt til en jordemoder som har været ansat på et andet fødested, men som havde flere forløb at fortælle om. Da jeg på det tidspunkt fortsat ventede på tilsagn fra to jordemødre, og derfor reelt kun havde fire informanter, valgte jeg at lade den pågældende jordemoder indgå i projektet. Da de to sidste jordemødre også ønskede at deltage, endte antallet af informanter således på syv.

De deltagende jordemødre har mellem 2 og 25 års anciennitet og fordeler sig ligeledes aldersmæssigt fra ung til ældre. De fleste af jordemødrene havde som udgangspunkt kun ét traumatisk fødselsforløb, som de ville fortælle om, men hos flere af dem dukkede der undervejs i interviewet flere andre hændelsesforløb op, som også blev inddraget.

2.4.3 Interview i et interaktionistisk perspektiv

Deltagerne i det interaktionistiske interview (både forsker og informant) anses som 'vidende subjekter' ("*knowing subjects*") (Koro-Ljungberg 2008, 430), der begge deltager aktivt i den videnskonsstruktion, der foregår under interviewet. Dette indebærer, at jeg som interviewer bringer mine egne erfaringer og forståelser af feltet aktivt ind i interviewsituationen. Der er ofte en forståelse af, at denne form for personligt samspil og gensidighed medfører en mere ligeværdig kommunikation. Miller og Crabtree beskriver interviewet som "*(...) a partnership on a conversational research journey (...)*" (Miller og Crabtree 1999, 89), mens Koro-Ljungberg skriver, at "*The goal of the interview is to examine how knowing subjects (researchers and study participants) expe-*

rience or have experienced particular aspects of life as they are coconstructed through dialogue” (Koro-Ljungberg 2008, 431).

At sidestille forskningsinterviewet med en konversation eller en dialog er næppe forfatterens hensigt, og Koro-Ljungberg berører da også, med henvisning til Kvale, problematikken omkring betegnelsen 'dialog', da den giver et falsk indtryk af en fælles interesse i videnskonstruktionen (Koro-Ljungberg 2008). Kvale og Brinkmann betegner forskningsinterviewet, i modsætning til dialogen, som *“(...) en specifik professionel samtale med et klart asymmetrisk magtforhold mellem forskeren og den interviewede.”* (Kvale og Brinkmann 2009, 51) Interviewet er selvsagt foranlediget af forskeren, som er styrende i forhold til emnevalg, til hvilke spørgsmål der forfølges og til afslutning af interviewet. Forskeren kan have en mere eller mindre skjult dagsorden, og der kan derfor foregå en vis grad af manipulation under interviewet, ligesom det i sidste ende er forskeren, der har monopol på at fortolke og fremstille informantens udsagn (Kvale og Brinkmann 2009).

Udsagnene i mine interviews er repræsentationer af det billede, jordemoderen formår eller ønsker at fremstille af sig selv i situationen, og som vi ud fra den interaktion, der opstår imellem os konstruerer i løbet af interviewet. Udsagnene er, ud fra de metodiske omstændigheder, det tætteste jeg kommer på at se individet, den enkelte jordemoder, og min fremstilling af dem igennem specialet er således det tætteste, jeg kommer på at formidle hendes oplevelser.

2.4.3.1 Interviewstrategi

Jeg udarbejdede en interviewguide (bilag C), som skulle vise sig at blive meget lidt benyttet i praksis. Under interviewene har mit fokus været på at gribe de bolde, der blev spillet og spille dem tilbage, frem for at fastholde en på forhånd udstukket skabelon. Alle interviews starter med, at jeg beder den pågældende jordemoder om at fortælle om hendes oplevelse af det eller de traumatiske fødselsforløb, der er årsag til, at hun er med i undersøgelsen. Ud fra denne beskrivelse (som fylder et sted mellem en og fire sider) formes det videre interview. Typisk har spørgsmålene kredset omkring temaer som: Hvordan har efterforløbet været? Hvordan har du oplevet det som menneske?

Hvad tænker du om at stå med ansvaret for andre menneskers liv? Havde du gjort dig tanker om det på forhånd? Har oplevelsen ændret noget for dig? Hvilken form for opbakning har du mødt blandt kollegaer og ledelse? Mange andre temaer har været inddraget, afhængigt af konteksten.

Interviewene har således været semistrukturerede, idet jeg har været delvist styrende i forhold til temaer, jeg har ønsket uddybet. Jeg har bevidst givet plads til andre temaer undervejs, dels for at vise respekt og åbenhed overfor informanten, dels i erkendelse af at disse temaer kunne vise sig at bane vej for nye forståelser.

Mine egne erfaringer og forståelser har som sagt været en del af den konstruktion, der er foregået under interviewene. Dermed ikke være sagt, at *mine* oplevelser som jordemoder har været bragt på banen i form af beskrivelser af fødselsforløb eller udfordringer, jeg har stået overfor på en fødegang. Derimod har det betydet, at jeg indimellem har været eksplicit i forhold til min egen position, når jeg har stillet et spørgsmål, som i nedenstående eksempel hvor jordemoder G netop har forklaret, hvordan hun oplever det, når hun kommer i tvivl om sine egne vurderinger, og *brændende* ønsker sig, at hun har ret:

I: (...) så står jeg og siger til mig selv sådan lidt "årh, kom nu! Vis nu for helvede jeg har ret!", ik, "*kom nu!*" Det er sådan et... et *enormt* stærkt ønske om at, at det skal være rigtigt, det jeg har vurderet, ik? Og nærmest sådan, med sådan lidt en... en fornemmelse af at man kan påvirke tingene ved at tænke positivt, ik? Altså...

F: Ja, for hvad handler det ellers om? For mig er det åbenlyst hvorfor du gerne vil have ret, men kan du selv sætte nogle ord på, hvad det handler om? Er det, er det sådan noget faglig stolthed eller er det mere, at nu skal det bare lykkes?

I afsnittene 4.3.1.1 og 5.3.3 bringes andre interviewuddrag, hvor interaktionen mellem informanten og mig tydeligt viser, hvordan der undervejs i interviewene konstrueres meninger og forståelser i fællesskab.

Derimod har jeg ikke tilkendegivet min position i forhold til informanternes konkrete faglige vurderinger eller handlinger, da en sådan faglig diskussion dels ville kunne skabe utryghed hos informanten (i lyset af det asymmetriske magtforhold i interviewsitua-

tionen) og dels ville fjerne fokus fra informantens *oplevelse* af hændelsesforløbet. At jeg imidlertid *har* en position i forhold til jordemoderfaglighed, selvom det er uudtalt, er en del af den interaktion, der foregår under interviewet.

Afslutningsvis vil jeg med Järvinens ord fastslå, at "(...) *den interaktionistiske tilgangs fokus på hvordan ikke betyder, at forskeren nedtoner interessen for interviewmaterialets hvad*" (Järvinen 2005, 45). Mens det er vigtigt at forholde sig til, *hvordan* det empiriske materiale er fremkommet, må det ikke overskygge, *hvad* der er indholdet og *hvad* der danner grundlag for den videre analyse.

2.4.4 Metodiske problematikker relateret til undersøgelsens validitet

Som jeg har argumenteret for ovenfor knytter det interaktionistiske perspektiv ikke an til, at jeg bringer min egen forforståelse af emnet i spil for dermed at kunne sætte parentes om den. Tværtimod har min egen position som både jordemoder og forsker betydning for, hvilke konstruktioner af fænomenet "den traumatiske fødsel fra jordemoderens perspektiv" der muliggøres, hvilket jeg vil diskutere i det følgende.

Den umiddelbare fordel ved, at jeg selv er jordemoder er, at informanten kan beskrive hændelsesforløb frit ud fra den terminologi, hun er vant til. Hun skal således ikke bruge tid på eller gøre sig overvejelser i forhold til at forklare fagtermer, eller hvorfor en given tilstand i et fødselsforløb kan medføre bestemte komplikationer. Ved gennemlæsning af interviewmaterialet efterfølgende er det blevet meget tydeligt for mig, hvor stor en andel, der sprogligt bærer præg af det gensidige forhåndskendskab til feltet. Jeg vil derfor tro, at dette har efterladt mere tid samlet set i interviewet til at udforske de videre perspektiver. På samme måde kan det anskues som en fordel for informanten, at hun kan udtrykke sig om tunge emner vedrørende små børn, der bliver skadet under eller ikke overlever fødslen i et forum, uden at skulle tage hensyn til om interviewerens bliver stødt eller chokeret over, hvordan hændelsesforløbene udspiller sig. Selvom de følgende citater til hver en tid gør indtryk på mig, så er vores fælles forståelse som jordemødre forudsætningen for, at det kan beskrives uden hensyntagen til modtageren (mig): " (...)så får vi et barn ud, som bare er livløst, slapt, lille og smurt ind i det her grønne vand." (jordemoder E), " (...) så får de et barn ud, som... nok kan genop-

lives, men som ikke overlever." (jordemoder G) og "*(...) de laver akut kejsersnit, og barnet dør to-tre timer gammelt.*" (jordemoder A). Samlet set kan interviewsituationen mellem to fagfæller bære præg af, at informanten føler større tryghed og finder det lettere at tale om emnet, fordi hun har en følelse af, at interviewerens forstår hende (Coar 2006, Aase, Nordrehaug og Malterud 2008).

Der knytter sig imidlertid også nogle ulemper til den fælles faglige baggrund. *For det første* medfører det større risiko for udvikling af "blinde pletter", forstået på den måde, at jeg som jordemoder har den samme forståelsesbaggrund som informanten, jeg er en del af den samme professions normer og værdier, og jeg er derfor muligvis (ubevidst) præget af de samme selvfølgheder indenfor området. Selvom jeg har forsøgt at gøre mig dette bevidst og udfordret min egen forståelse af selvfølgheder både før og under interviewene, vil jeg aldrig kunne anskue situationen med en udefrakommendes blik. Der vil derfor være ting, jeg ikke spørger uddybende til, enten fordi svaret forekommer mig selvfølgeligt, eller fordi selvfølgheden i sig selv forhindrer mig i at se muligheden for et uddybende spørgsmål. *For det andet* er der en risiko for, at informanten føler, at hendes faglige viden bliver testet under interviewet (Coar 2006). Selvom jeg ikke kan udelukke denne dimension, mener jeg ikke, at den har spillet en stor rolle i denne undersøgelse, fordi omdrejningspunktet har været informantens *oplevelse* af hændelsesforløbet, snarere end hendes faglige ageren. Dog er jeg bevidst om, at der generelt i sundhedsvæsenet hersker en betydelig dobbelthed omkring det faktum, at mennesker begår fejl, idet der i vid udstrækning er forståelse for andres begåede fejl, mens egne fejl tabuiseres og forties (Symon, McStea og Murphy-Black 2006). Dette i sig selv, mener jeg, kan have været medvirkende til, at rekrutteringen til dette projekt har været lidt vanskelig – fordi at tale om fødselsforløb, hvor barnet har været udsat for iltmangel, potentielt er at tale om fødselsforløb, hvor man som jordemoder kunne have handlet anderledes, og hvor mulige fejl kunne være begået. Set i dette lys kan min egen baggrund som jordemoder have påvirket interviewsituationen negativt, idet informanten kan føle sig blottet og derfor forsøge at undgå at besvare visse aspekter i forhold til hendes egen rolle i det traumatiske fødselsforløb.

Udover at have fælles faglig baggrund med informanterne er det kendetegnende for samtlige syv interviews, at jeg på forhånd kendte informanterne som kollegaer. Nogle ganske perifert, andre mere indgående. Jeg havde på forhånd overvejet, hvorvidt jeg skulle søge deltagere til projektet på et fødested, hvor jeg tidligere har været ansat og dermed kender mange, eller om jeg skulle forsøge at rekruttere fra et fødested, hvor jeg ikke er kendt. Også her er der både fordele og ulemper, men jeg mener, at fordelene ved at være kendt, og derved på forhånd have en vis tillidsrelation opbygget, vejer tungest, hvorfor jeg valgte at rekruttere fra et fødested, hvor jeg tidligere har været ansat som jordemoder. Dette valg blev for så vidt bekræftet af, at det udelukkende lykkedes mig at rekruttere jordemødre, som kendte mig i forvejen, mens den relativt store gruppe jordemødre med nyere ansættelse på stedet, som dermed ikke kendte mig, ikke rettede henvendelse.

2.5 Analytisk tilgang

Jeg har ikke anvendt en bestemt metode til bearbejdning af mit empiriske materiale, men jeg har med inspiration fra Malterud (2001), Kvale (2009, 223-242) og Green og Thorogood (2009, 195-228) benyttet følgende fremgangsmåde:

1. Transskription af interviews. Hvert interview blev optaget på digital diktafon og transskriberet fra start til slut, inklusive alle pauser, lyde og følelsesudbrud.
2. Tematisk kodning ved gennemlæsning af alle interviews.
3. Temaerne blev læst på tværs af interviews og placeret i et skema (bilag D), således at det blev tydeligt hvilke temaer, der blev berørt af hvilke informanter. Hensigten var ikke et forsøg på at kvantificere temaerne, idet et tema ikke bliver mere validt eller gyldigt, fordi det er omtalt af flere informanter - skemaet blev udelukkende udarbejdet som arbejdsredskab for at skabe et overblik.
4. Temaerne blev kondenseret og farvekodet, hvorved de i alt 40 temaer blev kategoriseret i syv endelige temaer med overskrifterne:
 - 1) Det menneskelige aspekt (kapitel 4 og 5)
 - 2) Kultur (kapitel 3, 4 og 5)

- 3) Kollegiale relationer (kapitel 4)
 - 4) System og organisation (kapitel 3)
 - 5) Coping strategi (kapitel 5)
 - 6) Interaktion på fødestuen
 - 7) Skyld og ansvar (kapitel 3, 4 og 5)
5. Der blev udarbejdet ét separat dokument for hvert tema, hvori der blev samlet centrale citater og interviewsekvenser.

I parentes er angivet hvilke temaer, der danner baggrund for hvilke kapitler. Den endelige strukturering af temaerne er opstået i et samspil med den tilgængelige litteratur på området og med den anvendte teori. Tema nummer seks (Interaktion på fødestuen) er ikke inddraget i afhandlingen.

2.6 Ethiske overvejelser

Projektet er anmeldt og godkendt hos Datatilsynet (bilag E), og indsamlingen af empirisk datamateriale følger naturligvis gældende vilkår i forbindelse hermed.

Informanterne har henvendt sig direkte til mig, således at hverken kollegaer eller ledelse er vidende om, hvem der har deltaget i undersøgelsen. På den måde sikres de anonymitet i forhold til deres arbejdsplads. Navne er blevet anonymiseret i forbindelse med bearbejdning af data, dog har jeg bedt om tilladelse til at opbevare navne og telefonnumre, således at jeg har haft mulighed for at kontakte informanten efter interviewet, hvis der var brug for afklarende spørgsmål. Dette har imidlertid ikke været nødvendigt og personoplysningerne destrueres i forbindelse med aflevering af specialet.

Alle informanter har fået udleveret et informationsbrev (bilag F), hvoraf det fremgår, at alle interviews vil blive behandlet med fortrolighed, og at det til hver en tid vil være muligt for informanterne at trække deres interviews tilbage.

Derudover har jeg været bevidst om, at interviewet for den enkelte jordemoder potentielt kan åbne for nogle følelser og tanker, der af forskellige årsager ikke har været bearbejdede, hvilket kan give en voldsom reaktion. Jeg har derfor ringet til alle informanter 4-6 uger efter interviewet og spurgt til deres oplevelse af interviewet, og om det har affødt nogle tanker eller reaktioner hos dem efterfølgende. Alle tilkendegav, at interviewet havde været en god oplevelse.

KAPITEL 3: DET ER MENNESKELIGT AT FEJLE

"HVIS MAN ARBEJDER MED MENNESKER, SÅ SKER DER OGSÅ FEJL" (Jordemoder D).

Som nævnt i afsnit 1.1 vil et traumatisk fødselsforløb for jordemoderen potentielt være forbundet med elementer af skyldfølelse, fordi der *kan* være forløb, hvor udfaldet kunne have været undgået, hvis der var handlet anderledes undervejs. Selvom det langt fra altid er tilfældet, kan der altså være begået fejl eller andre utilsigtede hændelser undervejs i forløbet, hvorfor problemstillingen omkring jordemoderens opfattelse af de traumatiske fødselsforløb i høj grad knytter sig til, hvordan fejl som helhed betragtes indenfor sundhedsvæsenet.

At det er menneskeligt at fejle synes at blive betragtet som en almenlydig sandhed, snarere end blot en talemåde. Alligevel er det først indenfor de seneste ti år, at der for alvor er kommet fokus på antallet af fejl i sundhedsvæsenet. Som det fremgår af undertitlen på nærværende kapitel, er der, blandt jordemødrene i min interviewundersøgelse, en udbredt anerkendelse af, at mennesket ikke er ufejlbarligt, men som jeg vil argumentere for i løbet af kapitlet indebærer dette ikke nødvendigvis en accept af egne fejl.

I kapitlet anlægges et bredt perspektiv på hele problematikken omkring fejl i sundhedsvæsenet. I det første afsnit (3.1) vil jeg redegøre for, hvordan synet på fejl har ændret sig gennem de seneste ti år, og jeg vil referere en del af den litteratur, som er

affødt af det ændrede syn i afsnit 3.2. I afsnit 3.3 vil jeg vende blikket mod min egen empiri og undersøge, hvordan jordemødrene oplever den eksisterende kultur indenfor sundhedsvæsenet – en kultur som de uvægerligt er en del af selv. I kapitlets sidste afsnit (3.4) vil jeg diskutere nogle af de problemstillinger, som den nuværende kultur fører med sig.

3.1 Begyndelsen på forandring

For ti år siden blev der i USA udgivet en rapport med titlen ”To Err is Human: Building a Safer Health System” af det nationale Institute of Medicine. I rapporten anslås det, at der sker op mod 98.000 dødsfald i USA årligt som følge af fejl begået i sundhedsvæsenet. Fejl der kan undgås. Af forordet fremgår det, at

To Err Is Human: Building a Safer Health System. The title of this report encapsulates its purpose. Human beings, in all lines of work, make errors. Errors can be prevented by designing systems that make it hard for people to do the wrong thing and easy for people to do the right thing (Kohn, Corrigan og Donaldson 2000, ix).

Rapporten betegnes flere steder som skelsættende, dels i forhold til erkendelsen af omfanget af fejl og fejlbehandlinger i sundhedsvæsenet, og dels fordi det blev startskuddet på et årti, hvor *læring af hændelsesforløbene* skulle erstatte sanktioner og fordømmelse af sundhedspersonalet (Scott, et al. 2009, Woodward, Lemer og Wu 2009, Bogner 2009, Jolly og Atkinson 2010, King 2010, Denham 2007).

I Danmark var 2000 ligeledes et år, hvor patientsikkerhed kom på den politiske dagsorden, og med stiftelsen af Dansk Selskab for Patientsikkerhed i 2001 søgte man at skabe et organ, hvor sundhedsprofessionerne, sygehusejerne, industrien, patientorganisationerne og forskningen kunne samarbejde omkring øget patientsikkerhed. Omfanget af fejl og utilsigtede hændelser viste sig at være betydeligt større end hidtil antaget, hvorfor det ikke længere var muligt at forklare de skete fejl som enkeltstående sammenfald af begivenheder eller sjældne tilfælde af ”brodne kar” blandt de sundhedsprofessionelle. Mens der herskede usikkerhed omkring, hvor mange dødsfald, der kunne tilskri-

ves fejlbehandling i Danmark, var der bred enighed om, at tallet var for højt, og at man skulle arbejde målrettet på at reducere det (Mogensen og Pedersen 2003).

3.1.1 'Blame culture' versus 'Just culture'

Der ses således et begyndende paradigmeskifte i løbet af dette århundredes første årti. De to forskellige opfattelser beskrives i den engelsksprogede litteratur med termerne 'blame culture' og 'just culture'. Indenfor den såkaldte 'blame culture' er fokus på den individuelle behandler i skyldsspørgsmål, og sanktioner og straf ses som styringsredskaber i forhold til reduktion af fejlbehandlinger. Dette har gennem årene været medvirkende til en betydelig fortielse af problematikker vedrørende (mulige) fejlbehandlinger, da sundhedspersonalet har frygtet konsekvenserne af disse sagsforløb. Herhjemme mest i form af påtaler og i værste fald fratagelse af autorisation, mens der i udlandet, ikke mindst i USA, har hersket en reel frygt for sagsanlæg og erstatningssager blandt sundhedspersonalet. Denne kultur medfører altså en adfærd, der blokerer for lærings- og udviklingspotentialer i hændelsesforløb, hvor der begås fejl, fordi forløbene så vidt muligt forties (Jylling 2003, Denham 2007, Collins, et al. 2009, Woodward, Lemer og Wu 2009, Larkin 2009).

Ved at forsøge at indføre en 'just culture' sætter man i stedet læring over sanktioner og straf, og der er således kommet mulighed for eksempelvis anonym indberetning af utilsigtede hændelser. Formålet er, at et hændelsesforløb skal resultere i læring ikke blot for de involverede sundhedsprofessionelle, men for hele organisationen. Et traumatisk hændelsesforløb kan således give anledning til ændrede procedurer og arbejdsgange med henblik på at minimere eller afværge lignende episoder i fremtiden (Jylling 2003, Mogensen og Pedersen 2003).

En 'just culture' handler ikke om at friholde de sundhedsprofessionelle for deres ansvar - der er fortsat tale om et sanktionerende system - men om at anse læringen, og ikke sanktionen, som det essentielle. Fejl og andre utilsigtede hændelser ses som en del af en sammenhæng i hele systemet, frem for blot den enkeltes uagtsomhed eller manglende evner. Ulykker opstår, når der er et sammenfald af flere faktorer, hvilket indebærer at der ofte er tale om latente fejl i organisationen, der ligger og venter på at

blive udløst. Den udløsende faktor kan så være begået af en enkeltperson, men det ændrer ikke på, at det er i hele organisationen fejlen skal korrigeres. Elementet af 'just', retfærdighed, ligger således i, at de sundhedsprofessionelle ikke skal straffes for fejl, der er udløst af latente fejl i systemet (Jylling 2003, Pedersen og Mogensen 2003, Denham 2007, Woodward, Lemer og Wu 2009).

3.2 Årsager til menneskelige fejl

Kulturændringen med større åbenhed omkring sikkerhedsproblemer har skabt basis for en betydelig forskningsaktivitet vedrørende *hvorfor* fejl opstår, *hvilke* typer fejl der kan klassificeres, og *hvordan* de kan forebygges. Jeg vil i det følgende redegøre for nogle forskellige tilgange til at anskue årsager til menneskelige fejl. Disse tilgange er på ingen måde konkurrerende, snarere supplerende i forhold til hinanden, og de har alle et organisatorisk sigte, hvor udgangspunktet er at nedbringe antallet af fejl og dermed øge patientsikkerheden. Hvordan den enkelte behandler påvirkes af at være involveret i forløb, hvor der begås fejl, er i mindre omfang belyst, hvilket jeg vil vende tilbage til i kapitel 4.

3.2.1 Menneskets fejlbarlighed

David Marx, som betegnes som grundlægger af den såkaldte 'just culture' (The Just Culture Community 2010), forklarer, at det ikke er fejlen i sig selv, men adfærden, der førte til fejlen, der skal bedømmes efterfølgende (Marx (a) 2003):

Tabel 1

Årsag til den begåede fejl	Human error (menneskelig fejl)	At-risk behavior (risikoadfærd)	Reckless behavior (uforsvarlig adfærd)
Opstår fordi medarbejder udviser følgende adfærd	Inadvertent (utilsigtet)	Choice to drift (vælger at lade stå til/ tage chancen)	Conscious disregard (bevidst uagtsomhed)
Ledelsesstrategi	Console (trøste)	Coach (coache, uddanne)	Punish (straffe)

Tabel frit efter (Marx(b)2009)

Overført til jordemoderens arbejdsområde kunne en *human error* være en episode, hvor jordemoderen laver et betydeligt fejlskøn af fosterets vægt i konsultationen, således at hun ikke erkender, at fosteret har for lav tilvækst. Som regel vil et sådan fejlskøn ikke have de store konsekvenser, men i visse tilfælde kan det have betydning for, hvor gode ressourcer barnet har for at klare selve fødslen, eller i værste fald om barnet kan overleve under de forhold, der er i livmoderen. *At-risk behaviour* kunne være, at jordemoderen undlader at tilkalde en læge ved en påvirket hjertelyd (med henblik på anlæggelse af sugekop) i fødsels sidste minutter, fordi hun skønner, at barnets fødsel er meget nært forestående. En påvirket (langsom) hjerterytme er normal lige inden, barnet bliver født, men viser det sig, at fødslen alligevel trækker ud til sidst – og at barnet måske derfor er slapt og påvirket af fødslen, når det kommer ud – vil jordemoderens adfærd måske kunne betegnes som, at hun har ladet stå til eller taget for stor en chance. *Reckless behaviour* kunne være en situation, hvor jordemoderen handler imod alle forskrifter og retningslinier. I Danmark kunne det være ved at lade en tvillingefødsel foregå i vand eller at undlade at have fosterovervågning på en risikofødsel. Begge dele ville muligvis forløbe uden problemer, men i tilfælde af at der opstod komplikationer undervejs eller efterfølgende, ville jordemoderen anses for at have været uagtsom og uforsvarlig i sin adfærd.

Andre steder i litteraturen opererer man med en inddeling i henholdsvis *Slips and lapses* (ubevidst gør man noget forkert), *Mistakes* (man gør noget forkert, men tror det er rigtigt) og *Violations* (man handler bevidst "forkert" imod en retningslinie), ligeledes for at kunne identificere typen af fejl begået og dermed kunne sætte ind med den korrekte løsningsmodel (Parker og Lawton 2003).

3.2.2 Diagnostiske fejl

En betydelig andel af alle fejl i sundhedsvæsenet er klassificeret som såkaldte diagnostiske fejl, hvor patienten får en forkert diagnose og dermed som oftest også en forkert behandling. Dette område udgør et forskningsfelt i sig selv, og der synes at være mange økonomiske og menneskelige omkostninger sparet ved at eliminere diagnostiske fejl. Udsigten til dette har blandt andet affødt en form for "nul-tolerance-holdning" til fejl, for eksempel har den tidligere præsident for The American Medical Association,

Nancy W. Dickey, ved en konference om patientsikkerhed udtalt, at *“the only acceptable error rate is zero”* (Graber (a), Gordon og Franklin 2002, 981). Graber et al. har lavet et review med det formål at klarlægge, hvorvidt denne målsætning overhovedet er plausibel. De identificerer tre typer af diagnostiske fejl og vurderer muligheden for at eliminere dem:

Tabel 2

<u>Type af fejl</u>	<u>Definition</u>	<u>Mulighed for elimination</u>
No-fault error <i>(Fejl som ingen kan bebrejdes /har skyld i)</i>	Fejldiagnoser fordi sygdomme præsenterer sig med atypiske symptomer eller fordi sygdommen ikke er kendt af lægevidenskaben.	Kan reduceres i takt med, at den medicinske viden vokser. Kan ikke elimineres, da den tilgængelige viden aldrig vil være komplet i forhold til enhver tænkelig sygdom.
System error <i>(System fejl)</i>	Når diagnoser overses eller forsinkes på grund af latente mangler i systemet.	Kan reduceres ved systemforbedringer. Kan ikke elimineres, da forbedringer altid først vil opstå i kølvandet på mangler. Desuden vil løsningen af én type problemer/mangler altid medføre andre problemer/mangler andre steder i systemet.
Cognitive error <i>(Kognitive fejl)</i>	Fejldiagnoser på grund af forkert dataindsamling, forkert datafortolkning eller mangelfuld viden hos klinikerens.	Kan reduceres ved hjælp af forskellige kognitive træningsmetoder. Kan ikke elimineres da der altid vil være en grænse for, hvor stor en kapacitet af data, den menneskelige hjerne kan behandle på én gang (og på kort tid).
		<i>Tabel frit efter (Graber (a), Gordon og Franklin 2002)</i>

Som det fremgår af ovenstående, er tanken, at reduktionen i antallet af *no-fault errors* vil ske i takt med, at lægevidenskaben finder nye metoder til diagnose og behandling, og endog finder nye diagnoser i det hele taget.

Reduktion i antallet af *system errors* har man arbejdet målrettet med gennem de seneste år. Dette kan være organisatorisk i forhold til, hvordan vagtplanen tilrettelægges eller hvilke faglige retningslinier, der udarbejdes for afdelingen. Og det kan være konkret, helt ned i detaljen, hvor arbejdsgange gennemtænkes, således at en enkeltpersons kortvarige uopmærksomhed ikke medfører skader på patienten. Det kan for ek-

sempel være ved at indføre forskellige studse til medicinindgift i henholdsvis rygmarsvæsken og i blodbanen, således at det ikke er muligt at administrere medicinen i den forkerte steds – en fejl der kan have fatale konsekvenser for patienten (Pedersen og Mogensen 2003). I Danmark har et samarbejde mellem Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Danske Regioner og Trygfonden skabt projektet Patientsikkert Sygehus, som finder sted fra 2010 til 2013 på en række Projektsygehuse landet over. Ambitionen er, at det ikke bare skal være sikkert, men *'Helt sikkert – hver gang'* at være indlagt på sygehuset, foreløbigt med en målsætning om at opnå en 15 % reduktion i dødeligheden inden 2013 (Dansk Selskab for Patientsikkerhed 2010). Det er primært denne kategori af fejl (system errors), udviklingen indenfor sundhedsvæsenet har rettet sig i mod, dels med tiltag som ovenstående og dels med diverse kvalitetssikringsmodeller. I denne optik erkendes det, at mennesker til hver en tid vil begå fejl, og dette problem forsøges løst organisatorisk, således at de begåede fejl ikke får konsekvenser for patienterne (Jylling 2003, Mogensen og Pedersen 2003).

Den sidste kategori af fejl fra Graber et al.'s review er *cognitive errors*. Her er vi igen på individ-plan, men hvor David Marx vægtede menneskets *adfærd* i sin model, er denne type fejl knyttet til menneskets evne til at optage, behandle og anvende informationer i forbindelse med en beslutningsproces. Disse kognitive processer forskes der i indenfor mange områder (humanistiske såvel som naturvidenskabelige), og jeg vil i det følgende uddybe en del af, hvordan denne forskning præsenterer sig indenfor lægevidenskaben.

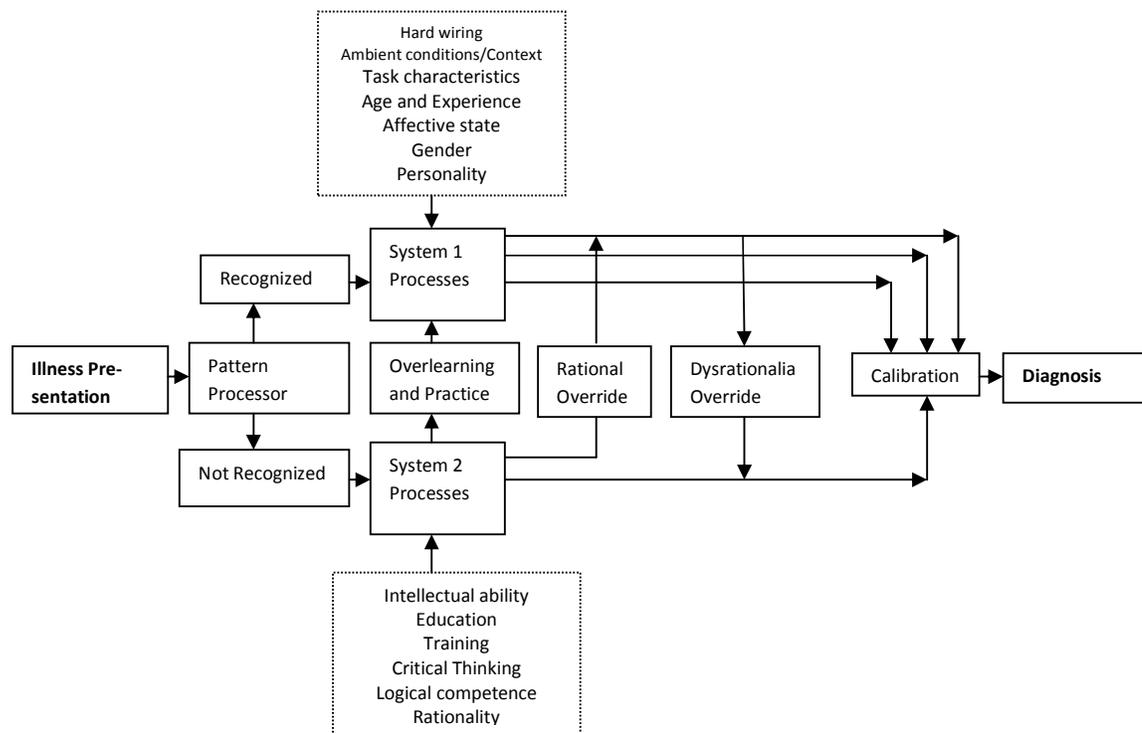
3.2.3 Kognitive fejl

Professor Pat Croskerry har forsket i betydningen af kognitive og affektive fejl i kliniske beslutningsprocesser. Han mener, at fokuseringen på systemet og organisationen i kølvandet på *To Err is Human*-rapporten har medført, at individets rolle er blevet overset. Ikke at han argumenterer for en *blame culture* i sundhedsvæsenet; han hilser de seneste ti års udvikling velkommen. Derimod mener han, at det høje antal diagnostiske fejl netop skyldes individets (mangelfulde) kognitive processer, hvorfor en del af løsningen til at nedbringe antallet ligger i at uddanne vores klinikere til "bedre tænkere" (Croskerry (a) 2009, Croskerry (b) 2010).

Croskerry inddeler vores "thinking, knowing and information processing" i to hovedkategorier:

1. System 1 – Intuitiv, hurtig, induktiv og med en betydelig affektiv komponent. Karakteriserer den heuristiske metode, som erfarne klinikere oftest anvender, når de skal træffe beslutninger om en patients diagnose.
2. System 2 – Analytisk, langsom, deduktiv, rationel, regel-baseret og med en lille affektiv komponent.

Denne model kaldes også 'Dual Proces Theory' og den støttes af filosofiske, psykologiske, neurofysiologiske, neuroanatomiske og genetiske studier (Croskerry (c) 2009). Nedenstående model er en gengivelse fra Pat Croskerrys publikation i Academic Medicine:



Figur 1: Model for diagnostic reasoning based on pattern recognition and dual-proces theory. The model is linear, running from left to right. The initial presentation of illness is either recognized or not by the observer. If it is recognized, the parallel, fast, automatic processes of System 1 engage; if it is not recognized, the slower, analytical processes of System 2 engage instead. Determinants of System 1 and 2 processes are shown in dotted-line boxes. Repetitive processing in System 2 leads to recognition and default to System 1 processing. Either system may override the other. Both system outputs pass into a calibrator in which interaction may or may not occur to produce the final diagnosis. (Croskerry (a) 2009, 1024).

Ifølge Croskerry sker der betydeligt flere fejl i System 1 end i System 2 (Croskerry (d) 2007, Croskerry (a) 2009). Som det fremgår af modellen kan de to systemer interagere med hinanden, således at slutproduktet er en syntese af de to. Ved suboptimale betingelser for beslutningstageren – i situationer med træthed, udmattelse, konkurrerende stress faktorer og distraktioner – vil System 1 tage over, og beslutningen vil blive truffet uden System 2's analytiske tilgang. Dette betegnes i modellen som *Dysrationalia Override*. I den modsatte situation – hvor betingelserne er optimale og klinikerens besidder de kognitive evner det kræver – vil System 2 være dominerende, og der er tale om *Rational Override*.

Derudover argumenterer Croskerry for, hvordan op mod 50 former for *bias* influerer klinikerens tankegang, når hun skal diagnosticere en patient. Eksempler på disse er *confirmation bias*, hvor klinikerens opmærksomhed rettes mod de observationer, der bekræfter hendes hypotese, i stedet for de, der afkræfter den eller *prevalence bias*, hvor klinikerens fejlbedømmer sandsynligheden for en given diagnose, altså ikke tager i betragtning hvor hyppigt sygdommen forekommer og dermed misledes til at vælge en diagnose, som er usandsynlig (Croskerry (e) 2000, Croskerry (a) 2009).

'The Dual Process Theory' er blevet kritiseret for at simplificere de komplekse processer, der foregår, når der skal træffes kliniske beslutninger (Croskerry (a) 2009). Mark Graber (forfatter på førnævnte review) er enig i Croskerrys betragtninger om kognitive fejl, men han påpeger, at såkaldt metakognitiv træning – målrettet uddannelse af klinikere til at undgå kognitive bias - kun har vist sig succesfuld i få laboratorie-studier, og at vi således har til gode at måle dens effekt i virkelige kliniske beslutningsforløb (Graber 2003). Desuden peger en del litteratur indenfor psykologien, modsat Croskerrys forskning, på, at de bedste beslutninger træffes med System 1, fordi menneskehjernens begrænsninger, hvad angår kapacitet og hukommelse, ikke kan honorere System 2's analytiske tilgang, når der skal træffes hurtige (akutte) beslutninger (Pretz 2008, Norman og Kevin 2010). Der synes således at herske konsensus om, at størstedelen af diagnostiske fejl skyldes kognitive bias. Uenighederne opstår derimod dels i for-

hold til om System 1 eller System 2 resulterer i de bedste kliniske beslutninger, og dels i forhold til om og hvordan vi gennem uddannelse af klinikerne kan minimere det høje antal kognitive fejl (Graber (a), Gordon og Franklin 2002, Graber 2003, Norman, Young og Brooks 2007, Norman og Kevin 2010, Pedersen og Mogensen 2003, Croskerry (a) 2009, Croskerry (c) 2009, Croskerry (e) 2000).

Vi har nu set bredt på udviklingen i sundhedsvæsenet i forhold til den kulturelle opfattelse af håndtering af fejl. Hvilke implikationer denne opfattelse har for de enkelte sundhedsprofessionelle, vil blive belyst i kapitel 4 og 5. I det følgende vil jeg vende blikket mod min egen empiri og se nærmere på, hvordan jordemødre omtaler fejl set i forhold til ovenstående.

3.3 At begå fejl som jordemoder

Traumatiske fødselsforløb opstår ikke nødvendigvis, fordi der begås fejl fra jordemoderens eller lægens side. Ofte er der tale om situationer, hvor udfaldet enten ikke kunne forudses eller ikke stod til at ændre, kliniske indgreb til trods. Ikke desto mindre udtrykker jordemødre i interviewundersøgelsen en stor bevidsthed om, at fejl kan ske, og at de i værst tænkelige tilfælde kan være vise sig fatale for det ufødte barn.

3.3.1 Systemet og individet

Jordemødre giver alle udtryk for at være meget afhængige af, at systemet fungerer i akutte situationer. Hvis der er fejl i systemet – langt oftest på grund af for mange fødende og for få læger og jordemødre – er den enkelte jordemoder i en meget udsat position, fordi hun ikke kan få den nødvendige hjælp, der skal til for, at sikkerheden omkring fødslen er forsvarlig.

(...) det er jo i nogle vagter, hvor vi har så travlt, at det er sindssygt svært nærmest at få hjælp... overhovedet, ik?... på stuen... (...) Der skal man virkelig have is i maven, for ligesom også prøve at håndtere situationen, fødslen, uden at gå i panik og udvise angst (smågriner) eller panik overfor forældrene eller de kommende forældre. Øhm... der er rigtig mange følelsesregistre man skal igennem, øh, i sådan nogle perioder... (Jordemoder D).

En jordemoder beskriver, hvordan hun efter tre forløb i træk, hvor flere led i systemet har fejlet, overfor sin leder giver udtryk for, at *"... jeg synes, det var svært, og jeg synes der var rigtig mange ting i systemet der ikke fungerede, og dét frustrerede mig, at det var et system, der kunne gøre at vi måske ikke kunne gøre arbejdet ordentligt."* (Jordemoder F). En anden jordemoder udtrykker, at *"... nogle gange er det **systemet** jo, der bliver hindringen, nogle gange er det systemet **i sig selv** der udøver den mekanisme, der gør at det går galt, ik?"* (Jordemoder G). Også i denne situation er det med henvisning til ekstrem travlhed, i den pågældende vagt med manglende kapacitet til en fødsel med svære komplikationer (manifest HELLP-syndrom⁹).

Jordemødrene fortæller alle om traumatiske fødselsforløb, hvor de har oplevet en større eller mindre brist i systemet, som nævnt oftest på grund af travlhed, manglende kapacitet og manglende hænder, men også på grund af manglende introduktion til afdelingen, manglende efteruddannelse, dårlig kommunikation med læger eller andre jordemødre, fejl ved det tekniske apparatur og manglende procedurer for hvordan den pågældende situation bør håndteres. Selvom der er tale om en række latente fejl (se afsnit 3.1), så oplever den enkelte jordemoder sig alligevel som den udløsende faktor, der begår den aktive fejl, hvorved hun føler sig (ene)ansvarlig for hændelsesforløbet. En jordemoder udtrykker dilemmaet mellem på den ene side at være udsat for så stort et arbejdspress, at det ikke kan udføres forsvarligt, og på den anden side alligevel føle sig ansvarlig for situationen: *"... jeg **undskylder** mig med travlhed – jamen, det er der jo ikke noget der hedder, og alligevel, ik?"* (Jordemoder A).

Presset på den enkelte jordemoder opleves altså ikke mindre af, at der er tale om latente fejl i systemet – som frontlinjeperson oplever de alle at skulle håndtere den efterfølgende tvivl i forhold til, om *de* kunne have handlet anderledes og dermed bedret tilstanden for det nyfødte barn, uanset fejl og svigt i systemet. De fejl de selv begår, opleves som smertefulde, uanset omstændighederne:

⁹ HELLP = Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelet count. En alvorlig tilstand som ses i nogle tilfælde af svær svangerskabsforgiftning. Kan være livstruende for både mor og barn.

Det er nok, tror jeg, den største udfordring, det med at skulle acceptere at selv om du gør alt hvad du kan, så kan det alligevel gå galt. Altså, selvom du... anstrenger dig som aldrig har gjort før, så kan det alligevel godt ende med, at der ikke kommer et levende barn ud af det eller... (...) Og det gør jo også ondt at gøre noget forkert, det gør også ondt at gøre noget som gør andre mennesker skade (...) (Jordemoder G).

Jordemødrenes oplevelse af at udøve deres selvstændige arbejde indenfor et større system, som de i tilfælde af komplikationer er dybt afhængige af, stemmer overens med tankegangen i 'just culture', hvor systemets henholdsvis svagheder eller styrker har afgørende betydning for individets mulighed for at undgå fejl. Ingen af dem giver dog udtryk for at føle mindre individuelt ansvar, selvom systemet fejler. Tværtimod kan de opleve en følelse af afmagt, når de på grund af mangler i systemet ikke kan handle ud fra deres egne faglige standarder, fordi de i sidste ende føler sig ansvarlige for hændelsesforløbet.

3.3.2 Ønsket om ufejlbarlighed

Mens alle jordemødre giver udtryk for en bevidsthed, om at der kan ske fejl – og i øvrigt en accept af, at det er menneskeligt at fejle – så er det ikke alle der udtrykker accept i forhold til *egne* fejl. En yngre jordemoder beskriver, med et skævt smil, at hun både lever med den viden, at fejl uvægerligt vil opstå, og samtidigt har håbet om, at det ikke vil ske for hende selv:

(...) jeg har altid vidst, at hvis man arbejder med mennesker, så sker der også fejl (...) det er jo nærmest umuligt at undgå, at man ikke selv skal komme ud for den situation en eller anden dag, men alligevel så går man jo og tænker, eller så har jeg da gået og tænkt "årh, men det kan jo godt være, at *jeg* aldrig nogensinde kommer ud for det, at jeg er helt speciel på det punkt" (Jordemoder D).

Tanken om at kunne være helt *speciel* udspringer enten af håbet om at være heldig nok til at undgå at lave fejl – eller måske snarere at være dygtig nok. Ønsket om at være dygtig nok deles af jordemoder A: "*Ikke at jeg vil sige, at jeg er ufejlbarlig, men øhm, prøver da, og tænker at jeg skal gøre det bedst muligt hele tiden, ik? Og at de fejl jeg laver er mindre målestok, der ikke får konsekvenser, ik? Altså... at det ikke kommer sådan derud.*" (Jordemoder A). En anden jordemoder oplever, at tanken om at begå

fejl, eller at overse noget, altid har skræmt hende, og at hun på den måde har skullet lære at passe på sig selv, fordi hendes egne høje krav til sig selv kan være svære at leve op til: *"Altså, den professionalisme der måske ligger for en del jordemoder-kvinder, tænker jeg, at vi gerne vil kunne det 120 procent, ik også?"* (Jordemoder F). Flere jordemødre giver udtryk for, at deres begåede fejl ikke blot er svære at håndtere i forhold til de konsekvenser, det eventuelt har haft for det fødende par, men også i forhold til deres egen faglige stolthed.

Og så kan det også, helt klart, det kan også være et spørgsmål om faglig stolthed. Og, og ville gøre sit arbejde ordentligt, både i forhold til... øhm, og det afløser sådan hinanden, det er meget dobbelt, for det er både et spørgsmål om, om at bevare en platform i forhold til sine kollegaer og blive set på som en dygtig jordemoder eller en god jordemoder, men det er også et spørgsmål om at øhm... at gøre det godt simpelthen. Altså, faglig stolthed hænger jo også sammen med at man gerne vil gøre det godt, fordi det man er i faget for, det er jo at gøre en forskel (...) (Jordemoder G).

At begå en fejl påvirker jordemoderens faglige identitet, både i forhold til hvordan hun ønsker at blive opfattet af hendes kollegaer, og også i forhold til hendes eget selvbillede. Og det er på trods af, at alle jordemødre giver udtryk for, at det er menneskeligt at fejle.

3.3.3 Det er svært at tale om fejl

Som nævnt i afsnit 2.4.4 har et skotsk studie undersøgt jordemødres forståelse og opfattelse af kliniske 'near misses', altså situationer, hvor en fejl er tæt på at opstå, men bliver afværget – bevidst eller tilfældigt. Forfatterne fandt det bemærkelsesværdigt, at alle informanter i fokusgruppeinterviewene kunne referere detaljeret til hændelsesforløb, hvor deres kollegaer havde begået fejl, men ikke til forløb, hvor de selv havde begået fejl. Alle følte meget stor empati med deres kollegaer, og alle udviste stor forståelse for, at situationerne kunne opstå, hvor fejl blev begået. Men ingen havde været ude for det selv. Forfatterne konkluderer, at *"Although the 'blame culture' was reported to be less prevalent when things go wrong, not all midwives feel comfortable about discussing incidents or near misses"* (Symon, McStea og Murphy-Black 2006, 126).

En dansk spørgeskemaundersøgelse af lægers og sygeplejerskers holdninger til rapportering og håndtering af fejl og andre utilsigtede hændelse viser, at op mod 34 % af de godt 2000 adspurgte erklærede sig helt eller noget enige i, at der har været situationer, hvor de "har været tilbageholdende med at omtale hændelser/fejl". De hyppigste årsager til denne tilbageholdenhed var manglende tradition for at tale om fejl, frygt for at blive hængt ud i pressen og risikoen for at få en næse (Madsen, et al. 2006). Undersøgelsen er foretaget i 2002, at udviklingen i mod en 'just culture' er blevet mere integreret siden da. Omvendt må man erkende, at der er en stærk rodfæstet kultur i sundhedsvæsenet, hvor fejl og forseelser opfattes som en negativ evaluering af den fejlenes professionelle og personlige egenskaber (Jylling 2003), hvilket kan være medvirkende til, at vi er blevet bedre til at tale om fejl generelt, men fortsat har det svært med at tale om *egne* fejl.

En jordemoder i min interviewundersøgelse fortæller om et forløb, hvor der sker en fejltolkning af en hjertelydskurve, og der bliver forløst et barn, der initialt er alvorligt påvirket af iltmangel, men som dog retter sig senere og får det godt. Ved vagtens afslutning er der en "mini-debriefing" for det personale, der har været involveret i forløbet. Efter dette taler jordemoderen med den jordemoder, som varetog forløbet, om at holde en rigtig debriefing nogle dage efter, men vedkommende siger: *"jeg har ikke behov for at det her skal komme videre, jeg vil ikke stigmatiseres i det"* (Jordemoder A).

En anden jordemoder beretter om at føle behov for at tale med den involverede læge efter en traumatisk fødsel, men at lægen ikke var til at få fat i på afdelingen, fordi *"(...) hun havde det med at stikke af, hvis der kom dårlige børn og sådan noget, fordi det kunne hun ligesom ikke se i øjnene."* (Jordemoder B).

Disse to beretninger vidner om en vigende og lukket adfærd i forhold til egne fejl. Dette kan være et udtryk for frygt for den straffende 'blame culture', som ikke er fuldkommen aflivet i det danske sundhedsvæsen. Indførelsen af en 'just culture' har ikke været ensbetydende med udstedelsen af "fribilletter" til de sundhedsprofessionelle til at begå fejl, og Patientklagenævnet og Sundhedsstyrelsen har fortsat mulighed for at

komme med påtaler, udstede skærpet tilsyn og endog fratage autorisation. Disse informationer offentliggøres på Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Beretningerne kan også være udtryk for, at selvom man har tillid til et retfærdigt system – at man ikke hænges ud for fejl, der kan tilskrives systemet – så værner man fortsat om sin faglige stolthed, fordi man føler, at den lider skade i det øjeblik, man erkender at have begået en fejl.

3.4 Er det menneskeligt at fejle?

I dette sidste afsnit af kapitel 3 vil jeg diskutere nogle af konsekvenserne af de ovenfor beskrevne tilgange til fejl i sundhedsvæsenet. Det er let at få øje på fordelene ved at indføre en 'just culture', ligesom vi alle, patienter såvel som behandlere, må antages at have stor interesse i, at antallet af fejl og andre utilsigtede hændelser nedbringes. Ulemperne ved en 'just culture' er måske mindre iøjefaldende, men ikke mindst i forhold til de sundhedsprofessionelle giver de anledning til refleksion.

3.4.1 Når fejl ansues fra et naturvidenskabeligt perspektiv

De beskrevne tilgange til at anskue årsager til menneskelige fejl (afsnit 3.2) bygger på, hvad jeg tidligere har beskrevet som den naturvidenskabelige objektviden (se afsnit 2.1.1.). I denne optik kan vi indsamle viden om, hvor i systemet fejlene opstår, og denne viden kan så genanvendes i lignende situationer, således at vi undgår, at samme fejl opstår igen. Tanken om at kunne *diagnosticere* typen af fejl for derved at kunne sætte ind med den relevante *behandling* synes tæt knyttet til lægevidenskabens kerneområde. Modellerne i tabel 1 og 2 (afsnit 3.2.1 og 3.2.2) kan ses som forsøg på at udvikle sådanne diagnosesystemer, hvor de begåede fejl kan klassificeres enten ud fra den sundhedsprofessionelles adfærd (Marx) eller ud fra årsagen til den diagnostiske fejl (Graber, Gordon og Franklin).

Man kan stille spørgsmålstegn ved, om det i praksis er muligt at inddele hændelserne så kategorisk som beskrevet? Når et hændelsesforløb efterfølgende skal rekonstrueres (f.eks. under en debriefing, se afsnit 4.2.1), kan man forestille sig, at det er vanskeligt

at afgøre, hvilken type fejl, der er begået. Er der eksempelvis tale om en system fejl eller en kognitiv fejl i forbindelse med en travl vagt, eller er det muligt at vurdere, hvilken type adfærd medarbejderen udviste forud for fejlen? Mit tidligere konstruerede eksempel med en jordemoder, der afventer at kalde en læge til en påvirket hjertelyd, fordi hun skønner, at fødslen er nært forestående, kan både kategoriseres som en *menneskelig fejl* (hun har utilsigtet fejlvurderet situationen) og som *risikoadfærd* (hun har været for afventende, ladet stå til). Der kan også være tale om en *no-fault error* (situationen kunne ikke forudses, uanset om en anden jordemoder havde varetaget forløbet i stedet) eller en *kognitiv fejl* (jordemoderen mener at genkende tilstanden, hvorfor System 1 tager over og den kritiske, rationelle analyse udebliver). Det kan altså vise sig vanskeligt at stille den korrekte diagnose efter hændelsesforløbet. Derudover er det ud fra det relationelle vidensbegreb ikke sandsynligt, at de høstede erfaringer – den indsamlede viden – kan overføres til en anden situation. Som en jordemoder udtrykker det:

Altså også fordi vi er så forskellige, ik? Og konstellationerne er så forskellige hver gang. Og det er dét jeg i øvrigt synes er afsindigt svært i det her, ik? Altså, at vi, altså, selvom vi bliver klogere – ny episode næste gang! Ik? Du kan ikke, noget kan du sammenligne, men så er der alligevel noget der gør, at det er anderledes, ik? (Jordemoder A).

Der er betydeligt flere faktorer i spil i en behandlingssituation, end modellerne tager højde for. Ikke mindst interaktionen mellem henholdsvis de sundhedsprofessionelle og patienterne og de sundprofessionelle indbyrdes lader sig vanskeligt rekonstruere, end-sige kategorisere.

Croskerrys model af 'the Dual Proces Theory' kunne til forveksling minde om et diagram af flowet igennem en motor. Selvom modellen som nævnt også anvendes indenfor mere humanistiske videnskaber, synes den at repræsentere den klassiske apparat-fejlsmodel indenfor lægevidenskaben. Croskerry argumenterer for, at kognitiv træning vil medføre bedre klinikere, der i højere grad anvender System 2 – en analytisk, rationel og logisk måde at bearbejde og anvende de tilgængelige informationer i en beslutningsproces. Ifølge modellen er de egenskaber, der knytter sig til System 1 – f.eks. køn, alder, erfaring, personlighed, følelsesmæssige tilstand og kontekstafhængige forhold –

udelukkende forbundet med ikke-rationelle, og dermed ikke-ønskelige, processer. Den kognitive træning må således formodes at stræbe efter at fremme en mere objektiv tankegang, som ikke forstyrres af alle de mange *bias*, Croskerry nævner. Menneskehjernen (apparatet) ses i denne optik som defekt, fordi den integrerer langt flere indtryk i det samlede billede, end det er ønskeligt, når der skal træffes beslutninger og stilles diagnoser. Hertil kunne man indvende, at netop menneskehjernens evne til at observere og integrere de kontekstafhængige informationer er med til at muliggøre, at den bedst mulige diagnose og behandling tilpasses den enkelte patient. Derved erkendes det, at hver behandlingssituation rummer en interaktion, der ikke direkte kan overføres til den næste patients møde med den næste behandler.

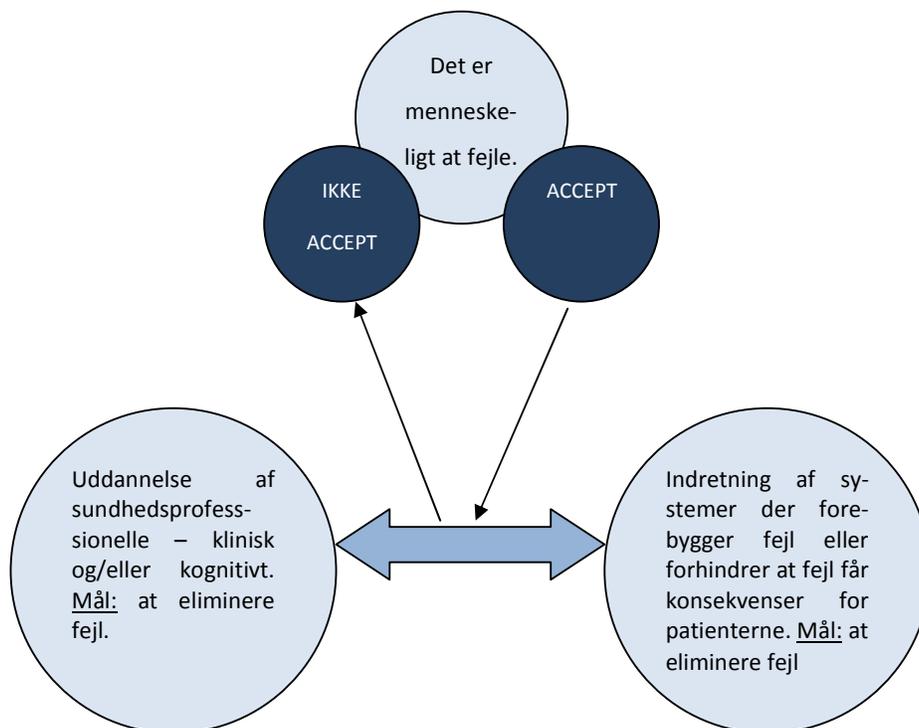
Som det fremgår, forholder jeg mig kritisk til den naturvidenskabelige metodes anvendelighed i netop denne kontekst. For det første fordi den ikke rummer de mange interaktioner, der foregår i en behandlingssituation, som hver gang præget af nye konstellationer mellem forskellige mennesker. Og for det andet fordi jeg ikke kan tilslutte mig den jagt på det objektivt tænkende menneske, som jeg mener, Croskerry repræsenterer.

3.4.2 Paradokset at både acceptere og eliminere fejl

I takt med de seneste års udvikling er følgende paradoks vokset frem: Grundstenen i en 'just culture' er, at det er menneskeligt at fejle. Når målsætningen alligevel er at eliminere disse fejl – som det bebudes i projekt Patientsikkert Sygehus ("*Helt sikkert – hver gang*") eller som Nancy W. Dickey's udtalte ("*the only acceptable error rate is zero*") – kan man spørge, om det menneskelige søges elimineret? På den ene side hersker der enighed om, at det er menneskeligt at begå fejl, men på den anden side er der ligeledes enighed om, at disse fejl kan og skal om ikke elimineres, så kraftigt reduceres.

I den amerikanske rapport, *To Err is Human*, fremgår dette paradoks allerede i forordet, hvorfra jeg har citeret i starten af dette kapitel. Udgangspunktet er, at menneskelige fejl accepteres i så høj grad, at de ligefrem forudsættes. Da fejlene kan påføre andre mennesker skade, er målet at indrette systemer, der forhindrer fejlene i at opstå. I denne tro på, at menneskelige fejl *kan* forebygges, og dermed undgås, fastholdes i

sidste ende en opfattelse af, at fejl ikke er acceptable. Således kommer det til at fremstå som om, at noget af det grundlæggende ”menneskelige” i mennesket ikke accepteres, netop fordi det søges elimineret. Figur 2 viser, hvordan accepten af den menneskelige fejl har medført tiltag, der har til hensigt at eliminere disse fejl, hvilket kan tolkes som en manglende accept af dem.



Figur 2. Paradokset at acceptere og eliminere.

Fra et patientperspektiv er disse tiltag uden tvivl betryggende – ingen af os er interesseret i at blive udsat for fejlbehandlinger. Men fra den enkelte sundhedsprofessionelles position er det måske problematisk at agere i dette paradoks, hvor fejl på den ene side accepteres og på den anden side søges elimineret, og måske er det endda en af kilderne til, at det fortsat kan være vanskeligt at tale om egne fejl?

Jeg har nu karakteriseret et system – sundhedsvæsenet – hvor udviklingen er gået imod større accept af, at der begås fejl, mens der samtidigt har været en massiv ind-

sats for at kvalitetssikre og forbedre arbejdsgange for at undgå fejlene. Denne indsats har været i alles interesse, såvel organisation, som ansatte og patienter, og udviklingen fortsætter. Men hvordan opleves det at være dét menneske, som forvolder et andet menneske smerte og som begår en af de fejl, som burde elimineres? I næste kapitel vil jeg ud fra min empiriske undersøgelse og litteraturen på området vende blikket mod den enkelte sundhedsprofessionelle, den enkelte jordemoders, oplevelse af at være et menneske, der kan begå fejl. Fejl som kan have store konsekvenser for andre mennesker.

KAPITEL 4: AT VÆRE DET MENNESKE DER FEJLER

”DET ER MEGET STORT AT BÆRE” (Jordemoder G).

Undertitlen på nærværende kapitel henviser til det ansvar, jordemoderen føler, når hun står på en fødestue, og til bevidstheden om at selv små fejl kan få meget store konsekvenser i andre menneskers liv. At det er meget stort at bære kan skyldes et sammenfald af tre komponenter: **Den første komponent** er jordemoderens egne forventninger til sig selv, som vist i afsnit 3.3.2. **Den anden komponent** er det øvrige samfunds ofte urealistisk høje forventninger til lægevidenskabens og den enkelte sundhedsprofessionelles formåen. Som Wears og Wu udtrykker det i en editorial: *”We live in an age in which the only universally acceptable cause of death is decapitation – all else is considered reparable.”* (Wears og Wu 2002, 345). I et kvalitativt ph.d. studie fra 2005 beskriver danske jordemødre på lignende vis, at de oplever et stigende forventningspres fra de fødende kvinder og deres partnere (Engelbrecht 2005, 135-140). **Den tredje komponent** består af de mere eksistensfilosofiske overvejelser i forhold til at være involveret i, at et andet menneske lider skade. Dette element vil jeg vende tilbage til i kapitel 5.

I det følgende vil jeg se på, hvordan systemet – et sundhedsvæsen der udøver en ’just culture’ – håndterer implikationerne for de sundhedsprofessionelle, når de har været involveret i et traumatisk forløb. Hvordan støttes jordemødrene til at håndtere det

store pres og den skyldfølelse, de risikerer at stå tilbage med? (Afsnit 4.2). Og hvordan oplever jordemødrene den støtte? (Afsnit 4.3). Slutteligt vil jeg i afsnit 4.4 kort opsummere kapitel 3 og 4.

4.1 'Second victims'

I dele af den engelsksprogede litteratur omtales sundhedsprofessionelle, som har været involveret i traumatiske forløb, hvor der er sket fejl, som 'second victims'. Dette begreb manifesterer, at også de sundhedsprofessionelle kan ses som ofre i de hændelsesforløb, hvor de har været medvirkende til at gøre skade på det menneske, som de skulle have gjort gavn for. De er selvsagt ikke ofre på lige fod med patienten og dennes pårørende ('first victims'), men hændelsesforløbet har en traumatisk effekt på dem, hvilket medfører en række fysiske og psykosociale symptomer. De hyppigst anførte er ekstrem træthed, søvnproblemer, hjertebanken, koncentrationsbesvær samt nedsat arbejdsglæde, vrede, tristhed, depressive tanker, flashbacks og tab af selvtillid og tro på egne evner (Wu 2000, Denham 2007, Scott, et al. 2009).

På baggrund af interviews med 31 'second victims' har Scott et al. identificeret **seks faser**, som skitserer hvordan fænomenet gennemleves:

1. **Chaos and accident response** – Den akutte fase, hvor man indser, at fejlen er begået. Man tilkalder hjælp og enten deltager i den videre behandling af patienten (som måske er i en ustabil tilstand på grund af fejlen), eller overlader behandlingsansvaret til andre, fordi man er for chokeret til at tænke klart.
2. **Intrusive reflections** – Man isolerer sig og gennemlever forløbet igen og igen. Man føler sig ofte utilstrækkelig og tænker på, om det kunne have været undgået.
3. **Restoring personal integrity** – I denne fase søger man støtte hos en kollega, leder, familiemedlem eller ven. Frygt for omgivelsernes reaktion – "Vil de nogensinde have tillid til mig igen?" og "Hvad siger mine kollegaer om mig, når jeg ikke hører det?"

4. **Enduring the inquisition** – Hændelsesforløbet klarlægges i denne fase, ”hvad gik galt og hvorfor?” Konsekvenserne af hændelsesforløbet for patienten bliver klare. Oplever fysiske og psykosociale symptomer, som ovenfor beskrevet.
5. **Obtaining emotional first aid** – Søger støtte hos en person, man tør betro sig til. De juridiske aspekter dukker op, ligesom frygt for erstatningssager og tanker om at forlade professionen.
6. **Moving on – dropping out, surviving or thriving** – Egne og omgivelsernes forventning om, at man kommer videre. Der er tre muligheder: **At forlade** faget helt eller skifte til en anden afdeling. **At overleve** og få det tåleligt med hændelsen, men dog altid have invaderende tanker om det og have svært ved at slippe sorgen. **At trives** og komme styrket igennem hændelsen og måske bruge den positivt i form af videre arbejde med patientsikkerhed.

De 31 informanter beretter om en betydelig ensomhed i forløbet, og mange er i tvivl om, hvem de kan henvende sig til på arbejdspladsen for at få hjælp. Dels fordi det kan være svært at erkende, at man har brug for hjælp og derfor ikke beder om den, og dels fordi de juridiske aspekter danner grobund for en frygt for at udstille sig selv som inkompetent og dermed gøre sig mere sårbar i tilfælde af et søgsmål (Scott, et al. 2009).

Overført til danske forhold er erstatningssager og sagsanlæg ikke en del af de sundhedsprofessionelles hverdag, men frygten for klagesager er i mange tilfælde styrende for, hvilken adfærd klinikerne udviser (Jylling 2003). Ingen af jordemødrene i min interviewundersøgelse har været involveret i klagesager i forbindelse med de forløb, de har fortalt om, men de er alle syv meget bevidste om, at en klagesag kan være yderst belastende at gennemleve. Både den lange ventetid mens man venter på afgørelsen, og, i tilfælde af en påtale, den efterfølgende skam og (selv)fordømmelse. En jordemoder fortæller, at hun tror, at hun ville have fået en påtale, hvis parret havde rejst en klagesag efterfølgende, og at det ville have slået hårdt at ”få det på skrift”, ”(...) fordi selvom jeg har det sådan at jeg bebrejder mig selv, så blev jeg jo ikke i forhold til læger og kollegaer hængt ud på den måde, men det, det ville man jo helt klart, hvis jeg havde fået det på skrift.” (Jordemoder A).

I forhold til fasemodellen har der i mine interviews ikke været tendens til en lignende kronologisk beskrivelse af, hvordan jordemødrene har oplevet hændelsesforløbene, men der er i mange af fortællingerne elementer af de tanker og følelser, der beskrives i modellen. (Jeg vender tilbage til fasemodellen i afsnit 5.1).

4.2 Muligheder for hjælp

Hvis de sundhedsprofessionelle anerkendes som 'second victims', som ofre, kan man argumentere for, at systemet har et medansvar for at sørge for, at de kommer helskinnede igennem de ovenfor skitserede faser. Et medansvar der sikrer, at der er et sikkert og tydeligt netværk, der griber fat om personen, og som sørger for at vedkommende ikke føler sig alene med sin sorg, vrede og frustration. Som jeg vil vise, er dette langt fra tilfældet, for mens der er kommet betydeligt fælles fodslag i forhold til håndteringen af fejl på organisatorisk niveau, både i danske og internationale sammenhænge, synes det fortsat at halte på individniveau. Uddannelse og efteruddannelse af sundhedsprofessionelle (i dette eksempel indenfor anæstesiologien) har været "(...) *concerned with the avoidance of disasters, rather than the management of their aftermath*" (Gazoni, Durieux og Wells 2008, 591). Det snævre fokus på at lære af hændelsesforløbene, så de ikke gentager sig, har måske skygget for den personlige og professionelle krise, som de enkelte individer potentielt befinder sig i efterfølgende.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed har søgt at kortlægge, hvordan medarbejdernes reaktion håndteres bedst muligt i forbindelse med kritiske hændelsesforløb, og i 2006 blev arbejdsgrupperapporten *Håndtering af sundhedspersoners reaktioner på involvering i en utilsigtet hændelse* udgivet. Her fastslås det, at der kun findes meget lidt dansk materiale om emnet indenfor sundhedssektoren, og at det ikke har været muligt at finde videnskabelige publikationer. Rapporten bygger på de grundlæggende elementer i en 'just culture', og det anbefales at man tilstræber en åben, lærende og tryk sikkerhedskultur. En professionel håndtering af de involverede parter indebærer en

række elementer, først og fremmest 'kollegial førstehjælp', også kaldet 'defusing'¹⁰, hvor der tages en samtale umiddelbart efter forløbet, så tanker om og reaktioner på forløbet kan udfoldes i en tryk ramme. Derudover foretages en vurdering af, hvorvidt den implicerede sundhedsprofessionelle kan fortsætte vagten, og/eller om hun kan komme hjem på en ordentlig måde, og det aftales at der tages kontakt til vedkommende dagen efter. Senere følger debriefinger (der skelnes imellem en *taktisk* og en *psykologisk* debriefing), en konkret handlingsplan og tilbud om psykologhjælp. *Taktisk debriefing* forstås som den rapportering og læring af utilsigtede hændelser, som varetages i det etablerede patientsikkerhedssystem, mens *psykologisk debriefing* forstås som et forum hvor tanker, følelser og reaktioner tales igennem med henblik på fælles bearbejdning af hændelsen (Handberg, et al. 2006).

Rapportens anbefalinger er af nyere dato, og deres implementering er endnu ikke en realitet, ifølge min interviewundersøgelse. I det følgende vil jordemødrenes oplevelse af muligheder for hjælp blive fremlagt.

4.2.1 Debriefing

Alle jordemødrene i min undersøgelse nævner debriefing som et relativt udbredt fænomen indenfor de seneste år. Den pågældende fødeafdelings retningslinier for håndtering af medarbejdernes reaktion i forbindelse med kritiske hændelsesforløb (se bilag G) lægger sig op af anbefalingerne fra arbejdsgrupperapporten. Der skelnes imellem den akutte krisehåndtering (defusing) og den efterfølgende debriefing, som beskrevet i anbefalingen. De involverede fagpersoner, på tværs af specialerne, indkaldes til en fælles debriefing indenfor 48 timer efter hændelsen. Debriefingen varetages typisk af den specialeansvarlige overlæge på fødegangen og den ledende jordemoder. Der vil som regel være en eller flere jordemødre, social- og sundhedsassistent(er), fødegangslæge(r), narkoselæge(r) og børnelæge(r) til stede, i alt vil der være mellem fem og ti personer.

¹⁰ At 'defuse' kan oversættes med at desarmere eller at afdramatisere, og denne første samtale har således det primære formål at aflaste medarbejderne og derved undgå, at den voldsomme hændelse senere udløser et sammenbrud hos den enkelte (Alexander 1998, Handberg, et al. 2006).

Næsten alle jordemødrene i min interviews har deltaget i en eller flere debriefinger, dog ikke nødvendigvis i relation til de forløb, de har fortalt om i undersøgelsen. Ifølge ovenstående terminologi beretter de udelukkende om *taktiske* debriefinger, der har haft til hensigt at drage læring af hændelsen i forhold til organisationen. *"Debriefingerne synes jeg går på systemet, de går på hvordan håndterer systemet det her (...)"* (Jordemoder G). En anden jordemoder oplevede debriefinger mere ud fra et juridisk aspekt end som egentlig læring *"(..) og der var det debriefing, hvor det var... ja, det handlede bare om, at vi havde vores ryg fri, ik? Der var ikke nogen, der tog sig af, hvordan jeg havde nogle oplevelser af, hvordan [fødselsforløbet var blevet trukket ud] (...) det blev ligesom ikke rigtigt hørt, vel?"* (Jordemoder B).

Flere jordemødre udtrykker, at debriefingen giver en vigtig mulighed for at blive bekræftet i deres faglige vurderinger undervejs i forløbet, og ikke mindst ledelsens anerkendelse har stor betydning. En jordemoder fortæller, hvordan en samtale med den specialeansvarlige overlæge umiddelbart efter forløbet, hvor hun bliver støttet i, at hun ikke kunne have handlet anderledes, hjælper hende til at "parkere" hændelsen, så hun ikke tager den med hjem (Jordemoder C). En anden jordemoder beskriver, at hun efter hændelsesforløbet ser meget frem til debriefingen (tre dage efter), fordi *"(...) jeg har brug for at møde de læger igen, øh, og jeg har brug for fra ledelsens side af at få at vide om der er noget vi ikke har gjort godt nok."* (Jordemoder E). Efter debriefingen beskriver hun, at *"(...) jeg var glad, eller lettet, selvom jeg godt vidste jeg ikke havde skyld i noget, så havde jeg jo alligevel, synes jeg, fået en bekræftelse på at, jamen, jeg var god nok, og jeg havde handlet rigtigt"* (Jordemoder E).

Netop dette behov for at blive bekræftet bliver således ikke mødt i de tilfælde, hvor en debriefing ikke bliver organiseret. Jordemoder D havde kun en uge før interviewet været involveret i et forløb, hvor der forløses et barn, der skal genoplives og som bliver indlagt på børneafdelingen. På interviewdagen er barnets tilstand, samt årsagen til tilstanden uafklaret, og jordemoderen er bevidst om, at hun vil føle skyld, hvis det viser sig at være relateret til iltmangel under fødslen. Og det er på trods af, at hun ikke kan

se, at hun kunne have handlet anderledes under fødslen. Derfor er hun også utilfreds med, at der ikke har været nogen form for debriefing.

(...) altså, nogle gange så har man jo brug for at blive bekræftet i at de, de afgørelser man har, eller de beslutninger man har truffet undervejs, at de er de rigtige. (...) på en eller anden måde, kan man sige, at det ville også være rart at høre det fra andres... at "det er ok, det I har gjort" (Jordemoder D).

De jordemødre, der ikke har oplevet en debriefing efter det traumatiske forløb, føler sig mere alene med ansvaret, fordi de mangler den faglige anerkendelse fra ledelsen til at hjælpe dem til at give slip på skyldfølelsen. Hvis man støttes i, at udkommet af forløbet ikke var relateret til de handlinger, man gjorde eller *ikke* gjorde undervejs, bliver følelsen af skyld mindre. Men selv for de, der har oplevet en (taktisk) debriefing, bliver behovet for at tale forløbet igennem ikke opfyldt, hvilket jeg vil vende tilbage til i afsnit 4.3.

4.2.2 Supervision

En anden metode til at bearbejde traumatiske hændelsesforløb er supervision, i sundhedsvæsenet ofte i form af (kollegial) gruppesupervision. I en supervisionsgruppe vil formålet ikke være at fremme læring og øge sikkerheden i organisationen, men at skabe et refleksionsrum hvor supervisanten kan få overblik over hendes egne reaktioner og handlinger.

Ifølge min empiriske undersøgelse er denne metode ikke særligt udbredt indenfor jordemoderfaget. Kun en enkelt af de interviewede jordemødre har stiftet bekendtskab med supervision tidligere i hendes arbejdsliv, mens de fleste andre nævner det som et ønske, men ikke som en mulighed, de har haft igennem deres ansættelse. Man kan undre sig over, at der ikke er en fastforankret kultur omkring supervision i et fag, hvor man udsættes for så store emotionelle påvirkninger, som jordemødrene beskriver i mine interviews. Dette skyldes formentligt flere faktorer, hvoraf én kunne være den tidligere beskrevne kultur indenfor faget (se kapitel 3). En anden faktor kunne være, at jordemoderfaget langt overvejende er knyttet til meget lykkelige begivenheder, hvorfor jordmoderen ikke anses som værende emotionelt belastet på samme måde som

andre specialer, eksempelvis onkologi eller psykiatri. Dertil kommer, at jordemødrene ikke nødvendigvis har efterspurgt supervisionen, selvom den har været tilbudt. I indledningen til dette kapitel omtalte jeg et kvalitativt ph.d. studie blandt jordemødre i på et dansk fødested. Studiets formål var at undersøge forholdet mellem motivation og udbrændthed og at forstå, hvad der ligger bag den høje hyppighed af udbrændthed blandt jordemødre, som blev dokumenteret i en stor arbejdsmiljøundersøgelse i 2005. I afhandlingen beskrives, at der på den pågældende afdeling i kølvandet på arbejdsmiljøundersøgelsen blev uddannet to jordemødre til at varetage kollegial supervision som et led i en forbedring af arbejdsforholdene.

However, experience so far has shown that this form of collegial support is not asked for. This is frustrating for those who went through the education to become a supervisor. At the same time, it is interpreted as a sign that collegial support is not the right way to approach the issue (Engelbrecht 2005, 147).

Effekten af kollegial supervision er således tvivlsom, ikke mindst hvis den end ikke bliver efterspurgt. Her er vi igen tilbage ved den kulturelle påvirkning, fordi den sundhedsprofessionelle ikke ønsker at blotte sig og åbne op for sin frygt og sine svage sider overfor en person, som i andre sammenhænge fungerer som kollega. Som jordemoder G udtrykker det (afsnit 3.3.2), så vil man gerne *"bevare en platform i forhold til sine kollegaer og blive set på som en dygtig jordemoder eller en god jordemoder"*. Hvis man tilbyder supervision, bør man således nøje overveje, hvilke rammer, der vil give det største udbytte.

Jordemødrene i min undersøgelse har som nævnt ikke haft mulighed for supervision, men flere udtrykker et ønske om det. I tider med store besparelser er det næppe et ønske, der bliver realiseret, selvom der i afdelingens retningslinje for forebyggelse og håndtering af arbejdsbetinget stress er formuleret et forebygningstiltag med *"uddannelse, supervision, støtte og feedback fra kolleger og ledere"*. (Se bilag H).

4.2.3 Psykologbistand

En jordemoder (jordemoder F) har i forbindelse med hendes sygemelding haft stor gavn af samtaler med en psykolog fra hospitalets arbejds- og personalepsykologiske klinik. Tilbuddet om psykologhjælp er ikke et behandlingsforløb, men snarere et ud-

redningsforløb med henblik på at få afklaret behov for videre henvisning. Det er muligt at benytte psykologen til såvel private som arbejdsrelaterede problemer.

Anbefalingen fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed er, at der benyttes en *”teamleder med teoretisk og praktisk erfaring med psykoterapi. Dvs. en erfaren psykolog eller psykiater.”* (Handberg, et al. 2006, 26), mens det eksplicit frarådes at benytte debriefere som ikke er uddannede. Disse anbefalinger efterleves ikke i praksis, hvilket kan ses af afdelingens retningslinier, hvor det foreskrives, at debriefing gennemføres af *”en leder med særlig erfaring på området eller evt. en psykolog.”* (bilag G). Ingen af jordemødrene i min undersøgelse har oplevet, at der var en psykolog til stede. Jeg vil i kapitel 5 argumentere for, hvorfor det er problematisk, at det i praksis er lederen, der varetager funktionen som teamleder under debriefingen.

4.3 Behovet for hjælp

Det kunne tyde på, at trods gode intentioner på skrift – både i anbefalingerne fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed og i afdelingens retningslinier (bilag G) – så opleves støtten ikke sufficient af jordemødrene i mit studie. Manglen på emotionel støtte ses flere steder i litteraturen, dog med udgangspunkt i lægefaglige specialer, da jeg ikke har kunnet finde specifik jordemoderfaglig litteratur på området. Et amerikansk review indenfor anæstesiologi omtaler mangel på emotionel og professionel støtte som et problem, dels i forhold til hvordan den involverede person selv heler og kommer videre, og dels i forhold til hvordan vedkommendes kliniske praksis påvirkes efterfølgende (Gazoni, Durieux og Wells 2008). I et norsk kvalitativt studie indenfor kardiologi udtrykker en del af lægerne, ligesom jordemødrene i mit studie, at der er en *”implicit mutual understanding”* i forhold, hvordan det føles at være involveret i traumatiske forløb (Aase, Nordrehaug og Malterud 2008, 769). Alligevel rapporterer en del af lægerne om ensomhed som et problem, ligesom det antydes, at der er et større behov for at blive set af kollegaer og/eller ledelse i efterforløbet. Den implicitte fælles forståelse kan reelt set virke som en hæmsko, fordi det kan føles unødvendigt at tale om det, som er selvfølgeligt, hvilket jeg vil vende tilbage til i afsnit 5.3.3. Som modsætning til den im-

plicitte fælles forståelse beskriver nogle en kultur, hvor konkurrence og prestige dominerer, og eksklusion opleves som et problem på arbejdspladsen, når man har begået en fejl (Aase, Nordrehaug og Malterud 2008).

Udover at konstatere at de skriftlige anbefalinger ikke efterleves i praksis, kan man vælge at gå yderligere et skridt tilbage og spørge, hvorvidt de nuværende anbefalinger i det hele taget er hensigtsmæssige? Det fremgår af arbejdsgrupperapporten fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed, at der ikke er fundet danske, og kun få internationale, videnskabelige publikationer eller undersøgelser, der alene omhandler sundhedspersoners oplevelser af og reaktioner på en utilsigtet hændelse samt håndtering af dette. Anbefalingerne bygger således på et relativt begrænset litteraturmateriale, lokale eller regionale retningslinier samt studier indenfor andre sektorer, f.eks. politiet og flyvevæsenet (Handberg, et al. 2006).

Der er altså ingen dokumenteret effekt af den støtte, der tilbydes, og det er derfor nødvendigt at holde sig for øje, at den valgte løsningsmodel, den valgte sti, ikke nødvendigvis er den eneste mulige i området. Et kritisk blik på hvilke konsekvenser tiltagene har for de sundhedsprofessionelle, kan være et skridt på vejen mod andre mulige stier (afsnit 4.3.2), men først vil jeg kigge på, hvilken form for hjælp jordemødrene efterspørger (afsnit 4.3.1).

4.3.1 At blive set

I mine interviews fokuserer alle jordemødrene primært på de faglige og læringsmæssige erkendelser, som det traumatiske forløb har affødt, mens de personlige tanker og erkendelser først nævnes, når de faglige aspekter er udtømte. På det personlige plan efterlyser flere jordemødre at blive *set* og *hørt*, i stedet for blot at udgøre en brik i et hændelsesforløb. *"Jamen, det kunne jeg da godt have brugt, at der var nogen der ligesom havde taget fat i mig, "hvordan har du det?" og "hvad skete der egentlig?"*" (Jordemoder B).

En jordemoder føler, at der ikke rigtig er plads til at give udtryk for sine tanker om skyld efter et forløb, hvor hun – muligvis – i en nattevagt har fejltolket en hjertelydkurve, og sendt den gravide kvinde hjem. Dagen efter er kvinden ved egen jordemo-

der, som finder en påvirket hjertelyd. Barnet forløses akut ved kejsersnit, men dør få timer gammelt. Der er ingen kritik af jordemoderen for hendes tolkning af hjertelydskurven, men hun har selv gjort sig mange tanker, som hun har været alene med:

(...) jeg kunne godt have haft, at der var nogen der egentlig også havde kunnet tale med mig og gå ind i min egen skyld i det, ik? Altså... at jeg blev... når, når jeg åbnede op for min egen skyld, så blev jeg trøstet eller sat til side med jamen, altså... et eller andet, ik? Der var ingen, der satte sig og hørte hvad jeg egentlig sagde, vel? (Jordemoder A).

Dette forløb ligger en del år tilbage, før indførelsen af 'just culture', og jordemoderen gør sig tanker om, hvorvidt man i dag nærmest taler for meget om det. *"Fordi jeg kan mærke at jeg er gammeldags, sådan lidt hård i det også på den måde, at... Kan man gøre det værre ved at komme for langt ned, ik? Altså, ik? Det kan jeg ikke sige mig fri for..."* (Jordemoder A). Jordemoderen mener, at man skal søge balancen imellem de to yderpunkter – at tale for meget og slet ikke at tale om det – *"Fordi det er klart at der var også, altså fra dengang da jeg oplevede det første med det barn der døde også, altså der var også bare nogle ting der bare ikke var i orden for os, at vi gik og sloges med... Og som vi ikke kunne snakke om."* (Jordemoder A).

Samlet set efterspørger jordemødrene, at deres individuelle oplevelser anerkendes, så det ikke blot er evalueringen af hændelsen og systemet, der er fokus på.

4.3.1.1 Kollegial støtte

En jordemoder giver udtryk for, at selvom der er et ønske om at hjælpe og støtte hinanden interkollegialt, så er støtten af mere overfladisk karakter:

Vi snakker om det i sådan nogle bekræftende vendinger "ja, vi gør det jo så godt vi kan", altså det bliver sådan nogle klichéer, ik også, det bliver sådan nogle selvbekræftende klichéer. Man kommer ud for det her forløb, og man har fået et dårligt barn, ik, og så er der en, der lægger armen om skulderen på en, det synes jeg man er meget god til, og siger "arh, altså, det var sgu kedeligt." "Ja, det var sgu kedeligt." Det er meget sådan, det er ikke fordi det er lige meget, det har en funktion, det har en betydning i forhold til at man ligesom kan... hvad skal man sige... berolige sig selv i denne her med, i hvert fald i processen, hvor man, inden man skal sådan til rigtig for alvor at bearbejde det, ik, at man sådan kan komme lidt helskindet igennem det. Så det er ikke lige meget, men det er meget sådan... det er ikke sådan nogle kvalificerede sparringer, kan man sige, vel? Det er sådan nogle øhm... det er sådan nogle... "Årh, det gik sgu galt." "Ja,

det gjorde det." "Er du ok?" "Ja, det er sgu ok. Sådan er det jo engang imellem" Det er lidt sådan nogle... det er lidt sådan en karakter det har (Jordemoder G).

Jordemoderen beskriver en form for støtte, hvor der tilkendes forståelse for, at man har det svært, og den forståelse har man brug for i situationen. Men det er ikke en støtte, der hjælper én videre i processen, det er ikke "kvalificerede sparringer". Man kan måske endda sige, at samtaleformen lægger op til, at der forventes et bekræftende svar. I det øjeblik man svarer "ja, det var noget skidt og *nej*, jeg er ikke ok", træder man udenfor det kodeks, der er for samtalen, og tilkender en form for sammenbrud. Det er *meningen*, at man skal kunne klare den slags belastninger. Følgende interview-uddrag vidner om en lignende opfattelse af, at jordemødre ikke bruger hinanden på det menneskelige og psykologiske plan:

F: Men hvis vi holder fast i det der med det menneskelige, hvad gør det ved mig at stå i den her situation eller...

I: Nej. Det bliver ikke italesat. Nej.

F: Så dét har man styr på?

I: *Det* har man. Der er på en eller anden måde en øh, jeg vil ikke sige macho (griner), hvad er... men det har... Ja! Det har man styr på. Det er noget man ikke snakker om, det er noget man ikke deler, det er noget man ikke... ja, gør et stort nummer ud af.

F: Jeg talte med en krisepsykolog på [et andet fødested] i forbindelse med det her, som kaldte det, at vi [jordemødre] havde sådan et Lonely-Rider Syndrome, eller altså, sådan John Wayne-typer, ik? At, øh, det kan vi fan'ne godt klare selv. Og det, øh, det synes jeg egentlig var et meget godt billede på det...

I: Ja. Sådan er kulturen lidt i faget. Det kan vi godt være enige om.

F: Ja. Og når vi taler om det der med at vi skal blive bedre til at bruge hinanden, og det er der så nogle steder, man er bedre til end andre, tror jeg...

I: Men det er fagligt!

F: Så er det fagligt.

I: På det kliniske.

F: CTG, vaginal eksploration...

I: Ja. Det er på det kliniske, det er ikke på det psykologiske felt (Jordemoder F).

I interviewet her deles og konstrueres en opfattelse af, at jordemødre gerne vil bruge hinanden til "faglige sparringer", for eksempel ved kliniske vurderinger af, hvor langt

fremskreden en fødsel er, eller ved tolkning af en hjertelydskurve. Det fremgår, at de følelsesmæssige og menneskelige aspekter af faget er sværere at dele, de anses måske ikke engang som en del af jordemoderfagligheden, og under alle omstændigheder er det meningen, at man som jordemoder mestrer den del af faget selv. Samme jordemoder beskriver tidligere i interviewet, at mens hun under sin kliniske uddannelse havde nogle dygtige vejledere, som gav plads til at snakke om de aspekter af faget, så mødte hun efter endt uddannelse ikke samme åbenhed blandt kollegaer. Hun oplevede en forventning om, at man efter endt uddannelse er "færdigpakket."

4.3.1.2 Behovet for støtte imødekommes ikke

Det samlede billede fra min interviewundersøgelse er præget af, at jordemødrene ikke føler, at de får tilstrækkelig støtte i forbindelse med traumatiske forløb. Indenfor de seneste år er det blevet implementeret, at der som regel afholdes debriefing efter et hændelsesforløb, men mange oplever, at dette forum er beregnet på systemet og ikke på individet. Desuden omtales den interkollegiale kultur som støttende og empatisk, men på et mere overfladisk plan, end der i virkeligheden føles behov for. Derudover beretter flere jordemødre om en vis forventning om, at man "kommer op på hesten igen" indenfor en relativ kort tidsramme (måske kun få dage). Dette er dels udløst af arbejdspresset på afdelingen – der er brug for, at alle er fuldt funktionsdygtige i vagterne – og dels af en kulturel forståelse af, at fravær fra arbejdet kan forlænge eller endog forværre en efterfølgende krisereaktion. Det kan derfor være svært at bede om at blive skånet i de efterfølgende vagter, hvorfor en sygemelding ofte bliver den eneste udvej.

4.3.2 Debriefingens svagheder

Debriefingen er tilsyneladende blevet etableret i sundhedsvæsenet som 'best practice', når personalet udsættes for traumatiske hændelser. Udover at den i sin nuværende form (som taktisk debriefing) ikke opfylder jordemødrenes behov for støtte, har den i det hele taget nogle begrænsninger og svagheder, som jeg vil diskutere i det følgende.

4.3.2.1 Effekten af debriefing

Der blusser jævnligt diskussioner op om, hvorvidt psykologisk debriefing har sin berettigelse, fordi der ikke er overbevisende dokumentation for effekten af det (Lings 2002, Arendt og Elklit 2001, Arendt og Rosenberg 2009, Ritzau 2010). Uoverensstemmelser drejer sig primært om, hvad en debriefing bør indeholde, og hvilken effekt man ønsker at opnå. I et review fra 2001 gennemgås fire forskellige succeskriterier som effektmål: 1) *Forebyggelse* af eksempelvis Post Traumatic Stress Disorder. 2) *Screening* af individer med henblik på henvisning til videre behandling. 3) *Normalisering af reaktioner*, herunder individuel tilfredshed med udbytte af debriefing samt styrkelse af teamet samlet set. 4) *Økonomiske fordele* i form af cost-benefit analyse af metoden (Arendt og Elklit 2001). I fødeafdelingens retningslinier er der ikke taget stilling til nogle af disse kriterier, i stedet beskrives et mere uspecifikt formål, om at sikre, at de implicerede medarbejdere *"får mulighed for at bearbejde oplevelsen og få den nødvendige krisehjælp såvel akut som i tiden efter hændelsen"* (Bilag G).

På det generelle plan er der altså uklarhed i forhold til, hvilken effekt man opnår ved debriefing, hvorfor man bør være varsom med at indføre den som 'best practice' uden vedvarende evaluering af metoden.

4.3.2.2 Debriefingens rammer

Som nævnt er rammerne for en debriefing på en fødegang i realiteten uden en kyndig teamleder. Dertil kommer, at deltagerne sjældent vil kende hinanden som tætte kollegaer, da teamet omkring en fødselskomplikation er stykket sammen af personale fra fødeafdeling, børneafdeling, og eventuelt narkosepersonale og operationspersonale. Der er et betydeligt flow af læger igennem alle afdelinger, som en del af deres uddannelse til speciallæger, hvorfor jordemoderen meget ofte vil stå overfor læger indenfor de andre specialer, som hun ikke har mødt før – ligesom hendes nærmeste samarbejdspartner, fødselslægen under uddannelse, kan være nyansat i afdelingen. Dette er ikke nødvendigvis et problem, men det er ikke svært at forestille sig, at der i et sådan forum hersker et vist kodeks for forventet adfærd. Da man ikke er et kendt team, hverken før eller efter hændelsen, får man ikke mulighed for at etablere sin egen kultur, hvorfor det vil være nærliggende at blive i den kultur, de tilstedeværende kender

bedst. Og det er den kultur, jeg tidligere har beskrevet – hvor det kan være svært at tale om egne fejl, hvor man forventes at kunne håndtere de følelsesmæssige aspekter af et traumatisk forløb, hvor det er tilladt at være ked af det, men ikke tilladt at ”bryde sammen”, og hvor der er et stort behov for at fastholde faglig anerkendelse og respekt fra sine kollegaer. Ved de debriefinger, hvor denne kultur er normsættende, og hvor der ikke er en kyndig leder, bliver den taktiske debriefing meget oplagt, fordi fokus her er på læring og på at blive bedre som organisation, og de eventuelle fejl har tjent et formål ud fra et læringsmæssigt perspektiv. Da der således ikke åbnes op for en psykologisk debriefing, bliver de menneskelige konsekvenser fortiet.

4.3.2.3 Faglig bekræftelse

Som det fremgår af mine interviews, kan debriefingerne samtidigt være et bekræftende rum, hvor der støttes op om den enkeltes faglighed og vurderinger i situationen. Denne bekræftelse kan befri den enkelte for en del af den skyldfølelse, hun bærer rundt på, hvilket opleves som en stor lettelse. Det er alligevel min opfattelse, at denne form for ”syndsforladelse” kan rumme nogle problematiske elementer.

For det første skaber det en yderligere sårbarhed, hvis jordemoderens eneste redskab til at komme igennem efterforløbet er at få den faglige bekræftelse fra kollegaer og ledelse. Hermed forstås at hvis det værste skulle ske - at hun begår en fejl, som retrospektivt *ikke* bliver mødt med anerkendelse og forståelse - så er hun på ingen måde rustet til at håndtere den skyldfølelse, hun vil opleve. Hvis hendes handling har været den direkte årsag til det dårlige udkomme, og ledelsen vurderer, at hun burde have handlet anderledes i situationen, udebliver den ”syndsforladelse”, som jordemoderen på sin vis er afhængig af for at kunne re-konsolidere sin faglighed. Ud fra denne strategi har jordemoderen kun to muligheder: Enten at håbe at hun går helt fri, at hun er *helt speciel* (jordemoder D, afsnit 3.3.2) eller at håbe, at hun kun begår *fejl i mindre målestok* (jordemoder A, afsnit 3.2.2). Ingen af mulighederne rummer en accept af den kategori af menneskelige fejl, som har konsekvenser for andre mennesker, hvilket gør jordemoderen meget sårbar i det tilfælde, at hun begår en sådan fejl.

For det andet kan man stille spørgsmålstegn ved, om strategien hjælper jordmoderen til en dybere erkendelse af, hvordan hun påvirkes af og selv påvirker de hændelser, hun er involveret i. I de tilfælde hvor jordmoderen oplever at blive bekræftet i hendes faglige vurderinger under debriefingen, kan man sige, at hun opnår en *ydre* bekræftelse og frikendelse, men hun får ikke hjælp til den del, som flere jordemødre tilkendegiver at slås med: deres egen, *indre* fordømmelse. At blive tilgivet af andre er ikke ensbetydende med, at hun tilgiver sig selv. Præmisserne for debriefingen understøtter i denne optik ikke jordmoderens egen dybereliggende accept af hendes rolle i forløbet og dermed heller ikke hendes menneskelighed.

4.4 Sammenfatning

I det næste kapitel vil jeg ud fra min egen empiri se nærmere på, hvordan de traumatiske fødselsforløb påvirker jordemødrene personligt og åbne op for muligheden for at forholde sig til disse forløb på et mere eksistentielt plan. Først vil jeg igennem en opsummering af de to foregående kapitler uddybe, hvorfor jeg mener, at der er behov for at supplere de eksisterende tilgange med en helt anden form for optik.

Jeg har i kapitel 3 og 4 beskrevet, analyseret og diskuteret det system og de rammer, som er omkring jordmoderen, når hun oplever en traumatisk fødsel. Indenfor dette system, er der valgt nogle stier, nogle løsningsmodeller, som ligger i naturlig forlængelse af det naturvidenskabelige og det biomedicinske paradigme. Som nævnt i kapitel 3 synes tanken om at kunne *diagnosticere* typen af fejl for derved at kunne sætte ind med den relevante *behandling* tæt knyttet til lægevidenskabens kerneområde. I det hele taget er området som beskrevet indtil nu præget af mange *kategorier, modeller og retningslinier*, hvilket stemmer overens med opbygningen af sundhedsvæsenet i alle led fra organisationsstruktur til behandlingsregime. Patienten henvender sig eller henvises med nogle symptomer, som *kategoriseres*, og på den relevante afdeling foretages nogle forskellige undersøgelser, som knytter sig til den type symptomer (f.eks. blodprøver, klinisk undersøgelse af den pågældende legemsdel, scanning eller røntgen).

Svarene for disse undersøgelser sammenholdes med nogle *modeller* for normalområderne og i henhold til *retningslinierne* iværksættes en eventuel behandling.

Denne fremstilling er naturligvis stærkt simplificeret; hensigten er blot at påpege sammenhængen mellem denne opbygning, og den måde vi forholder os til de traumatiske forløb. Ved de traumatiske forløb arbejdes der på et teoretisk plan med forskellige diagnosesystemer – f.eks. henholdsvis systemfejl og kognitive fejl – med henblik på at kunne iværksætte den bedst mulige forebyggende behandling, således at fejlen ikke gentager sig. Den omtalte 'Dual Proces Theory' synes, i Croskerrys udlægning, at repræsentere den klassiske apparatfejlsmodel indenfor lægevidenskaben, og den gængs model vidner om en meget skematisk opfattelse af den kognitive proces. Indenfor alle modellerne i kapitel 3 er organisationen centralt placeret, og sigtet er at reducere antallet af fejl og dermed øge sikkerheden for patienterne.

Når blikket vendes mod den sundhedsprofessionelle ses en mere kvalitativ og humanistisk tilgang (kapitel 4), der dog alligevel præsenteres som en *fasemodel* for, hvordan et 'second victim' gennemlever efterforløbet efter den traumatiske hændelse (jfr. afsnit 4.1, (Scott, et al. 2009)). Modeller som disse danner baggrund for udarbejdelsen af retningslinier for, hvordan medarbejdernes reaktion i forbindelse med kritiske hændelsesforløb bør håndteres. Selvom modellen er udarbejdet efter kvalitativ metode, kan man indvende, at selve den skematiske fremstilling af, hvordan sundhedsprofessionelle reagerer på traumatiske hændelser positioneres som *objektviden* – viden der kan produceres, lagres og forbruges. På baggrund af de kvalitative interviews, har man opnået nogle *forståelser* af individer og sammenhænge, men når disse sammenfattes i en fasemodel, fremstilles de snarere som *fakta*, som Latimer beskriver (jfr. afsnit 2.1.1). Konkluderende skriver Scott et al.:

We now believe the post-event trajectory is largely predictable. Institutional programs could be developed to successfully screen at-risk professionals immediately after an event, and appropriate support could be deployed to expedite recovery and mitigate adverse career outcomes (Scott, et al. 2009, 325).

I denne optik kan den indsamlede viden generaliseres og overføres til fremtidig udvikling af screeningsprogrammer, således at de udsatte sundhedsprofessionelle tilbydes

og modtager den nødvendige støtte i forbindelse med disse hændelsesforløb. Som beskrevet i afsnit 2.1.1 kan en fremstilling af faktuel viden give konklusionerne større tyngde og dermed anvendelighed i sundhedssektoren, hvorfor det ofte er præmisserne for, hvordan resultaterne præsenteres i såvel kvantitative som kvalitative studier.

Mit ærinde er ingeniende at modsige udviklingen på området indenfor håndtering af traumatiske hændelsesforløb i sundhedsvæsenet. Jeg har derimod forsøgt at vise, at problematikken er grebet an med de samme metoder, som er kendte og som anvendes i forvejen indenfor sundhedsvæsenet. Ved at applicere den samme slags metoder til alle former for problemer, afskæres man fra at få øje på dele af problemstillingen, hvorfor de frembragte løsningsmodeller vil være, ikke forkerte, men mangelfulde. I det næste kapitel vil jeg se nærmere på, hvilke andre veje eller stier man kunne supplere den i forvejen lagte rute med, for bedre at kunne åbne blikket for den enkelte jordemoder og problemstillinger, som ikke kommer til syne indenfor de nuværende rammer. Som beskrevet i afsnit 2.2.1 vil jeg her inddrage den eksistentielle psykologi, som bygger på et eksistensfilosofisk grundlag.

KAPITEL 5: DET EKSISTENSPSYKOLOGISKE PERSPEKTIV

”DET VAR SGU EGENTLIG EN MEGET GOD VEJ, JEG VALGTE HER I LIVET” (Jordemoder G).

Jordemoderen konfronteres i sit arbejde med livets store spørgsmål, som vi normalt forbinder med eksistensfilosofien. Livet og døden – selve menneskets eksistens – er en essentiel del af jordemoderens arbejde. Hun er vidne til fødslen af det nye liv, og ligeså meningsfuld denne begivenhed kan synes, ligeså meningsløst føles det, hvis det nye liv mistes. Citatet i undertitlen henviser til det forhold, at når jordemoderen oplever sammenhæng og meningsfuldhed i sit arbejde, har det en positiv indflydelse på hendes generelle opfattelse af mening i tilværelsen.

I afsnit 5.1 vil jeg vise, hvorfor den eksistentielle psykologi generelt set vender sig imod at rubricere og faseinddele kriseforløb, som der gøres i den nuværende håndtering af medarbejderes reaktion på kritiske hændelsesforløb. Dernæst vil jeg ud fra min empiri beskrive, hvordan to jordemødre oplevede, at deres involvering i traumatiske forløb udløste en voldsom krisereaktion (afsnit 5.2). Hele den eksistentielle kriseforståelse vil blive uddybet i afsnit 5.3, mens afsnit 5.4 binder krisen udløst af et traumatisk fødselsforløb sammen med jordemoderens egne eksistentielle grundvilkår og søgen efter mening i tilværelsen. Slutteligt vil jeg i afsnit 5.5 give to forslag til anbefalinger, der kan medvirke til at kvalificere indsatsen dels i forhold til systemets håndtering af de traumatiske forløb og dels i forhold til uddannelsen og efteruddannelsen af jordemødre.

5.1 Når modellerne skygger for individet

Den skematiske tilgang til håndteringen af de sundhedsprofessionelles reaktioner i forbindelse med traumatiske hændelsesforløb, kan på den ene side tjene det formål, at der bliver taget hånd om medarbejderne, men på den anden side medføre at denne tagen-hånd-om bliver distanceret og uden blik for individet. Så snart vi opdeler den krise, individet (som 'second victim') gennemgår, i faser, flytter vi, som hjælpere, fokus fra individet selv til faserne eller kasserne, som udgør vores referenceramme for normalområdet. Bo Jacobsen hævder således, at fase teorier er konstrueret af hensyn til behandleren eller hjælperen og ikke til offeret i en krisesituation.

Ved sådanne opdelinger i faser eller opgaver er der risiko for, at krisehjælperen (som disse opdelinger er lavet for) får et teknisk og distanceret forhold til den kriseramte. Man ser i kriselitteraturen ofte en gengivelse af disse faser og opgaver. Men faserne og opgaverne hører jo slet ikke til selve krisen. Faserne er forfatteres og teoretikers tanker og modeludkast. De er skemaer, der lægges ned over virkeligheden, ikke selve virkeligheden. Faserne skal nok især sætte hjælpere i stand til at få styr på sagerne og føle, at de har kontrol over situationen, så de ikke oversvømmes og finder det hele for voldsomt. Så hjælper det at udpege faser og derved skabe afstand, men det er ofte ubehageligt og nedværdigende for den kriseramte at blive opfattet som et fasenummer (Jacobsen 2009, 110-111).

Jordemoder F bliver sygemeldt efter flere traumatiske forløb i træk, fordi hun ikke magter at stå på en fødestue i en akutsituation igen. Hun beskriver, hvordan hendes

leder, under en samtale med hende, definerer hende ud fra en kriseteoretisk fase-model:

Der kom, jeg kan huske hun kommer med sådan et skema, og så sagde hun "du bevæger dig jo i det her felt, hvor det hedder angst". Øhm, og så siger jeg "jamen, det ved jeg ikke noget om" (smågriner). Altså, jeg var jo ikke lige dér, så kom der sådan en teoretisk ting i forhold til uddannelse og læring, (smågriner) sådan som jeg husker det. "Du bevæger dig jo i det her felt, ik også?" "Øh ja, det kan da godt være, men..." ja. Øh... (Jordemoder F).

Jordemoderen beskriver hendes leder som lydør og kendetegner deres forhold som præget af gensidig respekt og anerkendelse. Så meget desto mere bliver hun overrasket over denne kategorisering af hendes symptomer frem for anerkendelse af hendes situation. Forud for samtalen har lederens løsningsforslag til jordemoderen været, at hun skulle søge orlov og tage til et større fødested og blive "hærdet", blive mere tyk-hudet, og jordemoderen føler på ingen måde, at hun bliver set i det kaos, hun gennemlever. Retrospektivt er hun, under interviewet, ikke bebrejdende overfor lederen, men ser hendes adfærd som et udtryk for den kultur, der præger jordemoderfaget.

Jacobsen skitserer fra et eksistentielt synspunkt, hvordan netop evnen til at være til stede er den vigtigste kvalifikation hos hjælperen (Jacobsen 2009, 100-125). Selvom man kan indvende, at lederen i denne situation ikke er *hjælperen*, er hun ikke desto mindre repræsentant for det system, som skal tage (med)ansvar for den krise, medarbejderen, som 'second victim', befinder sig i. Og jo flere fasemodeller og retningslinier lederen udstyres med, jo større risiko er der for, at hun ikke ser den enkelte medarbejder i lige præcis dén krise, hun befinder sig i.

5.2 At være i krise

For to af jordemødrene udløser involveringen i de traumatiske hændelsesforløb en krise, som er så voldsom, at den resulterer i, at de ikke kan fortsætte deres arbejde på fødegangen. Den ene jordemoder (B) fortæller, at selve hændelsen bliver den udløsende faktor for, at hun ikke længere magter at stå på en fødestue, selvom der ligger andre personlige årsager til grund også.

Men altså, det er jo, altså lige præcis den oplevelse gjorde at jeg havde så svært ved at gå ind på en fødestue i lang tid efter. Øh... jeg kunne næsten ikke lukke døren op derind til, fordi jeg var så bange for at gøre noget forkert. Øhm... Det havde nok også noget at gøre med min tilstand i det hele taget, men det er jo sådan set ligegyldigt. Øh... (Pause)

F: Så hvad gjorde du?

I: Jae, jeg gik amok et par måneder senere (griner lidt), øh... men det var jo ikke kun over det. Men jeg har jo, altså jeg har jo arbejdet på fødestue siden da, men det har aldrig været godt (Jordemoder B).

Efter forløbet sluses jordemoderen gradvist over i andre arbejdsopgaver indenfor jordemoderfaget, som ikke indebærer arbejde på en fødestue; konsultationer, fødselsforberedelse og arbejde på en svangreklinik. Ledelsen forsøger flere gange at få jordemoderen tilbage på fødegangen, men hver gang ender hun med at blive meget påvirket psykisk og mistrives, hvorfor hun i dag har en fast aftale om ikke at arbejde på fødegangen.

Den anden jordemoder (F) ender med at blive opsagt på grund af sin langtidssygemelding. Gennem længere tid arbejder hun på en afdeling, hvor der i perioder er så travlt, at det ikke føles forsvarligt. Jordemoderen går selv aktivt ind i at forsøge at få ændret forholdene, så både arbejdsmiljø og sikkerhed kan blive bedre, men efter en sekvens med fire vagter i træk med kritiske hændelsesforløb, oplever jordemoderen pludseligt, og til hendes egen overraskelse, at bryde sammen i et indkøbscenter.

Og så kunne jeg bare mærke "jeg kan ikke mere". Så det har været en opbygning af episoder, der ligesom... men det blev udløst der, hvor jeg bare tudede og tudede og tudede. Øh, konfrontationen med liv/død så tæt på, så meget, var bare så voldsomt. For mig (Jordemoder F).

Jordemoderen er klar over, at hun ikke kan stå på en fødestue – hun beskriver at føle sig "*fuldstændig gennemsigtig*" – hvorfor hun kontakter ledelsen og beder om hjælp. De gør det klart, at hun ikke kan være ansat i afdelingen, hvis hun ikke kan varetage fødsler, og at en permanent omplacering ikke er en mulighed. Jordemoderen tilmelder sig et mindfulness kursus, kontakter sin læge og en psykolog. Alle tiltag til trods lykkes det hende ikke at overvinde frygten for igen at stå i en akutsituation, og hun diagnosticeres senere med posttraumatisk stress syndrom (PTSD). På interviewtidspunktet er hun stadigvæk uafklaret med sine fremtidige jobmuligheder, men hun har erkendt, at

hun skal sige farvel til jordemoderfaget – en erkendelse som er forbundet med stor sorg for hende:

I: Jeg tror det er noget af det der har rystet mig mest. At jeg *elsker* mit fag, og jeg *brænder* for det. Og jeg kan bare ikke få det til at gå op. Altså, det er der... (får tårer i øjnene) ja, nu bliver jeg også ked af det, ik også? (Bævende stemme) At skulle opgive noget man er så glad for. (Pause) Ja.

F: Det kan jeg godt forstå.

I: Jeg tror det... det er det der har væltet mig mest nok. I virkeligheden. Øh... (Pause) Men sådan er det. Altså, det... tænker jeg, det finder jeg ud af på en eller anden måde. Ja... fordi jeg også er blevet meget bevidst om hvad det gør ved mig... (Jordemoder F).

Jordemoderen beskriver at være i krise over at have mistet hele sit fag nu, hvor hun har erkendt, hvad det gør ved hende at varetage fødsler indenfor de rammer, systemet er bygget op omkring. Igennem samtaler med en psykolog er hun blevet klar over, at *"Noget af det system er rigtig svært at være i for en humanist"*, hvilket for så vidt har styrket hendes egen faglige identitet, men har svækket hendes tro på, at hun vil kunne vende tilbage til jordemoderfaget under de nuværende rammer.

Ingen af de øvrige fem jordemødre i min interviewundersøgelse har været ude for lignende krisereaktioner, men flere af dem beskriver, hvordan de i den første tid efter er stærkt påvirkede af hændelsesforløbet, og at det fylder meget for dem, både i privatlivet og på arbejdet. Nogle beskriver, at det kan være svært at tale med ægtefælle, familie eller venner, fordi de ikke forstår, hvad det handler om. Selvom hændelsen ikke udløser en egentlig krise hos dem, kan den alligevel være forbundet med stor sorg. En jordemoder beskriver, at *"(...) det har fulgt mig hele livet, ik? Øhm.. Med at tænke på det der, ik, men øhm... Men mest det at jeg var klar over, at jeg synes jeg kunne have gjort det anderledes og ikke så det, da det var der, ik?"* (Jordemoder A).

5.3 Den eksistentielle krise

Jeg vil nu vende blikket mod den eksistentielle psykologis tilgang til kriseteori, som er en anden, end den man finder inden for psykoanalysen eller den kognitive psykologi.

For det første anses krisen som en naturlig og uafværgelig del af menneskets eksistens, og spørgsmålet er ikke *om*, vi kommer ud for en krise, men *hvordan* vi håndterer den, når vi *gør*. Skilsmisse, overfald, dødsfald, sygdom eller arbejdspladsulykker er alle traumer som hører til livets normale variationsbredde, og man må derfor som menneske indstille sig på at udvikle en måde at leve på, hvor man kan klare disse rystelser og traumer. Ved brug af diagnoser (f.eks. PTSD) ser eksistentielt orienterede psykologer en risiko for sygeliggørelse og psykiatisering af normal-livet.

For det andet respekteres det, at mennesker benytter forskellige veje til at komme igennem krisen. I modsætning hertil nævnes den katarsis-orienterede sorg- og kriseopfattelse, hvor gråd anses som et centralt moment i den lægende proces. En sådan ensretning af sorgprocesser er ud fra et eksistentielt perspektiv et overgreb mod det, den terapeutiske proces skal bygge op, nemlig den enkeltes autonomi (Jacobsen 2009, 100-125).

For det tredje giver krisen anledning til konfrontation med de eksistentielle grundvilkår, hvorfor den eksistentielle psykoterapi netop adresserer disse, i modsætning til psykoanalysens fokus på barndommen eller den traume-orienterede kriseopfattelses fokus på at reparere traumerne. De fire eksistentielle grundvilkår er ifølge Yalom (som også kalder dem de fire ultimative anliggender): **Døden** er en realitet, vi ikke kan flygte fra, og som vækker vores dødsangst. **Friheden** er det vilkår, at vi selv er tvunget til at vælge og har ansvaret for at navigere i vores eget liv, som er kendetegnet ved fraværet af ydre struktur. **Isolationen** er det vilkår, at vi i afgørende stunder er alene, ultimativt at vi alle fødes alene og dør alene, uanset hvor tæt knyttede relationer vi har til andre mennesker. **Meningsløsheden** er det forhold, at meningen med livet ikke er givet på forhånd, men at vi selv må konstruere den. I den eksistentielle krise rammes man af disse grundvilkår, og man stiller sig selv spørgsmål som: Hvad er livets mening? Hvad er meningen med *mit* liv? Hvorfor er vi til? Hvad lever vi for? Hvad skal vi leve efter? Er der overhovedet nogen mening med noget, når vi alligevel skal dø og intet varer ved? (Yalom 1980/1998, 16-17, 443, Jacobsen 2009, 100-125).

Yalom hævder, at de eksistentielle ultimative anliggender altid dukker op i terapeutiske situationer, men at terapeuten og patienten ofte overhører eller undertrykker dem. Dels fordi de har status som almenlydige erfaringer, som er blevet endevendt af en ubrudt række af filosoffer, teologer og digtere igennem århundreder, og som derfor næppe kan bibringe noget konstruktivt til den konkrete terapeutiske situation. Og dels fordi terapeuten fejlagtigt tolker, at patienten har *rigeligt* at forholde sig til i forhold til den krise eller neurose, der er årsag til terapiforløbet, og derfor ikke skal presses yderligere med livets brutale eksistentielle kendsgerninger. Men selvom det er pinefuldt at se eksistensens grundvilkår i øjnene, er det i sidste ende helbredende, hvorfor Yalom argumenterer for, at de bør have plads midt på den terapeutiske arena (Yalom 1980/1998, 20-22).

Jeg vil i det følgende sætte de tre ovenfor skitserede kendetegn ved den eksistentielle krisetilgang i forhold til, hvordan sundhedsvæsenet er konstrueret til at møde de medarbejdere (her; jordemødre), der kommer ud for et traumatisk hændelsesforløb, og hvordan jordemødrene selv er rustet til de kriser, de måtte komme ud i.

5.3.1 Accept af krisen som uundgåelig

Det første kendetegn, hvor kriser ses som en naturlig del af menneskets eksistens, kan overføres til 'second victim' problematikken for jordemødre. Anses det som en uundgåelig og naturlig del af faget eller er det noget, man for alt i verden skal forsøge at undgå? Som jeg har gjort rede for i kapitel 3, er hele systemet, sundhedsvæsenet, blevet konstrueret til at forsøge at *undgå*, at disse situationer overhovedet opstår. Fejl og andre utilsigtede hændelser skal erkendes og evalueres og indgå i en lærende organisation, således at lignende fejl undgås i fremtiden. Bagsiden af denne model er, at jordemoderen kan føle, at hun slet ikke burde være kommet i den situation, hun er i, fordi fejlen, hændelsen, kunne være undgået, hvis blot hun havde været dygtig nok eller systemet havde været bedre indrettet. Den evige jagt efter optimerede patientforløb og reduktion eller elimination af fejl fremmer ikke *accepten* af disse fejl og dermed heller ikke *accepten* af den krise, de kan udløse for jordemoderen. Som 'second victim' oplever hun således ikke at gennemleve en naturlig, uundgåelig del af hendes faglige virke, men at være i en ulykkelig situation, der potentielt kunne have været undgået.

Hendes fokus ligger derfor ikke på, *hvordan* hun håndterer krisen, men på at undgå den i det hele taget. Som vist i afsnit 3.3.2 kan dette ønske om ufejlbarlighed vise sig at være en dårlig strategi, fordi det efterlader jordemoderen meget sårbar i det øjeblik, hun bliver involveret i et traumatisk fødselsforløb.

Flere af jordemødrene i mine interviews taler om, at de ser *ansvaret* som en naturlig del af deres fag, og at de føler, at de har accepteret det ansvar, endog set på det som noget positivt, allerede da de startede på jordemoderuddannelsen. De beskriver en stor bevidsthed omkring at have ansvar for andre menneskers liv, men de fleste har ikke på forhånd forholdt sig til, hvordan det ansvar kan få konsekvenser for dem selv, hvis de bliver involveret i et traumatisk fødselsforløb. En jordemoder fortæller, at hun ikke gjorde sig tanker om dette undervejs i hendes uddannelse, tværtimod var hun sikker på, at hun kunne håndtere det: *"Altså, jeg havde sådan lidt hovsky-snovsky holdning til det om, at det finder jeg da bare ud af, ik? Altså... Det følte jeg mig godt nok rustet til og klædt på til. Jeg havde ikke tænkt skyldfølelsen ind, det tror jeg ikke."* (Jordemoder A). En anden jordemoder (B) beskriver, at hun nok mest har tænkt på, hvad det ville betyde for parret og familien, ikke for hende selv. Da jeg spørger jordemoder C, om hvad hun tænker om at skulle stå i et lignende forløb igen, svarer hun: *"Øh... Hvad tænker jeg om det? Jeg tænker nok i virkeligheden ikke noget, med mindre du nu spørger mig. Det er ikke sådan noget, der... på den måde fylder."* (Jordemoder C).

Flere fortæller dog, at de ved, at *andre* af deres kollegaer er påvirkede af frygten for at blive involveret i et traumatisk fødselsforløb, hvilket især kommer til udtryk i form af en meget defensiv praksis. Jordemoder F fortæller, at hun har været initiativtager til, at en gruppe af nyuddannede jordemødre har mødtes privat, som alternativ til supervision, for at udveksle erfaringer:

Der er jeg blevet meget bevidst om at jeg er ikke den eneste! Altså, når jeg så hører dem sige, "når jeg har fri i tre dage, så har jeg ondt i maven inden jeg skal af sted" eller, eller sådan noget. Så tænker jeg "gulp", så har jeg sådan ligesom måtte sige til dem "aj, så, så er man nødt til at tage det alvorligt" (Jordemoder F).

For nogle er bevidstheden om krisen altså til stede som *frygt* for at opleve den, mens andre højst er bevidste om krisen, som et *håb* om at undgå den. Begge strategier kan

være emotionelt krævende, og man kan forestille sig, at de kan være medvirkende faktorer til, at jordemødre i særlig høj grad rammes af stress og udbrændthed (jvf. afsnit 4.2.2).

Indenfor den eksistentielle kriseforståelse, hvor krisen *accepteres* som en naturlig del af livet, er en krisereaktion efter et traumatisk fødselsforløb hverken et svaghestegn eller et symptom på andre bagvedliggende psykiske problemer, men en helt naturlig reaktion på en voldsom begivenhed. Desuden rummer krisen i dette perspektiv et udviklingspotentiale. Krisen kan skubbe til jordemoderens frygt eller fortrængning og kan være anledning til, at hun opnår en større indsigt og erkendelse af de eksistentielle aspekter af hendes fag, hvilket kan give hende ro og frihed til at praktisere det.

5.3.2 Individets egne sorg- og kriseprocesser

Det andet kendetegn ved den eksistentielle krisetilgang er respekten for, at mennesker benytter forskellige veje til at komme igennem krisen. Dette harmonerer dårligt med den tilgang, jeg indtil nu har skitseret, hvilket atter bringer os tilbage til de to positioner *objektviden* og *relationsviden* (jf. afsnit 2.1.1). Kan der udvikles videnskabeligt funderede kriseteorier og fasemodeller som kan appliceres på alle, eller er viden noget der produceres og reproduceres i forskellige sociale relationer og forskellige kontekster, hvorfor mennesket kan have mange mulige "rigtige" måder at komme igennem krisen på?

Det er kendetegnende, at de modeller og retningslinier, der er udarbejdet, har det sigte at yde den bedste støtte på det bedste tidspunkt (i den rigtige fase), således at medarbejderen kan komme på ret køl igen. Et formål der på mange måder er i medarbejderens interesse – og naturligvis ikke mindst i arbejdsgiveren, da der kan være sygefravær forbundet med disse hændelser – men spørgsmålet er igen om et kriseforløb kan forceres ved brug af en særlig opskrift udviklet ud fra almengyldige principper? Denne problematik griber tilbage til de tidligere afsnit om, hvorvidt hjælpen der tilbydes reelt er en hjælp (afsnit 4.3), og når modellerne skygger for individet (afsnit 5.1), og jeg skal derfor ikke gentage temaerne her.

5.3.3 De eksistentielle grundvilkår

Døden, friheden, isolationen og meningsløsheden som eksistentielle grundvilkår har ikke været eksplicitte temaer under indsamlingen af mit empiriske datamateriale. Alligevel dukker de implicit op undervejs i de fleste interviews.

Døden er et tema, ikke så meget i form af erkendelse af ens egen dødelighed, men i forhold til den barske kendsgerning, at nogle børn dør, før deres liv er begyndt. Fordi det sker så sjældent, er døden os fremmed, også som jordemødre, og vores lave perinatale mortalitet giver hele vores samfund en forventning om, at en fødsel er en begivenhed, der har et lykkeligt udkomme.

Meningsløsheden kan være overvældende, når små børn dør, og jordemødrene fortæller om, at det rammer dem dybt i deres egen person. I det følgende interviewuddrag tales der netop om denne meningsløshed, og jordemoderen fortæller, hvordan det påvirker hende i forhold til hendes eget moderskab. Jordemoderen har været involveret i et forløb, hvor barnet forløses ved kejsersnit og dør to dage efter.

F: Den sårbarhed, du siger efter du har fået børn...

I: Ja

F: ...Kan du sige... handler det om... det der med at små børn dør, og man er mor, og hvor forfærdeligt ondt og smertefuldt det er, mere end det handler om skyld, altså, var jeg skyld i det der foregik... altså er det sorgen over det mistede liv....

I: Ja, det, det tror jeg. Ja.

F: ... mere end det er dit eget...

I: Altså, i den situation var det. Fordi at jeg var, øh... jamen, det var det, fordi hvis jeg nu havde overset noget, eller jeg ikke havde reageret på at der var grønt vand eller at hun havde et enormt højt tryk eller... altså, hvis jeg syntes jeg havde lavet en graverende fejl, så havde jeg... så havde jeg nok været meget ked af det eller rystet over dét. Men det her det var simpelthen "hvorfor skulle de ikke have lov til at have hende?"

F: Ja (Pause)

I: Ja

F: Så det er egentlig den der, altså, medmenneskelige, kan man sige...

I: Ja

F:... følelse af at nogen har mistet et barn, og man står selv og er mor...

I: Ja

F: ... og man forestiller sig den smerte

I: Ja (Pause)

F: Ja

I: Ja, det er det. For jeg kan huske, at jeg tænkte sådan, øh, jamen, eller... og det har jeg sagt mange gange derhjemme, og det er ikke kun i denne her sammenhæng, "hvis der sker mine børn noget, så bliver jeg simpelthen ikke *menneske*" (stemmen knækker, tårer i øjnene) altså den der "uuuhhhh". Ik? (Jordemoder E).

Jordemoderen finder det meningsløst, at parret skulle miste deres datter, og hun konfronteres med hendes egen, og vel nok enhver forælders, største frygt; at der skal ske noget med hendes egne børn.

I flere interviews kommer *isolationen* til udtryk både i forhold til at føle sig alene med ansvaret, med skylden og med tankerne, og hos enkelte også i forhold til erkendelsen af, at ingen andre *kan* gennemleve dette for en – man er alene med sin egen proces og smerte. Flere beskriver, at de taler med deres familie og venner, men at dette private netværk ikke *rigtigt* forstår, hvad de gennemlever, hvilket øger følelsen af isolation i forhold til omverdenen.

Friheden til at vælge dukker op i sammenhæng med at have valgt jordemoderfaget som levevej. Alle jordemødre fremstiller deres valg som ensbetydende med en accept af det store ansvar, hvorfor de føler, at de har taget på sig at kunne klare de følelsesmæssige belastninger, det ansvar medfører. De er klar over, at de har haft *frihed* til at vælge faget, og hvis ikke de kan klare det, falder det tilbage på dem selv at have truffet et dårligt valg. En jordemoder taler om, at når man klarer sit arbejde godt, når man har håndteret et fødselsforløb godt, så "*genbekræfter man sin egen identitet*" og:

Sådan i et større, bredere perspektiv, så kan man blive ved med at sige til sig selv "jamen, det var sgu egentlig en meget god vej, jeg valgte her i livet. Det går da egentlig meget godt og, og jeg får da opfyldt nogle af de der drømme, jeg havde. Jeg får gjort en forskel for folk", ik? (Jordemoder G).

Ud fra denne tanke vil den modsatte følelse – at have håndteret et fødselsforløb dårligt – kunne udløse tvivl om, hvorvidt man har truffet det rette valg af uddannelse. Man kan føle, at man har valgt en *dårlig vej i livet*, som er forbundet med udfordringer, der er for svære at mestre. Man konfronteres derved med *friheden* som eksistentielt grundvilkår, fordi man bliver usikker på sin egen navigation, sine egne valg, i tilværelsen.

De eksistentielle grundvilkår kunne utvivlsomt udforskes mere, hvis de fik plads i jordemødrenes – og hele sundhedsvæsenets – begrebsverden. Som vist i afsnit 4.3 hersker der en vis form for *implicit mutual understanding*, som blandt andet dækker over, at disse store temaer er så almengyldige – og uløselige ikke mindst – at de ikke bliver berørt i forbindelse med de traumatiske forløb. Desuden kan det samme gøre sig gældende, som Yalom beskriver i den terapeutiske situation (afsnit 5.3), at man har *rigeligt* at forholde sig til i den aktuelle krise, og man derfor ikke vil beskæftige sig med livets brutale eksistentielle kendsgerninger oveni. Der bliver så at sige lagt låg på, af jordemoderen selv og af hendes omgivelser, og der bliver fokuseret på rekonstruktion af hændelsesforløbet for at identificere fejl og andre utilsigtede hændelser med henblik på at kunne drage læring af det og forbedre organisationen. Der udstedes 'syndsforladelse' hvis de implicerede har handlet efter gældende faglige standarder, der tages eventuelle forhåndsregler, så situationen ikke gentager sig, og maskineriet kører videre. Men der findes ikke et rum – og måske heller ikke et sprog – hvor jordemoderen hjælpes til at mærke, hvilke eksistentielle overvejelser, der eventuelt bliver affødt af hendes oplevelse af og reaktion på det traumatiske fødselsforløb.

5.4 Viljen til mening

I dette sidste afsnit vil jeg undersøge, hvordan jordemødrene mestrer at komme igennem de belastninger, de udsættes for, og hvordan de lever med det daglige pres, at deres handlinger kan få negative konsekvenser for det ufødte barn og dets forældre. Jeg har valgt at blive i den eksistentielle tilgang og læner mig her op af Viktor E. Frankl, som fremhæver *viljen til mening* som menneskets væsentligste drivkraft. Frankl udvik-

lede sin terapiform, logoterapien, i efterkrigstiden, og han gjorde op med både Freuds teori om drifterne (eller viljen til lyst) og Adlers teori om viljen til magt, som de grundlæggende drivkræfter bag menneskets tænkning, følelser og adfærd. At søge efter mening handler om individets evne til at følge mål og skabe sammenhæng i livet, og selv om et menneske ikke selv kan vælge de omstændigheder, dets liv er underlagt, kan det vælge, hvordan det vil forholde sig til de omstændigheder. Sagt med andre ord; hvis man kan finde en mening med livet, uanset hvor hårde betingelser man har for sin eksistens¹¹, bliver man en aktiv medspiller, frem for blot en passiv tilskuer, der lader sig føre gennem livet uden mål og retning. Frankl bringer et citat af Nietzsche, som, han ser som et motto, der gælder for al psykoterapi: *"Den, der ved, hvorfor han lever, kan tåle næsten et hvilket som helst hvordan."* (Frankl 1959/1993, 108). Man kan tåle og overleve meget, hvis man kan holde fast i eller redefinere en følelse af mening med tilværelsen.

Menneskets søgen efter mening er ifølge Frankl en del af normal-livet, og bliver ikke kun udløst i situationer med sygdom eller kriser. *Eksistentiel frustration*, som han kalder det, er ikke i sig selv patologisk, men snarere en del af et menneskes åndelige udvikling igennem livet (Frankl 1959/1993).

5.4.1 At fastholde meningen i de svære forløb

Meningen med livet som helhed har selvsagt ikke været et tema i min indsamling af empiri, men at finde mening i sit arbejde og i sin faglige identitet er dukket op i de fleste interviews. Ifølge Frankl kan menneskets vilje til mening blive frustreret af deres arbejde, hvorfor et meningsfyldt arbejde for den enkelte kan være medvirkende til en meningsfyldt tilværelse (Frankl 1959/1993, 106-108).

Altså, for mit vedkommende, så var det jo det jeg ville, havde jeg nær sagt, med at blive jordemoder, det var at kunne *mærke*, at jeg gjorde en forskel i nogle

¹¹ Frankl overlevede som den eneste i sin familie tre år i koncentrationslejr under Anden Verdenskrig, og det er på baggrund af hans erfaringer som koncentrationslejr fange, at han udviklede logoterapien (Frankl 1959/1993).

menneskers liv. Og *det* synes jeg, man kan som jordemoder. Man kan i *den* grad gøre en forskel. Det er ikke sikkert, at øh, man sådan, hvad kan man sige, epidemiologisk kan gøre en forskel, fordi det påvirker masserne som sådan, men det påvirker nogle menneskers liv. (...) Det gør en rigtig stor forskel i deres liv om de får et, øh, et godt forløb ud af det eller et dårligt forløb ud af det. Og det gør så sandelig også en forskel om de får et godt barn eller et skidt barn ud af det, ik? Og *det* kan jeg godt lide. Og derfor kan jeg også godt lide at tage det ansvar (Jordemoder G).

Jordemoderen finder mening i at kunne gøre en forskel i nogle menneskers liv. Og denne meningsfuldhed er af så stor betydning, at hun kan bære de dårlige forløb og rumme ansvaret, også når det går dårligt. Meningsfuldheden er dog ikke en patentløsning, der i sig selv giver hende svarene eller styrken til at komme igennem de svære forløb. Som hun beskriver, så kræver det hver gang en proces:

Jeg tænker, det er meget, meget svært at være i nogle gange, og at det nogle gange koster søvnløse nætter, og at det koster en proces, før man når dertil, hvor man så kan sige "ok, jeg gjorde det sgu så godt jeg kunne". Altså, det er jo ikke, det er jo heller ikke noget, man får omkostningsfrit, vel, det er jo ikke sådan at man øh, man bare siger "nå! Jamen jeg gjorde det så godt jeg kunne", og så skøjter man henover det. Det er jo noget der opstår ved en refleksion man har, ik? Man sætter sig ned og overvejer og tænker, og man tager det med i seng, og man tænker på det som det sidste inden man lukker øjnene og det første når man slår dem op igen, ik, *før* man kommer dertil, hvor man så erkender "Nå. Ja." Ik? (Jordemoder G).

Styrken til at komme igennem den svære proces hentes i en grundlæggende følelse af meningsfuldhed i virket som jordemoder. En anden jordemoder beskriver, at selvom de traumatiske forløb er hårde at være blandet ind i, så kan hun alligevel finde en mening med den jordemoderfaglige og obstetriske praksis på en dansk fødegang.

(...) hvis vi ikke var der, så var der mange flere der havde de forløb. I Afrika der dør de som fluer, ik? Også kvinderne. (...) jeg har ikke noget problem med, eller noget vanskeligt ved at have et job der indebærer det ansvar, fordi at jeg tænker at... vi... alt det gode vi laver opvejer det, mere end rigeligt, hvis du forstår hvad jeg mener. Det kan være at for hver gang, at vi laver en skulderdystoci¹² og et dårligt barn, så er der måske 100 eller 1000 kvinder, der får gode børn. Så...

¹² Skulderdystoci (fastsiddende skuldre) er en tilstand, hvor barnets skuldre og krop ikke kan forløses efter hovedet er født, og som potentielt kan være livstruende for barnet. Jordemoder C bruger her udtrykket "...for hver gang vi laver en skulderdystoci...", i forlængelse af overvejelser hun gør sig tidligere i interviewet i forhold til, om de indgreb der laves på en fødegang (her; vestimulerende drop og forløsning med sugekop) kan være medvirkende til, at der opstår komplikationer som eksempelvis fastsiddende skuldre.

jeg synes jo, vi er nødvendige. Øh... Så det har jeg det helt fint med. Men jeg synes ikke det er sjovt at være indblandet i. Øh... Men det er vilkårene... det er vilkårene for vores fag (Jordemoder C).

Jordemoderen overvejer her, om vi nogle gange gør mere skade end gavn, når vi yder fødselshjælp på en dansk fødegang. Sat i perspektiv til afrikanske tilstande er hun slet ikke i tvivl, om at det gode opvejer det dårlige, hvorfor hun kan fastholde en mening med den jordemoderfaglige praksis, også i situationer hvor man efterfølgende kan være i tvivl om, der kunne have været handlet anderledes.

Begge jordemødre viser her, hvordan en grundlæggende følelse af mening er en del af deres mestring af processen efter et traumatisk forløb. Jordemodergerningen er meningsfuld for dem, selv når de er involveret i de svære fødselsforløb. For andre jordemødre kan de svære forløb imidlertid være forbundet med *tab af mening*, hvilket jeg vil argumentere for i det følgende.

5.4.2 Meningen med at være jordemoder

Ved gennemlæsning af alle syv interviews findes der mange gengangere, når jordemødrene beskriver, de værdier og evner, der er essentielle for deres fag:

- *At gøre en forskel*
- *At drage omsorg og yde støtte*
- *At hjælpe*
- *At passe på kvinden og hendes ufødte barn*
- *At have ansvar*
- *At være dygtig til sit fag*
- *At udvise empati*
- *At udvise ro og have styr på situationen*
- *At være nærværende*

Disse værdier er en betydelig del af konstruktionen af 'den gode jordemoder' og dermed også den mening, jordemødrene tillægger deres fag. Når jordemoderen er involveret i et traumatisk fødselsforløb, oplever hun, at hun ikke har levet op til disse essentielle værdier i hendes fag. I selvbekræftelsens skær kan hun føle, at hun *ikke* har hjul-

pet, at hun *ikke* har passet på kvinden og barnet, at hun *ikke* har været dygtig nok, at hun *ikke* har gjort en (positiv) forskel, at hun *ikke* har været nærværende og at hun *ikke* har haft styr på situationen. Hvad enten dette skyldes fejl i systemet (travlhed, manglende eller defekt udstyr, mangelfuld assistance) eller fejl fra jordemoderens egen side, efterlades hun med en oplevelse af, at de essentielle værdier og selve *meningen* med hendes virke ikke har været til stede i det pågældende forløb. Ud fra et eksistenspsykologisk perspektiv kan man sige, at hvad der hidtil har været det *meningsbærende* fundament i jordemoderens faglige identitet, risikerer at smuldre og i stedet erstattes af en dyb følelse af *meningsløshed*. Dette kan føre til en krisereaktion, fordi jordemoderen oplever at "få revet tæppet væk under sig", når hun ikke længere kan få øje på meningen med hendes virke eller med hendes indsats.

Ifølge Yalom er det ikke i sig selv "farligt" at miste fodfæstet på denne måde, men det er nødvendigt at adressere årsagen til krisen. At se de eksistentielle grundvilkår i øjnene er helbredende og nødvendigt for at komme styrket ud af krisen (Yalom 1980/1998, 20-22). Det nuværende system, som primært baseres på debriefinger og kerneårsagsanalyser, er selvsagt ikke indrettet til at tage hånd om disse aspekter af medarbejderens krisereaktion, hvorfor jordemoderen ikke hjælpes til en forståelse af hendes egen reaktion. De tilbudte rammer har udelukkende sigte på erkendelse af egne styrker og svagheder i en faglig sammenhæng, mens de tilbudte midler kan være efteruddannelse samt opfordring til at "komme op på hesten igen" for at forsøge at genvinde den tabte selvtillid. Ud fra Frankl og Yaloms perspektiv er disse tiltag lidet anvendelige, blandt andet fordi erkendelsen af *tabet af mening* udebliver. Jordemoderen risikerer derved at komme så svækket ud af krisen, at hun vil bære på en kronisk frygt for at stå i en lignende situation, eller at hun i værste fald ikke formår at vende tilbage til sit arbejde som jordemoder.

5.5 Forslag til anbefalinger

Sammenfattende for hele afhandlingen kan gives forslag til to anbefalinger, der kan arbejdes videre med i forhold til at kvalificere indsatsen, dels i forhold til systemets

håndtering af de traumatiske forløb og dels i forhold til uddannelsen og efteruddannelsen af jordemødre.

Psykologisk debriefing eller samtale uden tilstedeværelse af leder

I sin nuværende form udgør den taktiske debriefing et brugbart forum til at drøfte de faglige og de organisatoriske overvejelser i forbindelse med et traumatisk forløb. Men det er en stor mangel, at den ikke ledsages af en psykologisk debriefing eller individuelle samtaler, som udelukkende har fokus på individets tanker, følelser og reaktioner i forbindelse med hændelsesforløbet. I lyset af min tidligere analyse af kulturen i sundhedsvæsenet kan man argumentere for, at man ikke skal håbe eller vente på en kulturændring, hverken i forhold til at tale om egne fejl eller forventningen om selv at kunne mestre de emotionelle belastninger ved de traumatiske forløb. I stedet bør man flytte de psykologiske debriefinger over i et regi, hvor de kan varetages af en uddannet psykolog og foregå uden tilstedeværelse af personer fra ledelsen. Frygten for at blotte sig fagligt overfor ledelsen risikerer ellers at dominere over behovet for at tale forløbet igennem, ligesom de eksistentielle aspekter er af så personlig karakter, at det formodes, at de færreste vil ønske at drøfte dem med deres leder. Derved kan den enkelte jordemoder udtrykke sig frit uden at tage hensyn til, hvorledes hendes faglige position bedømmes og uden at være underlagt den iboende kulturelle forståelse af, hvordan en jordemoder forventes at håndtere at være involveret i et traumatisk fødselsforløb.

Det eksistentielle perspektiv integreres i jordemoderuddannelsen

Jeg har analyseret jordemødrenes personlige tanker og erkendelser i forbindelse med de traumatiske forløb ved hjælp af den terminologi, som anvendes indenfor den eksistentielle psykologi. Herved åbnes mulighed for at anvende og udvikle et sprog til at tænke, føle og fortælle med, som kan imødegå den *implicitte gensidige forståelse*, jeg tidligere har beskrevet, så den bliver eksPLICIT. De eksistentielle aspekter kunne med fordel introduceres i løbet af jordemoderuddannelsen for derved at blive en integreret del af jordemoderens identitet og faglighed. I den nuværende studieordning for uddannelsen, modul 9, inddrages pædagogisk og psykologisk teori til at "*forstå og vurde-*

re egne reaktioner i mødet med lidelse, sygdom, sorg og tab" (Studieordning for uddannelsen til professionsbachelor i jordemoderkundskab 2009). Denne del udgør kun 2 ud af uddannelsens i alt 210 ECTS-points og kunne udbygges til også at fokusere på de eksistentielle aspekter og specifikt på de traumatiske fødselsforløb.

KAPITEL 6: KONKLUSION OG PERSPEKTIVERING

Besvarelsen af mit overordnede forskningsspørgsmål må, i mangel af litteratur på området, primært begrundes i min empiriske undersøgelse. Selvom jeg har tilstræbt en klar definition af termen 'traumatisk fødselsforløb' er der alligevel store variationer i de forløb, jordemødrene i min undersøgelse beretter om. Ikke overraskende synes jordemødrene at være mere påvirkede af forløbene, jo dårligere det nyfødte barns prognose har været. I det følgende vil jeg ud fra de tre overordnede temaer opsummere hovedtrækkene i min empiriske undersøgelse, som jeg har gjort rede for og analyseret igennem afhandlingen.

Det er menneskeligt at fejle

Jordemødrene beskriver, at de er meget afhængige af, at 'systemet' omkring dem fungerer, hvis de skal kunne yde en sikker og tryk fødselshjælp. Dette er langt fra altid tilfældet. Især nævnes travlhed i afdelingen gentagne gange som den største hindring, men også dårlig kommunikation og samarbejde samt mangelfuldt apparatur og udstyr udgør et problem. Ved traumatiske fødselsforløb udløst af ovennævnte fejl i systemet oplever jordemødrene ikke nødvendigvis at være mindre emotionelt belastede eller plagede af skyldfølelse efterfølgende, end hvis forløbet er udløst af en menneskelig fejl begået af dem selv. Selve det at have været involveret i et traumatisk forløb kan være meget voldsomt for den enkelte jordemoder, og selvom hun ikke får en juridisk eller faglig påtale efterfølgende, kan hun alligevel føle skyld eller have svært ved at slippe forløbet igen.

Alle jordemødrene udtrykker, at de i dag oplever en større åbenhed omkring fejl og utilsigtede hændelser i systemet generelt, og flere af dem har oplevet, at deres ledelse

har udvist forståelse og empati i efterforløbet. Jordemødrenes beretninger stemmer således overens med elementerne i en 'just culture', som man har søgt at skabe i sundhedsvæsenet gennem det seneste årti. Jordemødrene oplever dog, at den efterfølgende debriefing primært har sigte på de juridiske og organisatoriske aspekter af hændelsesforløbet. Man søger dels at afdække, om der er tale om fejl, som vil kunne medføre en klagesag, og dels om der skal udføres kerneårsagsanalyse og/eller audit med henblik på at drage læring af forløbet og eventuelt ændre afdelingens procedurer. Flere jordemødre har i denne proces følt, at deres egne oplevelser, følelser og reaktioner har været sekundære eller endog helt usynlige. Fejl bliver altså primært italesat i forhold til de organisatoriske forhold, og det anses generelt som en nødvendighed, at der drages læring af forløbene, så ikke lignende situationer opstår i fremtiden. Dette kan lede til en diskussion af, at når fejl således både accepteres og forsøges elimineret opstår et paradoks, som kan være vanskeligt at agere i for de sundhedsprofessionelle.

At være det menneske der fejler

Kollegaernes opbakning har stor betydning for jordemødrene, og mange fortæller, at de er blevet mødt med omsorg og forståelse i det umiddelbare efterforløb. På forskellig vis udtrykker jordemødrene dog, at den form for støtte, de har oplevet, ikke har været tilstrækkelig. *For det første* er der en vis forventning om, at man "kommer op på hesten igen" indenfor en relativ kort tidsramme. Dette er dels udløst af arbejdspresset på afdelingen – der er brug for, at alle er fuldt funktionsdygtige i vagterne – og dels af en kulturel forståelse af, at fravær fra arbejdet kan forlænge eller endog forværre en efterfølgende krisereaktion. *For det andet* har nogle jordemødre en oplevelse af, at der mangler *dybde* i den kollegiale omsorg. Der hersker en form for implicit gensidig forståelse af den emotionelle belastning, man er udsat for i efterforløbet, som ikke bliver italesat. En arm om skulderen og spørgsmål som "Er du ok?" er kærkomment og giver trøst, men det åbner ikke op for de tanker og følelser, som jordemoderen måske har behov for. Nogle jordemødre beskriver ligefrem, at der hersker et vist kodeks for, hvordan man agerer i efterforløbet. Det *forventes*, at man skal kunne klare den slags belastninger, som de traumatiske fødselsforløb udgør. Selvom det er legalt at være

påvirket af forløbet efterfølgende, så *forventes* det, at man håndterer det og kommer ovenpå igen. Hvis man ikke klarer det, signalerer man en form for sammenbrud.

Kulturen i den enkelte afdeling har således stor betydning for, hvilke muligheder jordemødrene har til rådighed, når de skal bearbejde et traumatisk fødselsforløb. Helt konkret har det betydning for, hvilken form for hjælp og støtte de tilbydes, men det har også en implicit betydning for, hvordan og hvor meget de fysiske og de emotionelle reaktioner italesættes. Selvom udviklingen generelt set går imod større åbenhed omkring fejl og utilsigtede hændelser, kan det fortsat være vanskeligt at tale om egne fejl. Nogle jordemødre føler, at deres faglige stolthed lider et knæk, hvis de begår en fejl, hvorfor de føler sig blottede og sårbare overfor deres kollegaer og ledelse.

Selvom jordemødrene ikke beskriver en såkaldt 'blame culture', hvor der straffes og sanktioneres, er frygten for en klagesag alligevel til stede hos de fleste. At få en påtale eller en afgørelse på skrift beskrives som *at slå hårdt*. Ingen af jordemødrene har været involveret i klagesager i forbindelse med de fødselsforløb, de har beskrevet i interviewundersøgelsen. Men flere har alligevel været tynget af skyldfølelse i en periode efterfølgende, også selvom de ikke mener, at de kunne have handlet anderledes undervejs i fødslen. De beskriver, at faglig anerkendelse fra kollegaer og ikke mindst fra ledelsen har hjulpet dem til at give slip på skyldfølelsen.

Ingen af jordemødrene beskriver, at de under deres uddannelse har gjort sig overvejelser omkring, hvordan de vil håndtere at blive involveret i et traumatisk fødselsforløb. Mange fortæller, at de var bevidste om det ansvar, arbejdet som jordemoder fører med sig, allerede da de søgte om optagelse på uddannelsen. Jordemødrene erkender, at et traumatisk fødselsforløb er en potentiel meget voldsom belastning, og den mest benyttede strategi for at imødegå risikoen for at blive involveret i et sådan forløb er at håbe på at undgå det.

Det eksistenspsykologiske perspektiv

Mit valg af teorier indenfor den eksistentielle psykologi har åbnet mulighed for at udfolde andre dele af problemfeltet, end den etablerede diskurs omkring fejl og utilsigtede hændelser knytter an til. Indenfor det eksistenspsykologiske perspektiv bliver jor-

demødrenes håb om at *undgå* krisen vendt til *accept* af krisen. Det respekteres, at mennesker benytter forskellige veje til at komme igennem krisen, hvorfor krisen ikke inddeles i faser eller modeller, som der er en tendens til indenfor såvel kognitive som psykoterapeutiske grene af psykologien, og dermed indenfor sundhedsvæsenet generelt. Erkendelsen og accepten af de eksistentielle grundvilkår anses som betydningsfulde for den helende proces, ligesom viljen til mening – og i krisen; tabet af mening – er centrale i den eksistentielle krisetilgang. Jeg har analyseret jordemødrenes personlige tanker og erkendelser i forbindelse med de traumatiske forløb ved hjælp af den terminologi, som anvendes indenfor den eksistentielle psykologi. Herved åbnes mulighed for at anvende og udvikle et sprog til at tænke, føle og fortælle med, som kan imødegå den *implicitte gensidige forståelse*, jeg tidligere har beskrevet.

Baseret på dette perspektiv og som følge af argumentationen igennem opgaven foreslår jeg to anbefalinger, der kan arbejdes videre med i forhold til at kvalificere indsatsen, dels i forhold til systemets håndtering af de traumatiske forløb og dels i forhold til uddannelsen og efteruddannelsen af jordemødre. Den første anbefaling er et fast tilbud om en taktisk debriefing med fokus på organisationen *samt* en eller flere samtaler med fokus på individet, sidstnævnte uden tilstedeværelse af ledelsespersoner. Den anden anbefaling er, at de eksistentielle aspekter af de traumatiske fødselsforløb – og af jordemoderfaget generelt – indgår som en del af jordemoderens basis- og efteruddannelse med henblik på at styrke hendes muligheder for at håndtere de traumatiske forløb.

Jeg vil gerne gentage, at mit ærinde ingenlunde er at modsige udviklingen på området indenfor håndtering af traumatiske hændelsesforløb i sundhedsvæsenet. Jeg har derimod argumenteret for, at denne udvikling overvejende er baseret på de samme naturvidenskabelige metoder, som generelt dominerer indenfor sundhedsvæsenet. Ved at applicere den samme slags metoder på alle former for problemer, afskæres man fra at få øje på dele af problemstillingen, hvorfor de frembragte løsningsmodeller vil være, ikke forkerte, men mangelfulde. Hensigten med at undersøge jordemoderens perspektiv på traumatiske fødselsforløb ud fra en humanistisk videnskabsteoretisk og metodisk

tilgang er således ikke at erstatte, men at supplere og kvalificere den nuværende forståelse af problemet. Min anvendelse af det eksistenspsykologiske perspektiv er således et af mange mulige bud på, hvordan problematikken kan anskues.

Undersøgelsens begrænsninger

Den største begrænsning ved min empiriske undersøgelse er datamaterialets ringe omfang. Selvom flere temaer er gennemgående i alle interviews, opnåede jeg ikke en egentlig 'mætning' af data. Jeg forestiller mig derfor, at flere interviews ville medføre flere temaer, men jeg kan ikke på det foreliggende vurdere, om der ville være større homogenitet eller diversitet i datamaterialet. Efter at være involveret i et eller flere traumatiske fødselsforløb oplevede to af jordemødrene, at de ikke var i stand til at arbejde på en fødestue efterfølgende. Forholdet mellem traumatiske fødselsforløb og den høje forekomst af stress og udbrændthed blandt jordemødre er ikke tilstrækkeligt belyst i denne undersøgelse, hvilket et større datamateriale kunne åbne mulighed for. Ligeledes kunne et større datamateriale og flere undersøgelser være med til at videreudvikle de foreslåede anbefalinger (afsnit 5.5), i forhold til systemets håndtering af de traumatiske forløb og i forhold til uddannelsen og efteruddannelsen af jordemødre.

Konklusionen bygger således på et spinkelt, empirisk fundament og bærer desuden præg af den manglende litteratur på området. Den anvendte litteratur danner baggrund for placeringen af jordemoderen i den kontekst, hun indgår i og giver dermed forståelse af hvilken kultur og videnskabelig ramme, hun er en del af og skal agere indenfor. Men den medvirker ikke til at besvare, hvordan jordemødre oplever at være involveret i et traumatisk fødselsforløb.

6.1 Perspektiv

Som det fremgår i afhandlingen, er den traumatiske fødsel fra jordemoderens perspektiv et problemfelt, som ikke er tilstrækkelig belyst, og det er derfor oplagt at opfordre til videre forskning på området.

Sideløbende hermed vil jeg imidlertid gerne appellere til et øget fokus på problemstillingen i de enkelte afdelinger. Det relationelle vidensbegreb knytter i mine øjne an til et mere nært perspektiv, end der kan udvindes af nationale og internationale studier og publikationer. Erkendelsen af at viden produceres og reproduceres i forskellige sociale relationer og forskellige kontekster indebærer en mulighed for at fokusere på de tilstedeværende relationer i den enkelte afdeling. Således kan eksempelvis godt og nærværende lederskab samt autentiske og menneskeligt engagerede kollegaer udgøre en langt større ressource for den involverede jordemoder end retningslinier og videnskabelige studier. Det er tankevækkende, hvis vores tids fokus på videnskabelig, evidensbaseret dokumentation medfører, at *vi overser værdien af at se det menneske, vi står overfor*. Der er en vis absurditet i det forhold, at der i det hele taget eksisterer nedskrevne retningslinier for, hvordan man skal tage sig af en kollega, der har været involveret i et traumatisk forløb. Man kan hævde, at de medvirker til en fremmedgørelse overfor basale mellem-menneskelige relationer, da vores autentiske respons og omsorg overfor vores medmennesker bliver styret af retningslinier for, hvad der skal tales om og hvornår.

At være involveret i et traumatisk fødselsforløb som jordemoder er ikke et problem, der kan løses – det er et problem, som *eksisterer*. Den sorg og belastning som den involverede jordemoder oplever, kan vi ikke fjerne ved at eliminere fejlene. Men vi kan måske blive bedre til at hjælpe hende igennem efterforløbet og til at dæmme op for de tanker og følelser, der knytter sig til at have ansvaret for andre menneskers liv. I så fald vil den høje frekvens af udbrændthed og stress i jordemoderfaget muligvis kunne nedbringes, ligesom flere jordemødre vil kunne fastholdes i faget.

At det er menneskeligt at fejle synes at være et udtryk, som forbindes med en sandfærdig konstatering, snarere end en talemåde. Udtrykket har rødder helt tilbage til før Kristus, og der findes to forskellige slutninger på den velkendte latinske sætning:

Errare humanum est (Det er menneskeligt at fejle)

1. *sed in errore perseverare turpe (men at fortsætte/forblive i fejlen er skændigt/forkasteligt)*

2. *ignoscere divinum (at tilgive er guddommeligt)* (Den Store Danske - Gyldendals åbne encyklopædi 2009).

Den første slutning har lighedstræk med den beskrevne udvikling indenfor sundhedsvæsenet i forhold til fejl og utilsigtede hændelser. Den vidner om en opfattelse af en moralsk forpligtelse til at erkende fejlen, rette op på den og lære af den, så man ikke vedbliver at begå den samme fejl. I den anden slutning derimod, ophøjes tilgivelsen til en guddommelig egenskab, hvorfor den fremstår mere betydningsfuld end den menneskeligt begåede fejl. Der skal altså et stort menneske til at tilgive egne eller andres fejl, og jeg mener, at netop denne storhed i mennesket bør være en del af vores syn på de traumatiske forløb. Jeg mener ikke, at nogle af de to slutninger kan stå alene, men derimod at det er værd at reflektere over, hvordan de tilsammen muligvis kunne bidrage til en bedre håndtering af de traumatiske forløb for såvel patienter som de sundhedsprofessionelle.

REFERENCER

Alexander, Jo. "Confusing debriefing and defusing postnatally: the need for clarity of terms, purpose and value." *Midwifery*, 14 1998: 122-124.

Arendt, M., and A. Elklit. "Effetiveness of psychological debriefing." *ACTA Psychiatrica Scandinavia*, 104 2001: 423-437.

Arendt, Mikkel, and Raben Rosenberg. "Psykologisk krisebehandling." *Ugeskrift for Læger*, 171(8) 2009: 607-610.

Bach, Diana, et al. "Intrapartal acidose - asfyksi." *Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi*. 2010. <http://www.dsog.dk/> (accessed 08 17, 2010).

Bogner, Marilyn Sue. "Revisiting To Err Is Human a Decade Later." *Biomedical Instrumentation and Technology*, 43(6) 2009: 476-478.

Coar, Luan and Sim Julius. "Interviewing one's peers: methodological issues in a study of health professionals." *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24 2006: 251-256.

Collins, Molly E, Susan D Block, Robert D Arnold, and Nicholas A. Christakis. "On the prospect for a blame-free medical culture." *Social Science and Medicine*, (69) 2009: 1287-1290.

Croskerry (a), Pat. "A Universal Model of Diagnostic Reasoning." *Academic Medicine*, 84(8) 2009: 1022-1028.

Croskerry (b), Pat. "To err is human - and let's not forget it." *CMAJ (Canadian Medical Association Journal)*, 182 (5) 2010: 524.

Croskerry (c), Pat. "Context is Everything or How Could I Have Been That Stupid?" *Healthcare Quarterly*, 12 2009: 171-177.

Croskerry (d), Pat. "The Affective Imperative: Comin to Terms with Our Emotions." *Academic Emergency Medicine*, 14(2) 2007: 184-186.

Croskerry (e), Pat. "The Cognitive Imperative: Thinking about How We Think." *Academic Emergency Medicine*, 7(11) 2000: 1223-1231.

"Dansk Selskab for Patientsikkerhed." *www.sikkerpatient.dk*. 04 26, 2010. <http://www.sikkerpatient.dk/patientsikkertsygehus/om-projektet.aspx> (accessed 06 07, 2010).

Den Store Danske - Gyldendals åbne encyklopædi. 2009. http://www.denstoredanske.dk/Samfund,_jura_og_politik/Sprog/Latinske_citater_og_talem%C3%A5der/errare_humanum_est (accessed 08 16, 2010).

Denham, Charles R. "TRUST: The 5 Rights of the Second Victim." *Journal of Patient Safety*, 3 2007: 107-119.

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. 05 15, 2006.

<http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/Aktuel%20forskning/PUMA/Hovedunders%C3%B8gelse.aspx> (accessed 08 16, 2010).

Engelbrecht, Sunniva. *Motivation and Burnout in Human Service Work - the Case of Midwifery in Denmark*. Ph.d. afhandling, Roskilde: RUC, 2005.

Frankl, Viktor E. "Anden del." In *Psykologi og eksistens*, by Viktor E. Frankl, 99-136. København: Gyldendal, 1959/1993.

Fuglsang, Lars and Olsen, Poul B. "Introduktion." In *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne - på tværs af fagkulturer og fagparadigmer*, by Lars and Olsen, Poul B. Fuglsang, 7-29. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag, 2004.

Gazoni, Farnaz, Marcel Durieux, and Lynda Wells. "Life After Death: The Aftermath of Perioperative Catastrophes." *Anesthesia and Analgesia*, 107 (2) 2008: 591-600.

Graber (a), Mark, Ruthana Gordon, and Nancy Franklin. "Reducing Diagnostic Errors in Medicine: What's the Goal?" *Academic Medicine*, 77(10) 2002: 981-992.

Graber, Mark. "Metacognitive Training to Reduce Diagnostic Errors: Ready for Prime Time?" *Academic Medicine*, 78 2003: 781.

Green, Judith, and Nicki Thorogood. *Qualitative Methods for Health Research*. Wiltshire, Great Britain: Sage, 2009.

Handberg, B B, K Stæhr, L Groth-Andersen, S Richter, and M Hüttel et al. *Håndtering af sundhedspersoners reaktioner på involvering i en utilsigtet hændelse*. Arbejdsgrupperapport, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2006.

Hansen, Helle Ploug. "Patientaspekter i MTV." In *Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering*, by Kristensen FB og Sigmund H (red.), 109-120. København: Sundhedsstyrelsen, Enhed for Medicinsk Teknologivurdering, 2007.

Hastrup, Kirsten. "Vidensbegreber og videnskaber: Nye veje til kundskab?" In *Viden og evidens i forebyggelsen*, by JJ Bruun, ML Hanak and Koefoed BG (red.), 9-18. København: Sundhedsstyrelsen, 2004.

Holstein, James A, and Jaber F. Gubrium. *The Active Interview*. USA: SAGE Publications, 1995.

Jacobsen, Bo. *Livets dilemmaer - en bog om eksistentiel psykologi*. København: Hans Reitzel, 2009.

Jolly, Brian, and Kaye Atkinson. "To err is human." *Medical Education*, 44 2010: 15-16.

Jylling, Erik. "Kultur og normer i sundhedsvæsenet." In *Patientsikkerhed - fra sanktion til læring*, by Beth Lilja Pedersen and Torben Mogensen, 31-43. København: Munksgaard, 2003.

Järvinen, Margaretha. "Interview i en interaktionistisk begrebsramme." In *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*, by Margaretha Järvinen and Nanna Mik-Meyer (red). København: Hans Reitzels Forlag, 2005.

Kemp, Peter. "Farvel til eksistentialismen - leve eksistensfilosofien!" In *At tænke eksistensen - Studier i eksistenstænkningens historie og betydning*, by Paw Hedegaard Amdisen, Jonas Holst and Jens Viggo Nielsen, 127-138. Århus: Aarhus Universitetsforlag, 2009.

King, Cecil A. "To Err is Human, to Drift is Normalization of Deviance." *AORN Journal (Association of periOperative Registered Nurses)*, 91(2) 2010: 284-286.

Kohn, Linda T., Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, D.C.: Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, 2000.

Koro-Ljungberg, Mirka. "A Social Constructionist Framing of the Research Interview." In *Handbook of Constructionist Research*, by James A. Holstein and Jaber F. Gubrium, 429-444. New York: The Guilford Press, 2008.

Kvale, Steinar, and Svend Brinkmann. *InterView*. København: Hans Reitzels Forlag, 2009.

Larkin, Howard. "10 Years, 5 voices, 1 challenge." *Hospitals & Health Networks Magazine*, Oktober 2009: 24-28.

Latimer, Johanna. "Critical Constructionism in Nursing Research." In *Handbook of Constructionist Research*, by James A. Holstein and Jaber F. Gubrium, 153-170. New York: The Guilford Press, 2008.

Lings, Svend. "Psykologisk krisehjælp." *Ugeskrift for Læger*, 164(01) 2002: 74.

Madsen, Marlene Dyrlov, Doris Østergaard, Henning Boje Andersen, Niels Hermann, Thomas Schiøler, and Morten Freil. "Lægers og sygeplejerskers holdninger til rapportering og håndtering af fejl og andre utilsigtede hændelser." *Ugeskrift for Læger*, 168(48) 2006: 4195-4200.

Malterud, Kirsti. "Qualitative research: standards, challenges and guidelines." *The Lancet*, 2001, 358: 483-488 ed.

Marvasti, Amir. "Interactional Constructionism." In *Handbook of Constructionist Research*, by James A. Holstein and Jaber F. Gubrium, 315-330. New York: The Guilford Press, 2008.

Marx (a), David. "How building a 'just culture' helps an organisation learn from errors." *OR Manager*, 19 2003: 14-15, 20.

Marx (b), David. August 2009. http://www.youtube.com/watch?v=EINHdA_49Cs (accessed 06 03, 2010).

Mik-Meyer, Nanna, and Margaretha Järvinen. "Indledning: Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv." In *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*, by Nanna Mik-Meyer and Margaretha Järvinen, 9-24. København: Hans Reitzels Forlag, 2005.

Miller, William L., and Benjamin F. Crabtree. "Depth Interviewing." In *Doing Qualitative Research*, by Benjamin F. Crabtree and William L. Miller (red.), 89-107. USA: SAGE Publications, 1999.

Mogensen, Torben, and Beth Lilja Pedersen. "Patientsikkerhed - hvorfor nu det?" In *Patientsikkerhed - fra snaktion til læring*, by Beth Lilja Pedersen and Torben Mogensen, 19-29. København: Munksgaard, 2003.

Nielsen, Jens Viggo. "Eksistentialisme og eksistensfilosofi - Et genealogisk perspektiv." In *At tænke eksistensen - Studier i eksistenstænkningens historie og betydning*, by Paw Hedegaard Amdisen, Jonas Holst and Jens Viggo Nielsen, 23-36. Århus: Aarhus Universitetsforlag, 2009.

Norman, Geoff, Meredith Young, and Lee Brooks. "Non-analytical models of clinical reasoning: the role of experience." *Medical Education*, 41 2007: 1140-1145.

Norman, Geoffrey, and Eva Kevin. "Diagnostic error and clinical reasoning." *Medical Education*, 44 2010: 94-100.

Parker, D, and R Lawton. "Psychological contribution to the understanding of adverse events in health care." *Quality & Safety in Health Care*, 12 2003: 453-457.

Patientklagenævnet. *Statistiske oplysninger 2009. Årsrapport*, http://www.pkn.dk/public/dokumenter/stat_09.pdf, 2009.

Pedersen, Beth Lilja, and Torben Mogensen. "Hvorfor sker der skader og fejl?" In *Patientsikkerhed - fra sanktion til læring*, by Beth Lilja Pedersen and Torben Mogensen, 65-80. København: Munksgaard, 2003.

Pretz, Jean. "Intuition versus analysis: Strategy and experience in complex everyday problem solving." *Memory & Cognition*, 36 (3) 2008: 554-566.

Ritzau. "Danskere strømmer til psykolog." *Berlingske.dk*. 06 27, 2010. <http://www.berlingske.dk/danmark/danskere-stroemmer-til-psykolog> (accessed 07 01, 2010).

Scott, SD, LE Hirschinger, KR Cox, M McCoig, J Brandt, and LW Hall. "The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events." *Qual Saf Health Care*, 18 2009: 325-330.

"Studieordning for uddannelsen til professionsbachelor i jordemoderkundskab." *Professionshøjskolen Metropol*. januar 2009.
http://www.phmetropol.dk/Uddannelser/Jordemoder/Uddannelsen/~media/Files/Uddannelser/Jordemoder/Studieordning_jordemoderuddannelsen_2009.ashx (accessed 08 08, 2010).

Surtees, Ruth. "'Everybody expects the perfect baby... and perfect labour... and so you have to protect yourself': discourses of defence in midwifery practice in Aotearoa/New Zealand." *Nursing Inquiry*, 17(1) 2010: 82-92.

Symon (a), Andrew. "Litigation and changes in professional behaviour: a qualitative appraisal." *Midwifery*, 16 2000: 15-21.

Symon (b), Andrew. "Litigation and defensive clinical practice: quantifying the problem." *Midwifery*, 16 2000: 8-14.

Symon, Andrew, Bernadette McStea, and Tricia Murphy-Black. "An exploratory mixed-methods study of Scottish Midwives' understandings and perceptions of clinical near misses in maternity care." *Midwifery*, 22 2006: 125-136.

The Just Culture Community. 2010. <http://www.justculture.org/communityinfo.aspx> (accessed 06 03, 2010).

Wears, R.L, and A.W Wu. "Dealing With Failure: The Aftermath of Errors and Adverse Events." *Editorial*. *Annals of Emergency Medicine*, 39 344-346, 2002.

Woodward, Helen I, Claire Lemer, and Albert W. Wu. "An end to the witch hunt: Responding to the defenders of blame and shame. A commentary on Collins, Block, Arnold and Christakis." *Social Science and Medicine*, (69) 2009: 1291-1293.

Wu, Albert W. "Medical error: the second victim." *Editorial*. *British Medical Journal*, 320 726-727, 2000.

Yalom, Irvin D. "Indledning." In *Eksistentiel psykoterapi*, by Irvin D. Yalom, 11-36. København: Hans Reitzels Forlag, 1980/1998.

Aase, M, J E Nordrehaug, and K Malterud. "'If you cannot tolerate that risk, you should never have become a physician": a qualitative study about existential experiences among physicians." *Journal of Medical Ethics*, 34 2008: 767-771.

BILAGSOVERSIGT

Bilag A – Litteratursøgningsprofil	s. 89
Bilag B – Informationsbrev til rekruttering	s. 91
Bilag C – Interviewguide	s. 92
Bilag D – Farvekodning af temaer	s. 94
Bilag E – Tilladelse fra Datatilsynet	s. 96
Bilag F – Informationsbrev til deltagere	s. 97
Bilag G – Afdelingens retningslinier I	s. 98
Bilag H – Afdelingens retningslinier II	s. 101

Bilag A – Litteratursøgningsprofil

PubMed Advanced search 2010-01-28

(midwife OR midwifery) AND (asphyxia OR neonatal death OR stillborn OR adverse outcome OR traumatic birth)	425
(midwife OR midwifery) AND (asphyxia OR neonatal death OR stillborn OR adverse outcome OR traumatic birth) AND critical incidence stress	2
(midwife OR midwifery) AND (asphyxia OR neonatal death OR stillborn OR adverse outcome OR traumatic birth) AND (critical incidence stress OR emotional trauma)	6
(midwife OR midwifery) AND (malpractice OR adverse outcome OR human error)	304
midwifery AND (malpractice OR adverse outcome OR human error)	261
midwifery AND (malpractice OR adverse outcome OR human error) AND (emotional trauma OR emotional suffering)	2
midwifery AND (malpractice OR adverse outcome OR human error) AND debriefing	1
midwifery AND (malpractice OR adverse outcome OR human error) AND posttraumatic stress	1
health care professionals AND (malpractice OR adverse outcome OR human error)	704
health care professionals AND (malpractice OR adverse outcome OR human error) AND posttraumatic stress	0
health care professionals AND (malpractice OR adverse outcome OR human error) AND debriefing	0
health care professionals AND (malpractice OR adverse outcome OR human error) AND (emotional trauma OR emotional suffering)	5

Bilag A – Litteratursøgningsprofil

CINAHL 2010-01-28

(midwifery) or (MH midwifery)	16323
adverse outcome	427
traumatic birth	30
(asphyxia) or (asphyxia neonatorum)	845
second victim	5
(human error) or (MH human error) or (MH health care errors)	1924
(adverse outcome) or (traumatic birth) or (asphyxia) or (second victim) or (human error) and (midwifery)	24

PsycINFO 2010-01-28

midwifery	595
posttraumatic stress disorder or posttraumatic stress syndrome	14306
asphyxia	1167
neonatal death	92
stillborn	62
adverse outcome	137
emotional trauma	11587
traumatic birth	23
(posttraumatic stress disorder or posttraumatic stress syndrome) or emotional trauma	22833
asphyxia or neonatal death or stillborn or adverse outcome	1452
midwifery and (asphyxia or neonatal death or stillborn or adverse outcome)	1
midwifery and (posttraumatic stress disorder or posttraumatic stress syndrome or emotional trauma)	5
asphyxia or neonatal death or stillborn or adverse outcome or traumatic birth	1475
midwifery and (asphyxia or neonatal death or stillborn or adverse outcome or traumatic birth)	1

SPECIALE-PROJEKT

DEN TRAUMATISKE FØDSEL FRA JORDEMODERENS PERSPEKTIV

Kære alle jordemødre på [fødested],

Jeg er i gang med mit speciale-projekt på den sundhedsfaglige kandidatuddannelse på Syddansk universitet. Jeg laver et kvalitativt studie af, hvordan jordemødre påvirkes, personligt såvel som fagligt, af at være involverede i traumatiske fødselsforløb. Dette betegnes i denne sammenhæng som forløb, hvor der fødes et svært asfyktisk barn med overvejende risiko for varig hjerneskade eller med fatal udgang.

I den forbindelse skal jeg bruge seks interviewpersoner, som vil deltage i et individuelt interview af ca. en times varighed. Jeg vil derfor rigtig gerne i kontakt med jordemødre, som på et tidspunkt har været involveret i et sådan forløb. Om der efterfølgende har været rejst klagesag er ikke relevant, det handler udelukkende om jordemoderens *oplevelse* af forløbet, og om det efterfølgende har haft konsekvenser for hendes person og/eller hendes faglige praksis.

Under interviewet vil der kun være mig og den pågældende jordemoder til stede. Alle oplysninger behandles fortroligt og deltagelsen i studiet vil være anonym i forhold til både ledelse og kollegaer. Jeg kan desværre ikke tilbyde økonomisk kompensation for din tid. Du vælger selv, om interviewet skal foregå i dit eget hjem, på [fødestedet] eller et tredje sted.

Hvis du er interesseret i at deltage og gerne vil bidrage til jordemoderfaglig forskning, vil jeg meget gerne høre fra dig. Du er velkommen til at kontakte mig for yderligere uddybelse af projektet.

Mange hilsener til jer alle!

Katja Schrøder, jordemoder og stud.scient.san

E-mail: katjas75@hotmail.com eller mobil: 23 83 43 27.

Bilag C – Interviewguide

Det traumatiske fødselsforløb - dengang

1. Da du meldte dig som deltager til denne undersøgelse, havde du da et specifikt fødselsforløb i tankerne?
2. Kan du fortælle mig om den fødsel (eller evt. det forløb der har påvirket dig mest)?
3. Kan du fortælle om efterforløbet – for barnet, familien og dig selv?
4. Hvordan påvirkede det dig personligt og privat?
5. Hvordan påvirkede det dig i forhold til dit arbejde?
6. Var der efterfølgende en klagesag? -> Gjorde udfaldet af denne en forskel for din egen opfattelse af forløbet?
7. Havde du skyldfølelser i efterforløbet? -> Hvordan håndterede du det? (Tanker om gud, skæbnen, procedurefejl, at fejle personligt?) -> Følte du at andre gav dig skylden? (Familien, kollegaer, ledelse)
8. Hvad eller hvem hjalp dig til at komme igennem? (Familie, venner, kollegaer, ledelse, religion, psykolog?)
9. Gjorde du dig overvejelser om at stoppe som jordemoder? -> Hvad afholdt dig fra det?

Det traumatiske fødselsforløb – nu

10. Hvor længe siden er det?
11. Hvordan tænker du om det nu i forhold til dengang i det umiddelbare efterforløb?
12. Kan du stadigvæk genkalde dig de følelser og tanker, som du havde dengang?
13. Har det ændret noget i dig eller for dig som menneske eller person?
14. Har det ændret noget i dig eller for dig som jordemoder?
15. Hvordan ser du på skyldspørgsmålet i dag?

Bilag C – Interviewguide

Jordemoderfaglig praksis efterfølgende

16. Hvad tænkte du første gang du skulle stå på en fødestue igen?
17. Er der situationer, hvor du – nu eller dengang - kan mærke at det "sidder i dig"?
(I forhold til vagtskifte – fordeling af de fødende – på stuen eller i det hele taget i forhold til at skulle på arbejde?)
18. Hvad gør du, når du mærker denne følelse?
19. Havde du før hændelsen haft gjort dig tanker om, hvordan du ville takle at stå i en sådan situation? -> Hvordan stod den virkelige oplevelse mål med dine overvejelser forinden?
20. Hvordan er du gennem din uddannelse blevet rustet til at håndtere den slags oplevelser? (På skolen, i klinikken, af vejleder?)
21. Hvordan har du det med at tale med dine kollegaer om forløbet – nu og dengang?
22. Vurderer du, at hændelsen har ændret din jordemoderfaglige praksis – i specifikke situationer eller generelt? -> Hvordan oplever du denne ændring?
23. Hvad tænker du om at skulle opleve et lignende fødselsforløb med et dårligt barn igen?

Bilag D – Farvekodning af temaer

TEMAER	
Travlhed – betydningen af travlhed for fejl	a b d f g
Kunne det være gået anderledes?	a c d e
Snak med læge / kollegaer (eller ikke snak)	a b c
Selvbebrejdelse	a g
Meningsløshed? (Hvorfor mig, hvorfor dem?)	a e
Interaktion med kvinden/parret	a b c d f
Interaktion med kollegaer på stuen	a b c e f g
Skyld og ansvar	a c d e g
Behov for at blive lyttet til / at få anerkendt sine følelser (ikke imødekommet) / kvalificeret sparring	a b f g
Ændret praksis / praksis fremover	a c d
Hvordan skal man debriefe? (El. hjælpe bag-efter)	a b f g
Hvad det kræver at være jordemoder (at være skarp, at være på)	a
Løsninger, udvikling	a f
Systemfejl og individfejl	a b f g
Lære af fejlene	a b c d e f g
Behov for bekræftelse af kollegaer i.f.t. håndtering af det pågældende forløb	a b c d e g
Faglig stolthed	a g
Tanker om håndtering af skyldfølelse, at stå med ansvaret - på forhånd. Uddannelse	a b c e f
At finde mening / meningsløshed	a e

Bilag D – Farvekodning af temaer

Bevidsthed om at andre lever med konsekvenserne	a	b					
Strategi i forhold til at klare at stå med de forløb	a						
At være ked af at det er sket		b		d	e		
Konsekvenser for jordemoderen selv		b	c			f	
Kultur – hvordan vi "må" reagere og tale om det		b				f	g
Coping strategi	a	b	c	d	e		g
Dokumentation og tanker vedrørende klagesager		b		d	e		
Jordemoderens dilemma i forhold til over- og underbehandling. Frygt for fejl		b			e		g
Jordemoderidentitet	a	b		d		f	g
Det er menneskeligt at fejle/vi laver alle fejl/vi gør vores bedste		b	c	d			g
At vælge faget, at vælge ansvaret		b		d			
At rumme forældrenes sorg og bebrejdelse	a			d			
Rollen som jordemoder				d			
Omsorg fra kollegaer					e	f	
Menneskelig relation under et (unaturligt) kort forløb					e		g
Føler sig usikker på egen kompetence og evt. også teamets kompetence		b				f	g
Faglig sparring mere legal end psykologisk sparring						f	g
Organisationsperspektivet vs. individperspektivet						f	
Handlingslammet som nyuddannet	a						g
At ville gøre det godt for andre				d			g

Grå: Det menneskelige aspekt

Rød: Kultur

Lilla: Kollegiale relationer

Blå: System og organisation

Grøn: Coping strategi

Sand: Interaktion på fødestuen

Orange: Skyld og ansvar

Bilag E – Tilladelse fra Datatilsynet

28. januar 2010

Vedrørende anmeldelse af: Den traumatiske fødsel fra jordemoderens perspektiv

Datatilsynet

Borgergade 28, 5.

1300 København K

CVR-nr. 11-88-37-29

Telefon 3319 3200

Fax 3319 3218

E-post dt@datatilsynet.dk

www.datatilsynet.dk

J.nr. 2010-41-4311

Sagsbehandler

Kristian Gyde Poulsen

Direkte 3319 3215

Ovennævnte projekt er den 13. januar 2010 anmeldt til Datatilsynet efter persondatalovens¹³ §

48, stk. 1. Der er samtidigt søgt om Datatilsynets tilladelse.

Det fremgår af anmeldelsen, at De er dataansvarlig for projektets oplysninger. Behandlingen af oplysningerne ønskes påbegyndt den 1. februar 2010 og forventes at ophøre den 1. februar 2011.

Oplysningerne vil blive behandlet på følgende adresse: [...]

TILLADELSE

Datatilsynet meddeler hermed tilladelse til projektets gennemførelse, jf. persondatalovens § 50, stk. 1, nr. 1. Datatilsynet fastsætter i den forbindelse nedenstående vilkår:

Generelle vilkår

Tilladelsen gælder indtil: 1. februar 2011

Ved tilladelsens udløb skal De særligt være opmærksom på følgende:

Hvis De ikke inden denne dato har fået tilladelsen forlænget, går Datatilsynet ud fra, at projektet er afsluttet, og at personoplysningerne er slettet, anonymiseret, tilintetgjort eller overført til arkiv, jf. nedenstående vilkår vedrørende projektets afslutning. Anmeldelsen af Deres projekt fjernes derfor fra fortegnelsen over anmeldte behandlinger på Datatilsynets hjemmeside. *Datatilsynet gør samtidig opmærksom på, at al behandling (herunder også opbevaring) af personoplysninger efter tilladelsens udløb er en overtrædelse af persondataloven, jf. § 70.*

¹³ Lov nr. 429 af 31. maj 2000 om behandling af personoplysninger med senere ændringer.

Bilag F – Informationsbrev til deltagere

Skriftlig information til interviewpersoner

Du har sagt ja til at deltage i denne interviewundersøgelse, som omhandler den traumatiske fødsel fra jordemoderens perspektiv. Undersøgelsen er godkendt af Datatilsynet. Alle oplysninger vil blive behandlet fortroligt og vil blive anonymiseret, når de inddrages i specialet. Når specialet er afleveret destrueres personoplysninger (navn og telefonnummer), men indtil da vil jeg gerne beholde dem, således at jeg har mulighed for at kontakte dig i tilfælde af behov for uddybende spørgsmål.

Hvert interview varer ca. 1 time og optages på bånd.

Du kan til hver en tid trække dit tilsagn om deltagelse tilbage, også efter interviewet er foretaget.

Hvis du har spørgsmål er du velkommen til at kontakte mig.

Med venlig hilsen

Katja Schrøder, jdm. og stud.scient.san

Tlf: 23 83 43 27 / katjas75@hotmail.com

Bilag G – Afdelingens retningslinier I

Håndtering af medarbejdernes reaktion i forbindelse med kritiske hændelsesforløb omkring patienter indlagt på [afdelingens navn]

Formål

Formålet er at sikre, at alle implicerede personer ved dødsfald eller anden traumatisk hændelse i arbejdet med patienter indlagt i [afdelingens navn] får mulighed for at bearbejde oplevelsen og få den nødvendige krisehjælp såvel akut som i tiden efter hændelsen. Endvidere at sikre anmeldelse af eventuel psykisk arbejdsskade med baggrund i forløbet, jf. Arbejdsskadestyrelsens vejledning nr. 175 af 30.11.00 om anmeldelse af psykiske lidelser.

Hvem er omfattet af indsatsen?

Alt impliceret personale.

Hvornår anvendes krisehåndtering?

Ved pludselig opstået krisesituation eller anden traumatisk hændelse, som opleves psykisk belastende og evt. kriseudløsende for de implicerede personer.

Metode

Indsatsen er delt i to faser, idet der anvendes dels en 'defusing' dels en 'debriefing', hvilket nedenstående betegnes som A) Akut krisehåndtering/krisesamtale (defusing) og B) debriefing.

Akut krisehåndtering (defusing)

giver de implicerede professionelle mulighed for at udveksle umiddelbare indtryk, således at de ikke forlader deres vagtperiode med en masse uafklarede oplevelser. Den akutte krisehåndtering bør gøres forholdsvis kort men dog så lang, at det er muligt for den ansvarlige leder eller kollega at vurdere, om der er behov for yderligere samtale (krisehjælp) og/eller efterfølgende bearbejdningssamtale.

Debriefing

Gennemføres af en leder med særlig erfaring på området eller evt. psykolog. Debriefingen finder sted ved et tværfagligt møde, hvor tanker, følelser og reaktioner tales grundigt igennem – enten enkeltvis eller i gruppen af deltagere i hændelsen. Afbud til mødet kan kun ske via nærmeste leder.

Debriefingen finder sted inden for nogle få døgn efter hændelsen og er af længere varighed end den akutte krisesamtale.

Bilag G – Afdelingens retningslinier I

Akut krisehåndtering (A)

1. Afdelingssygeplejerske/jordemoder eller ansvarshavende sygeplejerske/jordemoder, som ikke er direkte impliceret i forløbet, tager initiativ til og har ansvaret for at samle **alle** de involverede parter til en akut krisesamtale umiddelbart efter hændelsen, inden nogen tager hjem fra pågående vagt.
2. Hun sørger for ro og rum omkring de involverede personer og er om muligt behjælpelig med at tilkalde afløsende personale, så de involverede kan afslutte forløbet i forhold til patienten og friholdes fra andre opgaver. I svære tilfælde, ved udpræget travlhed eller hvis den ansvarlige er i tvivl om håndteringen, kontaktes afdelingsledelsen.
3. Under samtalen udveksles de umiddelbare indtryk og følelser omkring hændelsen, og den ansvarlige kollega vurderer, om der er behov for akut krisehjælp.
4. Det skal sikres, at den kriseramte forbliver i afdelingen, indtil han/hun er i stand til at tage hjem og skal helst ikke være alene. Det kan være nødvendigt at informere pårørende og/eller benytte taxa til hjemkørsel.
5. Afdelingssygeplejerske/jordemoder eller den ansvarlige kollega sikrer sig i samarbejdet med vagthavende læge, at hændelsesforløbet er beskrevet fyldestgørende i journalmaterialet.
6. Den enkelte opfordres til at beskrive egen oplevelse af og tanker om hændelsen derhjemme, hvilket kan blive nyttigt efterfølgende, dels i forhold til at blive afklaret omkring tanker, følelser og reaktioner dels i forhold til evt. senere fagligt efterspil.
7. Med mindre de allerede er blevet kontaktet, informeres afdelingssygeplejersken/jordemoderen og afdelingsledelsen skriftligt med beskrivelse af hændelsen og kort beskrivelse af den akutte krisehåndtering samt navne og telefonnumre på de involverede. Disse bliver informeret om, at de vil blive kontaktet af afdelingssygeplejerske/afdelingsledelse inden for de næste 24-48 timer mhp. debriefing, som alle forventes at deltage i.

Debriefing (B)

1. Afdelingssygeplejersken/jordemoderen kontakter alle involverede parter, og ved behov også den person, som forestod den akutte krisehåndtering til en fælles samtale indenfor 48 timer efter hændelsen.
2. Afdelingssygeplejersken/jordemoderen informerer lederne for de involverede medarbejdere om, at samtalen finder sted. Den specialeansvarlige overlæge, afdelingssygeplejersken/jordemoderen og den ledende social- og sundhedsassistent deltager så vidt muligt i samtalen; der skal være mindst 1 ledelsesperson fra den implicerede faggruppe til stede.
3. Afdelingssygeplejersken/jordemoderen sørger for velegnet lokale og fremskaffelse af relevant journalmateriale.
Hensigten med samtalen er, at de involverede parter får mulighed for at reflektere over det skete og bliver afklaret med de tanker og følelser, som er opstået i forbindelse med hændelsen. Endvidere at lederen har mulighed for at vurdere, om der er behov for yderligere krisehjælp og/eller andre interventioner.

Bilag G – Afdelingens retningslinier I

Selve samtalen

- Ledelsespersonen er mødeleder og tager kortfattede notater til eget brug i koordinati- onen af det videre forløb.
- Formålet med samtalen præciseres. Det forventes at alle udviser respekt og forståelse for hinanden og hinandens reaktioner, selvom de kan være meget forskellige. Det un- derstreges, at der er tavshedspligt omkring indholdet af samtalen.
- Der lyttes til den enkeltes oplevelse af hændelsesforløbet, og metoderne fra kollegial supervision med spejling, anerkendelse af følelser og ”mening” kan med fordel anvendes. Det primære er, at deltagerne får lejlighed til at formulere egne oplevelser af for- løbet og de tanker og følelser, som er opstået i forbindelse dermed.
- Der er ikke tale om at placere skyld; men at deltagerne reflekterer over og bearbejder hændelsen.
- I det tilfælde hvor der er tale om en fejl/utilsigtet hændelse, som skal indberettes til Sundhedsstyrelsen, og/eller der er behov for faglig påtale, sker dette efterfølgende og ikke i forbindelse med bearbejdnings samtalen.

Opfølgning

Det er de faglige leders ansvar at følge op på den enkelte medarbejder efter hændelsen. Det skal overvejes, om de implicerede parter skal mødes igen, når evt. chokfase er gennemlevet til yderligere refleksion og bearbejdning.

I fald der er behov for yderligere hjælp, kan ansatte via personalechefen trække på klin.psyk.afd.

Arbejdsskadeanmeldelse

I tilslutning til debriefingen udleveres skadeanmeldelsesblanket samt ”Bilag til arbejdsskade- anmeldelse vedr. psykisk belastende hændelse”. Der informeres om, at leder og evt. sikker- hedsrepræsentant vil være behjælpelig med udfyldelse af skadesanmeldelse hvis ønsket. an- meldelsen skal indsendes så tidligt som muligt i forløbet, helst senest 3 dage efter hændelsen, men det er muligt at anmelde en psykisk arbejdsskade senere, hvis der viser sig uventede tegn på psykisk belastning, som kan henføres til én bestemt hændelse.

Bilag H – Afdelingens retningslinier II

Retningslinjer for forebyggelse og håndtering af arbejdsbetinget stress

[Disse er kun refereret i relevante uddrag]

Formål

Formålet med denne retningslinje er at:

- forebygge og håndtere længerevarende arbejdsbetinget stress

Baggrund

[Hospitalet] ser det som en fælles opgave at forebygge arbejdsbetinget stress samt drage omsorg for medarbejdere, der har været udsat for arbejdsbetinget stress.

Definition

I denne retningslinje, som indgår som et led i Arbejdsmiljøpolitikken, defineres arbejdsbetinget stress med afsæt i Arbejdstilsynets vejledning som:

”Arbejdsbetinget stress er et resultat af længerevarende belastninger i det fysiske, psykiske og sociale arbejdsmiljø, som overstiger den enkeltes ressourcer”.

Der tales om 2 former for arbejdsbetinget stress:

- Kortvarig – akut stress – er en tilstand, der gør det muligt at reagere og handle hensigtsmæssigt i ekstreme situationer
- Længerevarende – kronisk stress – opstår, når den akutte stress bliver permanent. Det kræver en række tiltag at helbrede kronisk arbejdsbetinget stress.

Stressbelastende arbejde kan f.eks. være:

- Ensidigt arbejde med højt tempo, ensformigt arbejde, lav indflydelse, få udviklingsmuligheder
- Arbejde med mennesker med uklare krav, stort arbejdspress, følelsesmæssige krav, konflikter, vold eller trusler
- Vidensarbejde med uendelige krav, uklare grænser til fritiden, manglende forudsigelighed og stor individualisering i opgaveløsningen.

Symptomer på stress kan f.eks. være:

Fysiske:

- Hjertebanken, brystsmerter, hovedpine, svedeture, svimmelhed, frysen, åndenød
- Mavesmerter, diarré, kvalme, appetitløshed/øget appetit
- Smerter, hyppige infektioner, forværring af kronisk sygdom

Følelsesmæssige:

- Nervøsitet, angst, irritabilitet, umotiverede vredesudbrud
- Mindreværdsfølelse, manglende overblik, angst
- Koncentrationsbesvær, ubeslutsomhed

Bilag H – Afdelingens retningslinier II

Adfærdsmæssige/Sociale:

- Uorganiseret adfærd, hektisk handlemønster, indesluttethed
- Sygefravær, støjfølsomhed, trækker sig tilbage fra omgivelserne
- Giver andre følelsen af tidsnød og tidspres

Forebyggelse:

Forebyggelse af arbejdsbetinget stress er ledelsens ansvar, men en fælles opgave.

- Ledelsen og medarbejderne (LMU) arbejder sammen for at forebygge arbejdsbetinget stress. Det betyder blandt andet, at den enkelte afdeling skal forholde sig til problematikken, inden den opstår, så alle ansatte er klar over afdelingens holdning til og håndtering af arbejdsbetinget stress.
- Hvis man i LMU skønner, at det er nødvendigt, skal der udarbejdes handlingsplan for, hvordan man vil forebygge arbejdsbetinget stress, og en handlingsplan for, hvad der skal gøres i tilfælde af arbejdsbetinget stress.
- Udbrede kendskab til arbejdsbetinget stress og håndtering af samme, således at ledere og medarbejdere vil være i stand til at identificere, forebygge og håndtere problemer i tilknytning til arbejdsbetinget stress.
- Uddannelse, supervision, støtte og feedback fra kolleger og ledere samt løbende dialog om målsætninger i arbejdet.
- Skabe åbenhed og drøfte arbejdsbetinget stress på MED-udvalgs- og personalemøder med aftalte intervaller.
- Arbejdsbetinget stress skal indgå i APV og i medarbejdertilfredshedsundersøgelser.
- Sikre at alle medarbejdere får kendskab til disse retningslinjer.
- Alle tager ansvar for deres kolleger, arbejdsplads/- og arbejdsituation.

Håndtering:

Ledelsen har et særligt ansvar for stress og håndtering af stress.

Daglige leder skal ved et konkret tilfælde af stress hos en medarbejder:

- Tage en samtale med medarbejderen for at afklare problemets omfang
- Afklare om der skal aftales noget konkret til tilpasning af arbejdssituationen
- Vise at man værdsætter medarbejderens indsats og derfor er interesseret i, at medarbejderen har det godt med at ære på arbejdspladsen og ikke overbebyrdes.
- Yde praktisk støtte: En stresset medarbejder skal kunne få praktisk hjælp til løsning af konkrete opgaver i hverdagen. Det er vigtigt, at lederen prioriterer medarbejderens opgaver.
- Tilbyde samtale med coach/supervisor