

# FY FY SKAMME?

*Et litteraturbaseret bachelorprojekt om patientklagers  
betydning for jordemoderens praksis*

Denne opgave – eller dele heraf – må iflg. Oprethavsloven (2014) kun offentliggøres med forfatter(nes) tilladelse.



Forfattet af:

Camilla Viuf Jensen

Kirstine Nørgaard

Nana Kjærgaard

Sofie Zinck Jacobsen

Professionsbacheloropgave

7. semester, J20V

Jordemoderuddannelsen

UCN Aalborg

Dato: 19.04.2023

Vejleder: Lene Toxvig

## Resumé

**Titel:** Fy fy skamme? Et litteraturbaseret bachelorprojekt om patientklagers påvirkning af jordemoderens udførelse af praksis.

**Problemfelt:** Studier viser, at patientklager i sundhedsvæsenet er stigende og at mange sundhedsprofessionelle oplever et overvældende psykologisk efterspil. Det ønskes undersøgt, hvordan involvering i patientklager kan påvirke jordemoderens udførelse af praksis, samt hvilken betydning dette kan have for den individualiserede omsorg for fødende.

**Problemformulering:** Hvordan kan arbejdet i en risikozone, og de patientklager dette kan medføre, påvirke den enkelte jordemoder og hendes udførelse af praksis? Og hvordan kan hun håndtere den følelsesmæssige påvirkning som følge heraf, så hun kan udøve individualiseret omsorg for fødende?

**Teori og metode:** Projektets metode er et litteraturbaseret projekt. Problemformuleringen tager afsæt i en humanvidenskabelig tilgang med inddragelse af en kvalitativ forskningsartikel, hvori jordemødres oplevelse af patientklager afdækkes. Endvidere analyseres Terje Mesels teori om bæredygtig professionsetik samt Rikke Høgstedes belastningspsykologiske model, Rød-Grøn-Blå-modellen.

**Resultater:** Jordemødre påvirkes følelsesmæssigt af en patientklage og der kan ses forskellige reaktioner i hendes praksisadfærd: over- eller underinvolveret. Derudover ses en ændret praksisadfærd med fokus på egen rygdækning. Jordemoderen kan hertil opleve et identitetskollaps grundet skyld- og skamfølelser, hvor det faglige mod mistes.

**Diskussion:** Refleksion rummer et forandringspotentiale, hvori jordemoderen kan udvikle sin professionsidentitet, hvis hun hjælpes i bearbejdningen af det psykologiske efterspil. Håndtering af disse følelser bør ske kollektivt, hvor der ikke er fokus på skyldsplacering. Der gives bud på praksisforberedende tiltag.

**Konklusion:** Jordemoderen bør efterstræbe at være afstemt og i kontakt i hendes praksis, da det er her, at hun har de bedste forudsætninger for at yde individualiseret omsorg. For nuværende ses en misforstået hensyntagen mellem jordemoder og kollegaer efter en patientklage, men gennem kollektiv håndtering kan det sikres, at jordemoderen ikke efterlades alene med bearbejdningen af den følelsesmæssige påvirkning.

**Perspektivering:** Forslåede praksisforbedrende tiltag relateres ind i en større samfundsmæssig og jordemoderfaglig sammenhæng.

## Abstract

**Title:** Shame on you? A literature-based bachelor's project on the impact of patient complaints on the midwife's performance of practice.

**Problem area:** Studies show that patient complaints in the healthcare system are increasing and that many healthcare professionals experience overwhelming repercussions. An investigation is required, how involvement in patient complaints can affect the midwife's performance of practice, as well as what significance this may have for the individualised care of women in labour.

**Formulation of problem:** How can working in a risk zone, and the patient complaints this may cause, affect the individual midwife and her performance of practice? And how can she handle the emotional impact because of this, so that she maintains the individualised care for women in labour.

**Theory and method:** The project's method is a literature-based project. The formulation of the problem is based on human science with the inclusion of a qualitative research article in which midwives experience of patient complaints is uncovered. Furthermore, Terje Mesel's theory of sustainable professional ethics and Rikke Høgsted's stress psychological model, the Red-Green-Blue model, are analysed.

**Results:** Midwives are emotionally affected by a patient complaint and different reactions can be seen in her practice behaviour. In addition, a changed practice behaviour can be seen, with focus on covering one's own back. The midwife can also experience an identity collapse due to feelings of guilt and shame, where the professional courage is lost.

**Discussion:** Reflection contains a potential for change, in which the midwife can develop her professional identity if she is helped in processing the psychological after-effect. Dealing with these feelings should be done collectively, where there is no focus on placing blame. Proposals are made for practical preparatory measures.

**Conclusion:** The midwife should strive to be coordinated and in contact in her practice, as this is where she has the best prerequisites for providing individualised care. Currently, a misguided consideration is seen between midwives and colleagues after a patient complaint, but through collective handling it can be ensured that the midwife is not left alone with the processing of the emotional impact.

**Perspective:** Proposed practice-improving measures are related to a larger social and midwifery coherence.

# Indholdsfortegnelse

<b>1. Indledning</b> .....	<b>6</b>
<b>2. Problemformulering</b> .....	<b>10</b>
2.1 Begrebsdefinition.....	10
<b>3. Mål og formål</b> .....	<b>11</b>
3.1 Mål.....	11
3.2 Formål.....	11
<b>4. Metodiske overvejelser</b> .....	<b>12</b>
4.1 Projektets struktur.....	12
4.2 Overvejelser over problemformuleringens videnskabelige tilgang.....	12
4.3 Redegørelse og begrundelse for det litteraturbaserede projekt.....	13
4.4 Redegørelse og begrundelse for litteratursøgningen .....	14
4.5 Præsentation af og begrundelse for valg af projektets litteratur.....	15
4.5.1 <i>An exploration of the effects of clinical negligence litigation on the practice of midwives in England: A phenomenological study</i> .....	15
4.5.2 <i>Grundbog i belastningspsykologi: Spejlneuroner og Rød-Grøn-Blå-modellen</i> .....	16
4.5.3 <i>Når noe går galt: Ansatser til en bæredygtig profesjonsetikk</i> .....	16
<b>5. Redegørelse og analyse</b> .....	<b>17</b>
5.1 An exploration of the effects of clinical negligence litigation on the practice of midwives in England: A phenomenological study .....	17
5.1.1 <i>Kvalitetsvurdering</i> .....	17
5.1.2 <i>Redegørelse og analyse af artikkens resultater</i> .....	22
5.2 Grundbog i belastningspsykologi: Spejlneuroner og Rød-Grøn-Blå-modellen .....	26
5.2.1 <i>Mentalt højrisikjob</i> .....	26
5.2.2 <i>Spejlneuroner og Rød-Grøn-Blå-modellen</i> .....	26
5.3 Når noe går galt: Ansatser til en bærekraftig profesjonsetikk.....	30
5.3.1 <i>Ansvar, skyld og skam</i> .....	30

5.3.2 Hjælp til håndtering.....	32
<b>6. Diskussion.....</b>	<b>36</b>
6.1 Resultatdiskussion .....	36
6.1.1 Patientklagers påvirkning af jordemoderen.....	36
6.1.2 Håndtering af patientklagers påvirkning af jordemoderen.....	38
6.2 Diskussion af egen metode.....	41
<b>7. Konklusion .....</b>	<b>42</b>
<b>8. Perspektivering.....</b>	<b>44</b>
<b>9. Referenceliste .....</b>	<b>45</b>
<b>10. Bilag .....</b>	<b>49</b>
10.1 DOSIS-Guide.....	49
10.2 Figur 1: Projektets struktur.....	53
10.3 Høgsted: Rød-Grøn-Blå-modellen .....	54

**Opgavens opfang:** 95.745 tegn inkl. mellemrum

## 1. Indledning

*“I wasn’t sleeping well and then it got to the point where I was driving to work one night and I thought, ‘I’ll drive off the road.’ (...) I’ve only got to turn the wheel.”*

(Alexander, Bogossian & New, 2021, s. 41)

Således udtaler en australsk jordemoder efter at have været involveret i en patientklage, hvor barnet døde under fødslen (2021, s. 41). Hun er blot ét eksempel, og langt fra den eneste sundhedsprofessionelle, som oplever et overvældende psykologisk og professionelt efterspil af en patientklage. I 2022 blev der indberettet 132 patientklager over jordemødre i Danmark, hvilket gør jordemødre til den fjerde mest indklagede faggruppe i sundhedsvæsenet (STPK, 2023). Dette står i skærende kontrast til, hvor få udøvende jordemødre der er, sammenholdt med andre faggrupper f.eks. læger og deres andel af patientklager (Hansen, 2022b). Samtidig stiger ytringerne på de sociale medier omhandlende dårlige oplevelser i forbindelse med svangreomsorgen. Ytringerne skyldes, ifølge Albæk og Jensen (2021), at systemet ikke oplyser tilstrækkeligt om muligheden for og retten til at klage. Dette giver anledning til refleksion hos os: ville antallet af offentlige klager være større, hvis klagesystemet var mere tilgængeligt og gennemsigtigt? Og hvad omhandler patientklagerne egentlig?

Hvert år fødes ca. 60.000 børn i Danmark (Danmarks statistik, 2022). At varetage pleje, omsorg og behandling af gravide, fødende og barslende bliver i almindelighed associeret med lykkelige omstændigheder, da et nyt liv bydes velkommen. Dog er selve fødslen af et barn svær at forudse, da denne hverken følger retningslinjer eller tidsplaner (DSOG, 2013, s. 3; SST, 2022). Jordemoderens virksomhedsområde formes således af sundhedsfremme, forebyggelse og risikokalkulation (SST, 2022, kap. 2). Vi har som studerende oplevet dette ved den øgede frekvens af kvinder, der anbefales igangsættelse, antallet af ekstra tilvækst- og tryghedsscanninger samt det øgede antal screeninger og henvisninger til specialafdelinger ved mistanke om afvigelser fra det normale forløb. Ifølge jordemoder Stina Kruse Skov (2018) er denne øgede risikotænkning et resultat af en nulfejlskultur, hvor frygten for at fejle bliver styrende fremfor den indvidoriente omsorg. Kulturen medfører samtidig en mindsket tillid til sundhedsvæsenet hos brugerne (Skov, 2018). Med baggrund heri ser vi det problematisk, at de professionelle styres af frygt for at fejle, når traumeeksponering er et grundvilkår ved at arbejde i en risikozone. Kunne denne kultur, sammenholdt med frygten for en patientklage, være én af grundene til, at der i sundhedsvæsenet dagligt foregår overbehandlinger? (Ritzau, 2019). Hvis

risikotænkningen fortsat stiger, frygter vi, at definitionen af *den ukomplicerede graviditet* udfordres, og at jordemoderens selvstændige virksomhedsområde dermed vil blive indskrænket (Cirkulære om jordemodervirksomhed, 2001).

Den enkelte kvindes fødselsoplevelse dannes ud fra hendes tanker, erindringer og forventninger samt andres handlinger og meninger (Bertelsen & Gohr, 2016, s. 72). Yderligere påpeger DSOG at en traumatisk fødselsoplevelse ikke nødvendigvis udspringer af et obstetrisk traume, som f.eks. akut sectio, større fødselslæsioner og postpartum blødninger, men derimod af kvindens egen oplevelse (2013, s. 3). DSOG pointerer dog samtidig problematikken i, at obstetriske traumer ofte bruges som synonym for en traumatisk fødsel, når oplevelsen defineres af, om kvinden har følt sig hjælpeløs, bange for at miste livet eller krænket, obstetriske traumer eller ej (2013). Vi genkender fra praksis, at en traumatisk fødselsoplevelse i højere grad anerkendes, hvis den inkluderer obstetriske traumer f.eks. ved et større fokus på opfølgende samtaler postpartum. Vi overvejer derfor, om der kan opstå et modsætningsforhold mellem den fødendes oplevelse og jordemoderens forståelse af fødselsforløbet, og hvorvidt denne diskrepans kan være en årsag til patientklager?

I en artikel i Tidsskrift for Jordemødre beskrives, at patientklager ikke altid omhandler obstetriske komplikationer, men i højere grad relationelle problemstillinger (Hansen, 2022b). Det som fylder i fødselsklagerne er, når familierne ikke føler, at de er blevet mødt med lydhørhed, høflighed og venlighed (2022b, s. 23). I de seneste tre årtier har der i offentlige institutioner været fokus på brugerinvolvering og dialog mellem offentligt ansatte og borgere, herunder med præsentation af mulighed for at klage (2022b). Som borgere eksponeres vi hyppigt for evalueringmuligheder; alt fra ens oplevelse med PostNord og restaurantbesøg til eksistentielle livsbegivenheder som f.eks. en fødsel (2022b). Vi antager, at denne udvikling har været normsættende og dermed også har betydning for det stigende antal af patientklager. Da patientklager indgives, fordi den utilfredse ønsker at ændre noget (Hansen, 2022b), overvejer vi, om klagerne bør anses som mulighed for læring og kvalitetsudvikling af praksis?

Formand for Jordemoderforeningen Lis Munk beskriver, hvordan hun selv for mere end 25 år siden fik en patientklage, og stadig i dag husker det tydeligt: både selve fødslen, den efterfølgende klageproces og fortvivlelsen over eget kompetenceniveau som jordemoder samt den ensomhed det medførte (Munk, 2022, s. 5). Et dansk studie fra 2016 rapporterer, at 36-49 % af jordemødre og obstetrikere har følt sig skyldige i et *uønsket udfald* efter et fødselsforløb og at

27 % af de selvsamme angav at have skammet sig herover (Schrøder et al., 2016, s. 735). Indenfor arbejdsmiljøpsykologien har man i årtier beskæftiget sig med de negative belastninger, som arbejdet med mennesker kan medføre f.eks. udbrændthed, følelsesmæssig dissonans, stress og en rutinepræget praksisudførelse (Agervold, 2008). En dansk jordemoder beskriver, hvordan en faglig fejl påvirkede hende:

*“Men altså, det er jo, altså lige præcis den oplevelse der gjorde, at jeg havde så svært ved at gå ind på en fødestue i lang tid efter. Jeg kunne næsten ikke lukke døren op derind til, fordi jeg var så bange for at gøre noget forkert.”* (Schrøder, 2011, s. 1).

I eksemplet er der ikke indgivet en patientklage, men citatet bevidner, hvordan dét at begå en fejl og frygten for at fejle yderligere kan påvirke jordemoderen. Jordemoder og Ph.D. Katja Schrøder påpeger desuden, at der internt blandt jordemødre ses en såkaldt *blame-culture*, hvor der i højere grad fokuseres på den individuelle skyldsspørgsmål fremfor på lærings- og udviklingspotentiale (Schrøder, 2011). Dette antager vi kan påvirke jordemoderens frygt for at fejle yderligere. Gældende retspraksis for jordemoderen er, at hun jf. Sundhedsloven (2023) §15 og §16, der behandler det informerede samtykke, skal danne rammerne for medinddragelse i patienternes eget forløb. Herudover er jordemoderen jf. Autorisationsloven (2023) §17 forpligtiget til at udøve sit virke med omhu og samvittighedsfuldhed. Sammenholdes paragrafferne med artiklens beskrivelse af, hvad de fleste klager omhandler (Hansen, 2022b), forestiller vi os, at det særligt er her, der opstår en utilfredshed, som kan føre til en patientklage. Når klagesystemet skal afgøre en klage, bliver jordemoderen vurderet ud fra Autorisationsloven §17 (2023): altså om jordemoderen har levet op til den almindelige, anerkendte, faglige standard i Danmark (Hansen, 2022b). Kun 20% af patientklagerne ender med, at der gives kritik til jordemoderen (Hansen, 2022a, s. 20). Vi overvejer alligevel, hvordan en patientklage kan påvirke jordemoderen, også såfremt der ikke gives kritik, da vi forestiller os, at en involvering heri kan have betydning uanset afgørelsen af klagesagen.

Med udgangspunkt i ovenstående perspektiver: beretninger fra jordemødre, statistik omhandlende negative følelser forbundet med en patientklage samt tendensen til risikotænkning, undres vi over, hvorvidt jordemødre stilles de rette betingelser for at håndtere en patientklage? Vil jordemoderen, som følge af en patientklage, tendere til en ændret praksisadfærd, hvor



rygdækning og bevissikring af egen praksis vægtes højt? Og hvilken betydning vil det have for familiernes oplevelse af medinddragelse og individualiseret omsorg?

## 2. Problemformulering

Hvordan kan arbejdet i en risikozone, og de patientklager dette kan medføre, påvirke den enkelte jordemoder og hendes udførelse af praksis? Og hvordan kan hun håndtere den følelsesmæssige påvirkning som følge heraf, så hun kan udøve individualiseret omsorg for fødende?

### 2.1 Begrebsdefinition

**Individualiseret omsorg:** Der tages udgangspunkt i Annegrethe Nielsens udlægning af jordemoderfaglig omsorg (2005, s. 99-102). Nielsen er uddannet cand.mag. i kommunikation, Ph.D. i uddannelsesforskning og arbejder nu som lektor på sygeplejerskeuddannelsen på Københavns Professionshøjskole (Jensen, 2019). Nielsen (2005) skildrer, at omsorgshandlingen skal have til hensigt at støtte, bistå eller hjælpe omsorgsmotageren. Omsorgsgiveren må hverken forfølge egne personlige mål, f.eks. tilfredsstillelse af eget behov for nærhed eller påskønnelse samt agere mekanisk, og skal i den empatiske dialog tage udgangspunkt i omsorgsmotageren og dennes behov. Heraf skabes muligheden for at afdække og gå i dialog om de forventninger, ønsker og behov, som omsorgsyderen kan gøre noget ved (2005).

**Risikozone:** Begrebet dækker over en samlet forståelse af begreberne *moralsk risikozone* defineret af Mesel (2014) samt *mentalt højrisikjob* defineret af Høgsted (2021). Dette for både at inkludere et etisk og traumepsykologisk perspektiv på, hvordan patientklager kan opleves og opstå deri. Begreberne udfoldes i både analyse- og diskussionsafsnit.

### **3. Mål og formål**

I følgende afsnit vil projektets mål og formål præsenteres.

#### **3.1 Mål**

Målet med projektet er at undersøge, hvorvidt, og på hvilke måder, jordemoderen påvirkes af en patientklage, samt om denne påvirkning kan have betydning for udførelsen af praksis og den individualiserede omsorg. Med afsæt i analysen af ovennævnte undersøges hvilke faktorer, der kan have betydning for håndteringen af en patientklage herunder den interne kultur jordemødre imellem samt den dertilhørende professionsetik. Dette for samlet at kunne vurdere, hvorvidt der er grundlag for at give bud på praksisforbedrende tiltag.

#### **3.2 Formål**

Formålet med projektet er derfor at give bud på praksisforbedrende tiltag, som kan understøtte jordemoderens håndtering af patientklager. Dette med henblik på at gøre patientklager til et læringspotentiale, som fordrer professionsudvikling og eventuelt forbedre udøvelsen af individualiseret omsorg for fødende.

## 4. Metodiske overvejelser

I dette afsnit præsenteres projektets struktur og metodiske overvejelser. Derudover vurderes relevansen og validiteten af den litteratur, som anvendes til besvarelsen af projektets problemformulering.

### 4.1 Projektets struktur

Med afsæt i perspektiver fra natur-, human- og samfundsvidenskaben præsenteres valgte jordemoderfaglige problemstillinger indledningsvist i opgaven. Heraf udspringer projektets problemformulering. Dernæst følger projektets mål og formål efterfulgt af projektets metodiske overvejelser, som rummer redegørelser og begrundelser for projektets videnskabelige afsæt, metodiske tilgang, litteratursøgning samt valgt litteratur. Næst er tre separate analyser og redegørelser mhp. at besvare projektets problemformulering. Først i analysen findes valgte videnskabelige artikler af Robertson og Thomson (2016), som indledes med en validitetsvurdering efterfulgt af redegørelse og analyse af artiklens resultater. Dernæst forefindes en redegørelse og analyse af kapitel 8 i "Grundbog i belastningspsykologi" af Rikke Høgsted (2021, s. 90-102) samt af kapitel 11 i bogen "Når noe går galt" af Terje Mesel (2014, s. 235-252). Med udgangspunkt i analysefundene, projektets indledning samt ny litteratur følger en resultatdiskussion, hvilket vil udmunde i to praksisforbedrende tiltag. Endelig en metodediskussion, hvor der diskuteres styrker og begrænsninger af det litteraturbaserede projekt som metode og problemformuleringens videnskabelige afsæt. Afslutningsvis er konklusionen, hvor der konkluderes på problemformuleringen, efterfulgt af perspektivering, som relaterer de praksisforbedrende tiltag ind i en større jordemoderfaglig kontekst.

Vedhæftet som bilag 10.2 ses figur 1, der viser projektets struktur.

### 4.2 Overvejelser over problemformuleringens videnskabelige tilgang

Projektets problemformulering tager udgangspunkt i en humanvidenskabelig tilgang, idet vi ønsker at undersøge og behandle, hvordan den enkelte jordemoder oplever at få en patientklage. Tilgangen er valgt, da de humanistiske videnskaber gennem kvalitativ forskning anvendes til at beskrive, analysere og fortolke et fænomen så nuanceret som muligt (Jensen & Jervelund, 2019, s. 378). Gennem fortolkning efterstræbes det at forstå individets livsverden samt det enkelte menneskes handlinger, motiver og tanker (2019, s. 43). Ifølge Birkler er subjektet den

vigtigste dokumentation af egen virkelighed og livsverden (2016, s. 106), og da jordemoderen vurderes at være den væsentligste faktor i forståelsen af patientklagers påvirkning, vælges et humanvidenskabeligt afsæt med brug af kvalitativ forskning.

Derudover er den humanvidenskabelig tilgang valgt, da den beskæftiger sig med en ontologisk antagelse om, at den verden, vi forholder os til, er eksistentiel og “*en verden for os som mennesker*” (Thisted, 2018, s. 18). Mens ontologien omhandler, hvordan man mener, verden er (Høyer, 2019), omhandler epistemologi, hvilken adgang det menes, man har til viden om verden (Fulgsang & Olsen, 2009). Ud fra et humanvidenskabeligt perspektiv er der en epistemologisk antagelse om, at forståelsen af den menneskeligt formede virkelighed må ske gennem fortolkning, da sansning er vores eneste tilgang til verden (Thisted, 2018, s. 73, s. 46). Netop denne fortolkning og forståelsen af subjektet og dennes livsverden er afgørende for at kunne undersøge jordemødres oplevelse ifm. patientklager.

#### **4.3 Redegørelse og begrundelse for det litteraturbaserede projekt**

For at besvare projektets problemformulering benyttes det litteraturbaserede projekt som metodisk tilgang. Formålet med denne metode er at indsamle, analysere og diskutere eksisterende viden med et mål om at skabe indsigt i det valgte problemfelt og eventuelt at kunne bidrage med nye perspektiver hertil (Glasdam, 2015, s. 53). En forudsætning for at kunne benytte det litteraturbaserede projekt er, at der via en systematisk litteratursøgning sikres, at der eksisterer relevant litteratur indenfor ønskede undersøgte område (2015, s. 53). Det vurderes, jf. afsnit 4.4, at den fremsøgte litteratur kan besvare projektets problemformulering. Det litteraturbaserede projekt er herudover valgt, da muligheden for at indsamle og behandle egen empiri af høj kvalitet vurderedes begrænset pga. tidsrammen for projektet.

Det litteraturbaserede projekt er endvidere valgt, da det kan benyttes som baggrund for udarbejdelse af kliniske retningslinjer (Glasdam, 2015, s. 54). Formålet med projektet er således også at give bud på praksisforbedrende tiltag, som understøtter jordemoderens følelsesmæssige håndtering af patientklager. Disse kan evt. indgå i en klinisk retningslinje omhandlende håndtering af patientklager hos sundhedsprofessionelle, således det gøres mere håndterbart og generelt tilgængeligt. Derfor menes denne metodiske tilgang at være særlig relevant.

Metoden diskuteres yderligere i projektets metodediskussionen afsnit 6.2.

#### 4.4 Redegørelse og begrundelse for litteratursøgningen

I den indledende fase af idégenereringen foretog vi en litteratursøgning, som havde til formål at anskue projektets problemfelt fra forskellige perspektiver samt skabe overblik over eksisterende litteratur. Vi foretog derfor en basissøgning i Scopus, som er den største bibliografiske database indeholdende abstracts og citationer af peer-reviewed artikler og tidsskrifter (ScienceDirect, 2023). Denne alsidige søgning omfattede dertil sundhedsvidenskabelige databaser kombineret med gennemgang af i forvejen kendt faglitteratur. Kombinationen heraf sikrer et højt kvalitetsniveau indenfor udvælgelsen af litteratur (Glasdam, 2015, s. 37).

Med målet om at inkludere en nyligt udgivet videnskabelig artikel i projektet, da denne forventes at kunne bidrage med nyeste forskning, foretog vi en systematisk litteratursøgning på databaserne CINAHL Ultimate og PubMed. Netop denne type søgning er vigtig, når valgte metode til at besvare projektets problemformulering er et systematisk litteraturstudie (Glasdam, 2015, s. 38). Valgte databaser omfatter et stort antal af sundhedsvidenskabelige artikler. CINAHL Ultimate blev vurderet relevant i søgningen, da denne bibliografiske database henvender sig til sundhedsprofessionelle og indeholder særligt forskningsartikler, tidsskrifter og afhandlinger baseret på primært kvalitativ forskning (2015, s. 44). Da projektet dels har til formål at undersøge, hvordan jordemødre påvirkes af patientklager, ønskes det netop at tage udgangspunkt i kvalitativ forskning. Desuden stilles der kvalitetskrav til materialet på CINAHL Ultimate (2015, s. 44), hvilket vurderes at kunne gavne kvaliteten af projektet. PubMed opdateres dagligt og indeholder dermed nyeste sundhedsvidenskabelig forskning (2015, s. 43). Databasen vægter kvalitet højt, hvorfor alle artiklerne er peer-reviewed og skal inkludere etiske og moralske overvejelser (2015, s. 43). Databasen blev således vurderet relevant, da den kunne bidrage med nyeste forskning af høj kvalitet.

Efter idégenereringen foretog vi fritekstsøgninger med relevante ord i Pubmed og CINAHL Ultimate. Dette medførte mange resultater, hvorfor vi valgte at indsnævre søgningen ved at benytte DOSIS-guiden (UCN Biblioteket, 2021), jf. bilag 10.1. Denne gør det muligt at afgrænse og kombinere flere søgeord; altså en systematisk litteratursøgning (Glasdam, 2015, s. 39). Vi afgrænsede søgningen til fire blokke: jordemoder, skyld og skam, patientklager samt second victim. For at tilpasse og kvalificere søgeordene benyttede vi i PubMed MeSH-termer, hvilket samtidig sikrede, at vi ikke overså relevante synonymmer (Rienecker & Jørgensen, 2017,

s. 159). I CINAHL Ultimate benyttede vi både emneord og fritekstsøgning, da emneord kan give en mere præcis søgning, mens fritekst er fordelagtig at benytte, da det kan tage tid at tildele artikler emneord, hvorved nyeste forskning risikeres overset (Glasdam, 2015, s. 39). Ifølge Glasdam anbefales det at bruge begge former for søgninger (2015, s. 39). For at kombinere de udvalgte søgeord i de fire blokke, benyttede vi os af søgeteknikken de boolske operatoren: først "OR" for at udvide søgning efterfulgt af "AND" for at kombinere blokkene og indsnævre søgningen igen (2015, s. 40). En kombineret bloksøgning med alle fire blokke resulterede i 54 artikler i Pubmed, hvorfor vi valgte at foretage en sproglig (dansk, engelsk og norsk) og tidsmæssig afgrænsning (år 2011-2023) for at indsnævre resultatet; dette resulterede i 13 artikler. I CINAHL Ultimate kombinerede vi ligeledes de fire blokke, som gav to søgeresultater, hvorfor vi valgte at kombinere blok et, to og tre. Denne bloksøgning, samt en geografisk -og tidsmæssig afgrænsning, gav 23 artikler. Vi foretog herefter en gennemlæsning af overskrifter, abstracts samt studiedesigns af de afgrænsede artikler på begge databaser. Her vurderede vi artiklen: "*An exploration of the effects of clinical negligence litigation on the practice of midwives in England: A phenomenological study*" af Robertson og Thomson (2016), som værende den mest overførbare og aktuelle til at besvare projektets problemformulering. For at afklare om artiklen er refereret i nyere litteratur, som kunne anvendes i stedet, foretog vi en prospektiv kædesøgning på begge databaser (Rienecker & Jørgensen, 2017, s. 167). Disse artikler blev ikke vurderet nær så relevante for problemformuleringen.

## **4.5 Præsentation af og begrundelse for valg af projektets litteratur**

I følgende afsnit præsenteres projektets litteratur, og hvorfor netop disse er vurderet mest relevante og valide til at besvare problemformuleringen. Præsentationerne vil inkludere validitetsvurderinger fraset artiklen.

### **4.5.1 An exploration of the effects of clinical negligence litigation on the practice of midwives in England: A phenomenological study**

I projektet inddrages den videnskabelige artikel "*An exploration of the effects of clinical negligence litigation on the practice of midwives in England: A phenomenological study*" fra 2016 af Robertson og Thomson. Forfatterne af artiklen er jordemoder og Ph.D. Judith H. Robertson og professor i jordemodervidenskab Ann M. Thomsen. Artiklen er fra England og er udgivet i tidsskriftet *Midwifery*, der er et førende tidsskrift indenfor udgivelse af videnskabelige artikler vedrørende graviditet, fødsel og barsel (ScienceDirect, 2023). Alle artikler i tidsskriftet er

underlagt double blind peer-review, således der sikres en høj metodisk kvalitet (2023). Fra et fænomenologisk afsæt undersøger Robertson og Thomsen (2016) ved brug af semistrukturerede interviews jordemødres oplevelse af, at være involveret i en patientklagesag og hvordan dette har påvirket deres praksis. Interviewene er foretaget i 2006-2007. c

#### **4.5.2 Grundbog i belastningspsykologi: Spejlneuroner og Rød-Grøn-Blå-modellen**

For at skabe et nuanceret billede af hvordan jordemoderens praksis kan blive påvirket af en patientklage, inddrages kapitel 8: "Spejlneuroner og Rød-Grøn-Blå-modellen" i bogen *Grundbog i belastningspsykologi* (Høgsted, 2021, s. 90-102). Bogen er skrevet af den danske psykolog Rikke Høgsted, der er specialist indenfor psykoterapi og psykotraumatologi (Institut for Belastningspsykologi, 2020). Høgsteds Rød-Grøn-Blå-model skildrer, hvordan man som professionel enten kan være overinvolveret, underinvolveret eller afstemt og i kontakt overfor sine patienter, når arbejdet bliver for psykisk krævende (2021, s. 94-95). Høgsteds teori tager ikke decideret udgangspunkt i patientklager, men vi vurderer, at en patientklage kan medføre en psykisk belastningsreaktion hos jordemoderen, hvorfor litteraturen findes relevant. Litteraturen skal tjene til forståelsen af, hvordan jordemoderens praksis påvirkes, når hun har modtaget en patientklage samt hvilken betydning dette kan have for omsorgen for fødende.

#### **4.5.3 Når noe går galt: Ansatser til en bæredygtig profesjonsetikk**

I projektet inddrages kapitel 11: "Ansatser til en bærekraftig profesjonsetikk" i bogen *Når noe går galt* af Terje Mesel (2014, s. 235-252). Mesel er norsk professor og forsker i professionsetik og sundhedsprofessionelles reaktioner på fejl og uønskede hændelser (Jessen, 2020). Bogen er baseret på interview med forskellige grupper af sundhedsprofessionelle. Valgte kapitel indeholder en række fortællinger om ansvar, skyld og skam som følge af arbejdet i en risikozone og dertilhørende uundgåelige fejl og uheldige hændelser. Hertil gives bud på håndteringen heraf. (Mesel, 2014, s. 224) Kapitlet vurderes således at kunne bidrage til besvarelsen af problemformuleringen, da denne netop omhandler arbejdet i en risikozone og hvordan dette kan påvirke den sundhedsprofessionelle. Dertil kan Mesels bud på håndtering danne grobund for egne foreslåede praksisforbedrende tiltag.

Kilden vurderes at kunne overføres til jordemoderprofessionen, da hun vurderes at arbejde i en risikozone, hvor fejl og uheldige hændelser, og dermed patientklager, er uundgåelige.



## 5. Redegørelse og analyse

Dette afsnit indeholder redegørelse og analyse af projektets tre kilder. I første afsnit findes en kvalitetsvurdering af artiklen af Robertson og Thomson (2016) efterfulgt af redegørelse og analyse af artiklens resultater. Herefter følger redegørelser og analyser af hhv. litteraturen fra Høgsted (2021) og Mesel (2014).

### 5.1 An exploration of the effects of clinical negligence litigation on the practice of midwives in England: A phenomenological study

#### 5.1.1 Kvalitetsvurdering

Vurderingen af artiklens kvalitet tager afsæt i ”Interview - det kvalitative forskningsinterview” af Kvale og Brinkmann (2015). Valgte artikel (Robertson & Thomson, 2016) indeholder en kort beskrivelse af studiets metode og henviser til en tidligere artikel baseret på samme forskningsresultater: “A phenomenological study of the effects of clinical negligence litigation on midwives in England: The personal perspective” (Robertson & Thomson, 2014), hvori metoden er beskrevet i detaljer. Der tages således udgangspunkt i metodeartikel (2014), når COREQ-tjeklisten (Tong et al., 2007) anvendes som et redskab i analysen, hvor de mest væsentlige pointer fremholdes i vurdering af artiklen. Desuden inddeles afsnittet efter Kvale og Brinkmanns begreber: validitet, reliabilitet og generaliserbarhed (2015).

#### **Validitet**

Validitet omhandler, hvorvidt en undersøgelse undersøger dét, den har til formål at undersøge (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 155). Robertson og Thomson (2016) beskriver, at formålet med artiklen er at udforske, hvordan jordemødres involvering i en klagesag påvirker deres praksis. For at undersøge dette, benyttes en deskriptiv fænomenologisk tilgang (2016, s. 57). Ifølge Kvale og Brinkmann handler fænomenologien om at indfange den menneskelige erfaring i forhold til et fænomen, som den er i informantens livsverden (2015, s. 35). Netop dette er årsagen til, at Robertson og Thomson har valgt et fænomenologisk afsæt (2016, s. 57). Derudover har forskerne en kvalitativ tilgang, idet de benytter semistrukturede interviews som studiedesign (2016, s. 55). Formålet med kvalitative forskningsinterviews er at forstå temaer i subjektets liv ud fra deres perspektiver, og har til hensigt at få denne til at beskrive følelser, handlinger og erindringer (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 45). Dette vurderes hensigtsmæssigt i forhold til artiklens formål. Metoden og studiedesignet gør det således muligt for Robertson og Thomson

(2016) at opnå konsensus mellem formål og resultater. Med afsæt i Kvale og Brinkmann (2015, s. 155) vurderes dette at øge validiteten.

Validiteten af et interview vurderes af troværdigheden af informanternes svar og kvaliteten af interviewet. Dette indebærer en omhyggelig udspørgning indenfor emnet og af dét som af informanten, vurderes relevant (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 320). Robertson og Thomson beskriver i artiklen, at studiedesignet muliggjorde det at foretage dybdegående interviews, som gav en nuanceret forståelse af problemfeltet (2016, s. 56). Dette vurderes at øge validiteten.

Informantens troværdighed kan også øges ved kontinuerlig kontrol at de indhentede data, f.eks. via geninterview, som skal sikre indre konsistens i interviewene (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 320). Dette beskrives ikke gjort af Robertson & Thomson (2016). Kontinuerlig kontrol kan bl.a. opdage og modarbejde potentielle bias hos informanten (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 321). Robertson og Thomson angiver ikke, hvornår informanterne modtog en patientklage, hvortil en af de interviewede jordemødre udtrykker vigtigheden i at dokumentere rettidigt, da hukommelsen svækkes over tid som en coping-strategi (2016, s. 56). Dette kan mindske validiteten (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 70), såfremt det er længe siden, jordemødrene modtog en patientklage. Ifølge Kvale og Brinkmann kan interviewereren dog hjælpe informanten med at huske f.eks. ved brug af stikord og ved at lade informanten fortælle frit og detaljeret om den specifikke situation (2015, s. 71). Begge disse er benyttet via prompter og en deskriptiv fænomenologisk tilgang (Robertson & Thomson, 2016), hvilket øger validiteten af interviewet.

Transskriptionen af et interview har også betydning for validitet, selvom denne kan være kompliceret at vurdere, da der ikke findes én sand transformation fra mundtligt til skriftligt materiale (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 246). Da det kun er Robertson, der har transskriberet lydoptagelserne (2014, s. 123), kan vi overveje, om validiteten mindskes. Dette da to forskere ikke transskriberer ens og dermed ikke nødvendigvis får de samme analyseresultater. Dog kan man argumentere for, at transskriberingen bør foretages af den forsker, som har foretaget interviewene, da et interview og resultaterne heraf er mere end blot det sagte (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 236). Stemninger, kropssprog og tonefald forfalder, men kan forsøges skrives ind i transskriptionen, når denne foretages af forskeren, som foretog interviewet (2015, s. 236), hvorved der kan argumenteres for, at Robertson som ene transskribent øger validiteten.

Analysen blev foretaget af Robertson (2016) ved brug af en modificeret udgave af Giorgi og Giorgis (2003) deskriptive fænomenologiske psykologiske analysemetode, og har ifølge Robertson og Thomson til formål at kategorisere kvalitative data og minimere analytikerens egne forforståelse (2014, s. 123). Metoden inddeles i tre trin: først dannes en holistisk forståelse af informantens oplevelse, hvorefter meningsfulde enheder, som er relevante for forskningen, tydeliggøres i kommentarbokse i WORD, som til sidst transformeres fra råmateriale med implícite fænomener til eksplicitte fænomener (2014, s. 123). Metoden blev modificeret, da artiklens fokus ikke var psykologisk, som metoden egentlig er beregnet til (2014, s. 123). Derfor blev denne del udskiftet med fænomenologiens principle of intentionality, som tillægger bevidstheden en konstant intention, uanset om det tænkte fænomen eksisterer (2014, s. 123). Analysemetoden vurderes af Robertson og Thomson at blive fulgt, samt at være velvalgt, da den skaber mening i fænomener oplevet af subjektet, hvilket stemmer overens med formålet med undersøgelsen (2016). Dermed øges validiteten (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 155).

Validiteten af forskning afgøres derudover af forskerens håndværksmæssige dygtighed og troværdighed; sidstnævnte er baseret på kvaliteten af forskerens tidligere forskning på området (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 319). Valgte artikel er, som tidligere nævnt, udarbejdet af Judith H. Robertson & Ann M. Thomson, hvor dataindsamlingen og transskriberingen er foretaget alene af Robertson (2016). Det antages, at Robertson har erfaring med forskning, da hun har en Ph.D., men hvorvidt denne er indenfor kvalitativ forskning, oplyser artiklen ikke (2016). Dette kan anses som et kritikpunkt, der mindsker validiteten. Kvale og Brinkmann beskriver dog yderligere, at validiteten øges, hvis interviewerens i forvejen har viden om det undersøgte emne (2015, s. 91). Robertson har tidligere udgivet en videnskabelig artikel om jordemødres involvering i patientklager (Robertson & Thomson, 2014), som benytter samme data, som den valgte artikel (Robertson & Thomson, 2016). Hun har således viden om det undersøgte emne forinden dataindsamlingen, hvilket øger validiteten.

Yderligere er forskerens moralske integritet afgørende for validiteten (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 319). Robertson og Thomson har gennem hele processen haft fokus på etiske overvejelser heriblandt etisk godkendelse til at foretage forskningen, mulighed for psykologhjælp til jordemødrene samt et fokus på emnets sensitivitet (2014, s. 122). Dette vurderes at øge validiteten, da mulige konsekvenser for interviewpersonerne blev overvejet (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 107).

Ud fra ovenstående vurderes artiklens overvejelser valid. Dette på trods af Robertson som ene transskribent og manglende oplysninger om hendes erfaringer med kvalitativ forskning.

### **Reliabilitet**

Reliabilitet omhandler troværdigheden og konsistensen af et studies forskningsresultater, og vurderes ud fra, hvorvidt en undersøgelses resultater kan reproducere på andre tidspunkter af andre forskere (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 318). I kontrast hertil er kvalitativ forskning subjektiv (2015, s. 288) med dét mål at skabe viden, som er overførlig fra én situation til en anden under hensyntagen til konteksten (2015, s. 299). Tilmed anerkendes det, at interviewereren ikke kan undgå at blive påvirket af egen forforståelse, som vil være betydende for måden at interviewe og transskribere på (2015, s. 314). Der kan endda argumenteres for, at de humanistiske fag er afhængige af forforståelse, da det er herigennem, der skal forstås og fortolkes (2015, s. 92). Såfremt reliabilitet forstås som konsistensen af resultater med et fokus på objektivitet, kan det overvejes, hvorvidt det overhovedet er muligt at opnå høj reliabilitet indenfor kvalitativ forskning, hvor en anden forsker ikke vil få præcis samme resultater i en anden kontekst. Ifølge Kvale og Brinkmann findes der dog forskellige måder at objektivisere kvalitativ forskning på, som vil øge reliabiliteten (2015, s. 317). Dette vil blive beskrevet i følgende afsnit.

At forholde sig til egen forforståelse kan medvirke til reflektiv objektivitet, som vil øge reliabiliteten (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 314). Dette er vigtigt, så interviewereren ikke lader sig styre af denne og af eventuelle forskningsresultater, som ønskes bekræftes (2015, s. 318). Robertson og Thomson (2016) er i artiklen transparent med, at Robertson selv er uddannet jordemoder, hvorfor hun har været særlig opmærksom på ikke at lade egen forforståelse dominere. Hun har ført en reflektiv dagbog, som indeholder personlige refleksioner, hvilket ifølge hende selv demonstrerer troværdigheden i undersøgelsen (2016, s. 57). Dette vurderes at øge reliabiliteten. Derudover kan forskning tolkes objektivt, hvis der er aritmetisk intersubjektiv konsensus (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 315). Dette betyder, hvorvidt der er enighed om fundene mellem uafhængige observatører, og kan være med til at modvirke en vilkårlig subjektivitet (2015, s. 318). Tilfældige udsnit af transskriberingen og analysen i artiklen blev gennemlæst af to Ph.D.-vejledere med formålet om netop at klarlægge, hvorvidt der er intersubjektivitet (Robertson & Thomson, 2016, s. 57). Dette medvirker konsistente data (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 381), som øger reliabiliteten (2015, s. 315).

Ifølge Kvale og Brinkmann er frihed for bias endnu en måde at fortolke kvalitativ forskning objektivt på, hvilket øger reliabiliteten (2015, s. 314). Robertson og Thomson påpeger, at to Ph.D.-vejledere har vurderet, at det lykkedes Robertson objektivt at anvende de valgte fænomenologiske principper (2016, s. 57). Hermed kan det vurderes, at det er lykkedes at transskribere og analysere resultaterne fri fra egen forståelse, hvorved reliabiliteten øges.

Ifølge Kvale og Brinkmann er det kvalitative interview velegnet til bevidst systematisk brug af ledende spørgsmål for løbende at kontrollere reliabiliteten, da det medfører færre svarmuligheder og dermed større sandsynlighed for overensstemmelse i informanternes svar. Dette øger reliabiliteten (2015, s. 229-231). Modsat beskriver Kvale og Brinkmann også, at en stram struktureret interviewguide kan forårsage, at interviewpersonen kan fremtvinge specifikke meninger hos informanterne om det undersøgte felt, hvilket vil mindske reliabiliteten (2015, s. 52). Således kan der være både fordele og ulemper ved den interviewguide, forfatterne har valgt. Ifølge Robertson og Thomson er interviewmetoden valgt, så de interviewede jordemødre ville få nok frihed til at beskrive deres oplevelser uddybende (2016, s. 53). Dette må vurderes at være fordelagtigt indenfor kvalitativ forskning og den fænomenologiske tilgang, hvor det enkelte subjekt og dennes oplevelse er den vigtigste dokumentation af egen virkelighed (Birkler, 2016, s. 106).

Samlet vurderes artiklens reliabilitet god, da resultaterne er forsøgt objektiviseret ift. kvalitativ forsknings epistemologi og forskerne har forholdt sig til egen forforståelse.

### **Generaliserbarhed**

Generaliserbarhed omhandler, hvorvidt en interviewundersøgelses resultater kan overføres til andre subjekter og kontekster (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 332). Analytisk generalisering omfatter læserens vurdering af forskerens eksplicite argumentationer for generaliserbarhed, når det forsøges at udsige noget om en specifik gruppe (2015, s. 334). Robertson og Thomson (2016) italesætter selv, at artiklens resultater begrænses, når interviewene kun omhandler jordemødre, der har været involveret i en patientklagesag; dermed kan og må den beskrevne påvirkning af praksis og frygten for at modtage en patientklage ikke generaliseres til almen jordemoderpraksis. Dog påpeger forskerne, at den beskrevne interne kultur i jordemoderfaget er generaliserbar (2016, s. 60).

Indenfor kvalitativ forskning kan en undersøgelses resultater ikke generaliseres globalt, men afhænger derimod af en vurdering af, hvorvidt resultaterne fra en specifik interviewsituation kan overføres til andre relevante situationer (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 333). I artiklen blev der rekrutteret 22 jordemødre, hvorefter det blev vurderet, at der var datamætning (Robertson & Thomson, 2016, s. 56). Kvale og Brinkmann skildrer, at antallet af informanter i en kvalitativ undersøgelse typisk er 15 +/-10 deltagere (2015, s. 167). Derved vurderes antallet i artiklen passende, og det vurderes, at resultaterne kan overføres til lignende situationer, hvorved generaliserbarheden øges. Såfremt subjekterne er repræsentative for flertallet, øges generaliserbarheden yderligere (2015, s. 333). Da de 22 jordemødre er fra 15 forskellige regioner i England (Robertson & Thomsen, 2016, s. 56), opstår der en geografisk spredning. Vi vurderer, at dette øger generaliserbarheden sammenlignet med 22 jordemødre fra samme region, hvorved repræsentativiteten kunne mindskes.

Da artiklen omhandler engelske jordemødre, er det nødvendigt at overveje, hvorvidt artiklens resultater kan overføres til dansk kontekst. I Danmark og England er svangreomsorgen af sammenligning opbygning med fri adgang til sundhedsydelser indenfor lignende kulturelle rammer (Schroll & Bondo, 2017). Samtidig oplever begge lande en stigning i patientklager indenfor det obstetriske område (Stanger, u.å.).

Samlet vurderes det, at artiklen er generaliserbar, hvorfor redegørelse og analyse af den anvendes i besvarelsen af projektets problemformulering.

### **5.1.2 Redegørelse og analyse af artiklens resultater**

Robertson og Thomson udleder seks essenser, som tilsammen udgør fænomenet at blive beskyldt for at handle uagtsomt (2016, s. 57). Artiklen er inddelt i tre hovedtemaer: "Clinical practice changes", "Perceptions of working environment" og "Professional status, reputation and morale", som behandler og strukturer essenserne.

#### **Clinical practice changes**

Størstedelen af jordemødrene i artiklen beskriver, at deres dokumentationsrutiner er ændret efter at have modtaget en patientklage; dels dokumenterer de mere i kvindernes hospitalsjournal, men dokumenterer samtidig i journaler for sig selv til eget brug. Ifølge jordemødrene selv skyldes dette, at de enten forventer at få endnu en patientklage eller har brug for at skabe mening i

forløbet (Robertson & Thomson, 2016, s. 57). Af dette udleder vi, at det ikke blot er den patientklage jordemoderen har modtaget, som påvirker hendes praksis, men derimod også forventningen om at modtage endnu en klage. Vi forestiller os, at den øgede dokumentation kan opleves som en rygdækning af egen praksis og dermed fungere som en tryghed, såfremt forløbet skulle ende i en patientklage. En af jordemødrene i artiklen beskriver, at hun nu, efter at have modtaget en patientklage, betvivler egne ord og handlinger markant mere end før, hvorfor hun dokumenterer mere. Hun beskriver selv dette som en defensiv praksis (2016, s. 57). Heraf kan det udledes, at jordemoderens tro på egne kompetencer kan påvirkes af en patientklage. Vi forestiller os, at dette ikke blot vil have en betydning for dokumentationen, men generelt påvirke jordemoderens praksis. En jordemoder beskriver videre i artiklen, at dokumentation pga. frygt for patientklager kompromitterer den gode jordemoderfaglige omsorg: "*People practise very much more defensively, you are very aware of your paperwork; it is almost like 'don't look after the woman, just make sure your paperwork is immaculate', which is not good*" (Robertson & Thomson, 2016, s. 57). Af dette udleder vi, at kvaliteten af svangreomsorgen bliver mindsket som følge af merdokumentation. Dette særligt, når den defensive praksis og rygdækning i form af skriftlig dokumentation bliver prioriteret højst for at kompensere for jordemoderens tvivl på egne kompetencer, alt imens dokumentation er tidskrævende. Dette vil alt i alt medføre mindre tid til omsorg og relationsdannelse. Vi tolker tillige, at jordemødrene er bevidste om, at deres ændrede praksis ikke er hensigtsmæssig, og viser dermed i hvor høj grad frygten for patientklager bliver styrende.

En større andel af jordemødrene i artiklen vurderer desuden, at det at følge de kliniske retningslinjer udstukket af hospitalet kan beskytte dem mod retssager. Videre beskrives det, at frygten for at handle udenfor retningslinjerne påvirkede i hvor høj grad jordemødrene turde støtte kvinderne i deres ønsker, hvis ønskerne divergerede hermed (Robertson & Thomsen, 2016, s. 58). Af dette udleder vi, at retningslinjer bliver opfattet af høj status, som kan have en beskyttende effekt i eventuelle fremtidige retssager, såfremt retningslinjerne er blevet fulgt. Dermed kan efterlevelse af retningslinjer tolkes som rygdækning af jordemoderen. Vi forestiller os, at denne tendens kan mindske den individualiserede omsorg for fødende og tilmed begrænse muligheden for en reflekteret udførelse af praksis.

Et mindretal af de interviewede jordemødre i artiklen vurderer desforuden et øget behov for CTG-overvågning, uanset om der var indikation herfor eller ej. Dette medførte, ifølge

jordemødrene, sikkerhed og beviser, såfremt forløbet ville ende med et dårligt outcome (Robertson & Thomsen, 2016, s. 58). Dette kan også vurderes til at være et forsøg på at sikre rygdækning af egen praksis. Derudover tolkes professionsidentiteten at være påvirket, hvor usikkerhed på egne vurderinger bliver betydende for omsorgen for kvinden. En jordemoder i artiklen udtaler hertil "*I hate myself for doing it*" (2016, s. 58). Det tyder altså på, at der i jordemoderen kan opstå en indre konflikt, hvor hun må vurdere, om bevissikring eller individualiseret omsorg er vigtigst. Vi mener, at det kan have betydning for denne vurdering, hvordan patientklagen og det forløb, der blev klaget over, er blevet håndteret og bearbejdet af jordemoderen. Ligeledes beskriver nogle jordemødre, at de nedprioriterer relationsdannelsen med par, fordi de oplever en så stærk klagekultur, at parrene klager over forløbet uanset, hvilken relation og omsorg jordemoderen har ydet. Dette på trods af, at det netop er relationen til parret, som giver jordemødrene arbejdstilfredshed (Robertson & Thomsen, 2016, s. 58). Dette, mener vi, kan tolkes som defensiv praksis. Sammenholdes denne tilgang til parrene med et eventuelt ønske hos jordemoderen om at sikre beviser gennem journalføring, at følge kliniske retningslinjer og øget fosterovervågning, tolkes det, at den individualiserede omsorg er i risiko for at mindskes. Samtidig tolker vi, at jordemoderen risikerer at gå på kompromis med egen arbejdstilfredshed, og at dette kan påvirke lysten og evnen til at yde kvalificeret jordemoderfaglig omsorg yderligere.

Jordemødrene i artiklen beskriver endvidere, at involveringen i en patientklagesag har mindsket deres faglige selvtillid (Robertson & Thomsen, 2016). Flere jordemødre tvivler på, hvad kollegaerne tænker om dem, og tvivler samtidig på, om de er inkompetente uden selv at kunne gennemskue det. Denne følelse blev hos få jordemødre så voldsom, at de undgik at arbejde med forløb, som mindede om dét, der blev klaget over, mens andre valgte helt at forlade faget (2016, s. 58). Af dette tolker vi, at arbejdskulturen og den kollegiale støtte har betydning for, hvordan jordemoderen oplever en patientklagesag, og hvordan den påvirker hendes professionsidentitet og udførelse af praksis. Det kan tyde på, at jordemødre har et behov for at få deres faglighed bekræftet gennem kollegaer, således der er et grundlag for at kunne stole på sig selv. Dertil kan det tolkes, at begrænset hjælp og evne til at håndtere en klage kan resultere i undvigende adfærd. Artiklen konkluderer derudover, at den mindskede selvtillid kan resultere i begrænset tro på egne faglige bedømmelser og et øget behov for at konferere beslutninger med kollegaer (2016). Af dette tolker vi, at jordemoderens evne til at handle selvstændigt kan blive påvirket, såfremt hun ikke stoler på egne vurderinger og har behov for at konferere alt inden, der træffes en



beslutning. Vi forestiller os, at dette kan have en negativ påvirkning af jordemoderens professionsidentitet på længere sigt og medføre en usikker praksis.

Et fåtal af jordemødrene beskriver, at klagesagen har haft positive effekter, hvor primært gennemgangen af forløbet under retssagen, og den dertilhørende diskussion af retningslinjer, vurderes lærerig (Robertson & Thomson, 2016, s. 59). Af dette tolker vi, at diskussion og refleksion kan have en betydning i oplevelsen og bearbejdningen af en patientklage. Derfor forestiller vi os, at et fokus på refleksion og bearbejdning vil bidrage til læring og professionsudvikling.

### **Perceptions of working environment**

En større andel af jordemødrene beskriver en *blame-culture* på deres arbejdsplads, hvor der opstår et fokus på skyldsplacering, når der sker en uønsket hændelse (Robertson & Thomson, 2016, s. 59). Dette kan tænkes at have en betydning for den overordnede stemning på arbejdspladsen, og tilmed påvirke kollegiale relationer, hvis der fremfor fokus på støtte og sammenhold, fokuseres på skyldsplacering. Flere jordemødre beskriver desuden en oplevelse af manglende åbenhed om fejl og patientklager, hvilket opleves isolerende for den enkelte jordemoder. Derudover tror flere jordemødre, at åbenhed vil medføre, at flere rapporterer deres fejl (2016, s. 59). Vi tolker, at åbenhed og fokus på den enkelte jordemoders følelsesmæssige påvirkning, fremfor på fejlen, kan bidrage til et positivt arbejdsmiljø. Den manglende åbenhed kan tolkes således, at fejl er tabuiseret og derfor bliver behandlet stiltiende, hvilket kan begrænse muligheden for at støtte kollegaer og dermed underbygge følelsen af ensomhed. Vi forestiller os samtidig, at den manglende åbenhed kan have en negativ påvirkning på den faglige selvtillid og dermed praksisudførelsen.

### **Professional status, reputation and morale**

To ud af 22 jordemødre i artiklen har søgt andet arbejde. Fem beskriver, at de overvejede at forlade jordemoderfaget, mens en blev sygemeldt med stress som følge af en patientklage og af frygten for at modtage endnu en (Robertson & Thomson, 2016, s. 59). Heraf kan det udledes, at patientklager ikke blot påvirker jordemoderen følelsesmæssigt og i hendes praksis, mens sagen er aktuel, men fortsat efter forløbet som beskrevet i ovenstående analyse. Det fremhæves yderligere i artiklen, at en patientklage kan opfattes som moralsænkende uanset udkommet (2016, s. 59). Dette tolkes som værende udfordrende for at opretholde og yde kvalificeret omsorg for fødende, såfremt det psykiske pres bliver styrende for praksis.

## **5.2 Grundbog i belastningspsykologi: Spejlneuroner og Rød-Grøn-Blå-modellen**

### **5.2.1 Mentalt højrisikjob**

Høgsted (2021) definerer et mentalt højrisikjob som et job, hvor der stilles store krav til indlevelse og håndtering af smertefulde følelser, herunder eksponering for traumer, død eller andre voldsomme begivenheder. Hertil beskrives 1. og 2. linjehjælpere indenfor traumeeksponering. 1. linjehjælpere er de professionelle som bliver udsat for en direkte traumeeksponering, idet deres arbejde foregår på ulykkesstedet. 2. linjehjælpere er de professionelle, som bliver udsat for indirekte traumeeksponering gennem efterfølgende samvær med patienten (2021, s. 92). Høgsteds Rød-Grøn-Blå-model, bilag 10.3, præsenterer, hvad der sker, når man som professionel føler sig presset arbejdsomt efter traumeeksponering (2021, s. 94-95). Modellen viser, hvordan man som professionel som reaktion herpå, enten kan være underinvolveret, overinvolveret eller afstemt og i kontakt i sin praksis. Hvilken type af involvering man under pres falder til, afhænger af organisationen, arbejdsgruppen og hvem man er som person (2021, s. 93). Ud fra ovenstående tolker vi, at jordemoderen i sit arbejde kan være 1. og 2. linjehjælper. Dette da jordemoderen både er til stede ved fødselsrelaterede traumer og i det efterfølgende samvær med den involverede familie, f.eks. ved opfølgende samtaler postpartum. At jordemoderen kan agere som begge linjehjælpere, tolker vi som en dobbelteksponering, hvilket kan øge den psykiske arbejdsbelastning. Derfor vurderer vi, at jordemoderens arbejde kan defineres som et mentalt højrisikjob, idet der kan forekomme akutte og livstruende hændelser i arbejdet med fødende og barslende. Desuden antager vi, at risikoen for at begå kliniske fejl er uundgåelig, hvilket, vi forestiller os, kan medføre patientklager. Vi vurderer, at en patientklage kan være medvirkende til, at jordemoderen kan opleve endnu en arbejdsbelastning. Alt i alt forestiller vi os, at disse belastninger kan udfordre jordemoderen i at udøve en praksis, hvor hun har overskud til at yde individualiseret omsorg.

### **5.2.2 Spejlneuroner og Rød-Grøn-Blå-modellen**

I teksten præsenteres Rød-Grøn-Blå-modellen, som viser tre forskellige felter, der repræsenterer tre forskellige måder, man som professionel kan være involveret i praksis på, hvilket påvirker den omsorg der ydes til patienten. I modellen ses en vandret linje med det grønne felt i midten, hvor man som professionel er afstemt og i kontakt, hvilket ifølge Høgsted bør efterstræbes (2021, s. 94-95). I dette felt vil de professionelle være engagerede, men rolige,

kompetente, nærværende og udvise medfølelse, mens der samtidig trækkes på faglighed og en løsningsorienteret tilgang (Høgsted, 2021, s. 94). Hun beskriver, at man som professionel ofte skal have en række oplysninger direkte fra den hjælpsøgende, for at kunne lave en god faglig vurdering. Den professionelles evne til kontakt er nødvendig før den hjælpsøgende vil opleve sig respekteret og værdigt behandlet. På baggrund heraf vil den hjælpsøgende bidrage med de relevante informationer, der skal til for at den professionelle kan tilpasse behandlingsplanen og omsorgen til den enkelte (Høgsted, 2021, s. 97). Heraf tolker vi, at såfremt jordemoderen er i stand til at befinde sig i det grønne felt, hvor hun er afstemt og i kontakt, vil hun have de bedste forudsætninger for at kunne yde en tilstrækkelig og individualiseret omsorg for den fødende. Dette da vi tænker, at familien i langt højere grad vil tilkendegive deres behov og ønsker, når de kan fornemme jordemoderens engagement og nærvær. Vi forestiller os tilmed, at en jordemoder som befinder sig i dette felt i højere grad, kan balancere faglige dilemmaer, således der både tages højde for familiens ønsker og afdelingens respektive retningslinjer.

Høgsted hævder, at hvis den følelsesmæssige påvirkning som følge af traumeeksponering bliver for ekstrem, kan den professionelle i afmagt enten begynde at over- eller underinvolvere sig og dermed afvige fra det grønne felt. Begge reaktioner skal ses som et forsøg på at håndtere afmagten, selvom udtrykkene er forskellige (Høgsted, 2021, s. 92). Høgsted skildrer, at det menneskelige nervesystem er indrettet på sådan en måde, at vi automatisk registrerer andre menneskers adfærd og følelser. Dette kaldes spejlneuroner, som gennem en empatisk resonans bevirker, at vi kan indleve os i andres glæder og sorger (2021, s. 90). I forlængelse af dette beskrives en for- og bagside af spejlneuronets mønt: forsiden gør det muligt for den professionelle at være indlevende og empatisk, hvor bagsiden kan afføde, at den professionelle bliver følelsesmæssigt overvældet. Dette kan kortslutte kontakten til den hjælpsøgende og endvidere ødelægge evnen til at tænke og være løsningsorienteret (2021, s. 93). Vi mener derfor, at det er relevant at overveje, hvad afmagten kan udspringe af. Antages det, at jordemoderen har fået en patientklage eller frygter samme, tolker vi, at hun kan begynde at handle i afmagt og dermed enten over- eller underinvolvere sig. Vi forestiller os, at en patientklage kan medvirke, at jordemoderen reflekterer over egen faglighed og kompetenceniveau, hvilket kan påvirke hendes udførelse af praksis negativt, hvis refleksionerne tager udgangspunkt i egne fejl og mangler. Med andre ord kan afmagten udspringe af frustrationen over, at jordemoderen mener, at hun handlede ud fra bedste evne og vurdering, men at den fødende ikke har samme opfattelse. Vi tolker, at det er essentielt, at jordemoderen skal være bevidst om den førnævnte empatiske resonans, således

hun ikke lader sig overvælde af den smerte og sorg, hun møder hos den fødende. Dette da jordemoderen kan risikere at miste overblikket og dermed modarbejde at tænke professionelt og være fagligt løsningsorienteret.

Til venstre i modellen ses det røde felt, som symboliserer, at man som professionel overinvolverer sig. Høgsted nævner, at dette typisk opstår, når vi oplever en stærk følelsesmæssig identifikation med den hjælp søgende, hvor den professionelle, i håbet om at kunne løse problemet, vil tendere til at engagere sig i sådan en grad, at evnen til at tænke løsningsorienteret bliver mangelfuld (2021, s. 98). Overinvolvering vil i forlængelse heraf typisk medføre, at den professionelle fremstår sårbar og søger en personlig relation til den hjælp søgende, hvilket, enten på et bevidst eller ubevidst plan, kan føre til at denne føler sig intimideret. Dette kan resultere i, at den hjælp søgende ikke tør åbne op for sine tanker og behov i frygt for, at den professionelle ikke kan administrere at forholde sig til yderligere informationer (2021, s. 98). Høgsted beskriver den professionelles ståsted i dette felt med tillægsord, som bl.a.: *“utryghed”*, *“indtagelse af offerrolle”*, *“dramatiserer”* samt *“overbetoning af svære emner”* (2021, s. 94). Vi overvejer hvilke faktorer, der kan være medvirkende til, at jordemoderen ender i en overinvolveret praksis. Vi forestiller os, at kritik af hendes handlekompetencer, f.eks. en patientklage, kan forårsage et behov for at bevise overfor både ledelse, kolleger og patienter, at man er fagligt dygtig og sin autorisation værdig. Vi tænker, at det er i forsøget på at bevise sine faglige kompetencer, at jordemoderen kan ende med at overinvolvere sig. Yderligere tolkes det, at jordemoderen kan bidrage til en uhensigtsmæssig asymmetrisk relation, når hun følelsesmæssigt overinvolverer sig; altså hvor jordemoderen nærmest tenderer til at være pårørende i stedet for professionel. Et uhensigtsmæssigt forhold hvor den fødende kan komme i tvivl om jordemoderens vejledning og dømmekraft, mener vi, kan påvirke relationen og dermed også den individualiserede omsorg. Informationer fra og om den fødendes situation er nødvendig for udarbejdelse af anamnese, således omsorgen kan tilpasses både de obstetriske og psykologiske forhold, der er gældende. Vi forestiller os, at hvis den fødende undlader at fortælle jordemoderen om hendes aktuelle situation, kan risikoopsporingen begrænses, hvilket kan øge risikoen for kliniske fejl.

Det sidste felt til højre, det blå felt i modellen, repræsenterer den underinvolverede professionelle. Ifølge Høgsted vil den professionelle her distancere sig fra patienten, bagatellisere dennes problemstillinger og vil i mødet kunne fremstå utålmodig, autoritær, intellektualiserende eller følelseskold (2021, s. 99). Den professionelle kan på overfladen forveksles med en person, der er i kontrol, men under overfladen forholder det sig modsat. Den underinvolverede vil, ligesom

den overinvolverede, befinde sig i en situation, hvor denne har mistet kontrollen og ikke længere er afstemt og i kontakt. Hertil påpeges, at de fleste patientklager handler om kritik af kommunikationen med underinvolverede ansatte (2021, s. 99). I vores fortolkning af dette felt udøver jordemoderen en defensiv praksis. I en sådan praksis kan jordemoderen miste sit faglige mod og vil lade retningslinjer dominere for at kompensere for kontroltabet. Yderligere antager vi, at man som jordemoder, enten bevidst eller ubevidst, vil forsøge at undgå varetagelse af forløb, man har dårlig erfaring med fra tidligere, omend der er begået en fejl eller indgivet en patientklage. Denne undgåelse vil fastholde jordemoderen i en underinvolverende tilgang, hvor hendes handlekompetence ikke udvikles. Hvis en jordemoder med tiden udmattes af overinvolvering, forestiller vi os, at hun kunne tænke, at den eneste måde at forlade det røde felt på, er ved at underinvolvere sig, selvom det på ingen måde er fordelagtigt for omsorgen. Kort sagt tænker vi, at den dårlige erfaring med overinvolvering fordrer, at jordemoderen vil fokusere på ikke at involvere sig følelsesmæssigt, hvilket kan forårsage mistillid og tilbageholdelse af behov og information fra den fødende. Vi tolker i forlængelse heraf, at bagatellisering af fødendes problemstillinger kan medføre, at jordemoderens sensitivitet i hendes omsorg vil mindskes, idet hun kan sammenligne det aktuelle forløb med tidligere og voldsommere hændelser. Dette mener vi også, kan ses som bagsiden af spejlneuronets mønt, idet kvinden spejler sig i jordemoderens ligegyldighed og manglende involvering. I sidste ende mener vi, at dette kan medføre, at jordemoderen ikke kan få de nødvendige oplysninger, hun skal bruge til facilitering af individualiseret omsorg.

Samlet udleder vi, at jordemoderen kan påvirkes følelsesmæssigt, når hun eksponeres for belastninger, herunder patientklager, hvilket defineres som et vilkår i jordemoderfaget som et mentalt højrisikjob. Dette kan bringe hende i ubalance, således hun enten over- eller underinvolverer sig i sin praksis, hvilket kan påvirke udførelsen heraf forskelligt. I begge tilfælde kan dette begrænse muligheden for at udøve individualiseret omsorg.

## 5.3 Når noe går galt: Ansatser til en bærekraftig profesjonsetikk

### 5.3.1 Ansvar, skyld og skam

I kapitlet beskriver Mesel (2014) viktigheten af, at professionelle forstår og anerkender det personlige ansvar, der medfølger et sundhedsfagligt job. Forsøger den professionelle at skrive sig ud af ansvar, vil denne samtidig skrive sig ud af sin professionelle rolle. Mesel beskriver dog, at han oplever den modsatte tendens blandt de interviewede, hvor de i stedet påtager sig for stort ansvar og dermed bliver for selvkritiske (2014, s. 238). Dette beskrives som værende problematisk, da sundhedsfagligt arbejde sker i en moralsk risikozone, hvor risikoen for fejl og uheldige hændelser altid er til stede og dermed vil ske (2014, s. 242). Heraf tolker vi, at der er stor risiko for diskrepans mellem, hvilket ansvar det forventes, at jordemoderen påtager sig og det ansvar, hun reelt påtager sig. Vi forestiller os, at dette bevidner en stærk ansvarsfølelse og dermed høj moral, hvilket kan risikere at medføre selvbebrejdelse, selvkritik og forvaltning af ansvaret på en uhensigtsmæssig måde, når der sker fejl eller uheldige hændelser. Dette såfremt skyldfølelsen og frygten for at fejle yderligere får betydning for jordemoderens måde at yde omsorg på. Med afsæt i Mesels beskrivelse af en moralsk risikozone, tolker vi det næsten uundgåeligt for jordemoderen ikke at opleve skyldfølelse i perioder, og at det samtidig er op til hendes egen vurdering, hvornår hun føler sig skyldig. Ifølge Mesel (2014) kan skyldfølelserne og dét at skrive sig ud af ansvar betyde, at den professionelle fralægger sig sin professionelle autonomi og faglige mod. Dette kan medføre en instrumentalisering af praksis, hvor evnen til at foretage selvstændige og faglige vurderinger mindskes (2014, s. 247). Af dette tolker vi, at ansvarsfraskrivelse kan medføre en defensiv praksis, hvor omsorgen standardiseres på baggrund af manglende tro på eget faglige skøn eller en frygt for at afvige fra retningslinjer. Dette forestiller vi os vil kompromittere den individualiserede omsorg, fordi jordemoderen i mindre grad fokuserer på den fødende.

Ifølge Mesel implicerer ansvar ikke moralsk skyld (2014, s. 241). Den emotionelle belastning kan dog være så stor, at den enkelte kan have vanskeligt ved at adskille ansvar og skyld, når der sker fejl eller uheldige hændelser. Mesel definerer, at den professionelle føler skyld overfor patienten, og at skyldfølelsen er et moralsk instrument, som har betydning for refleksionen over skyldforhold. Flere professionelle er af den opfattelse, at såfremt de har haft et ansvar i situationen, er de skyldige i udfaldet. Tilmed beskriver Mesel, at de professionelle tenderer til ikke at ville fralægge sig skylden igen, selvom dette er en mulighed (2014, s. 241-243). Af dette tolker vi, at jordemoderens oplevelse af egen skyld kan risikere at være betinget af følelser og høj moral fremfor den skyld, der faktisk kan pålægges

hende. Hermed skyldiggør hun sig selv i mere, end hvad er rimeligt i objektiv forstand. Dette anses problematisk, da skylden således ikke nødvendigvis er logisk, men kan være irrationelt og følelsesmæssigt betinget, og dermed kan være svær at navigere i. Da bearbejdningen således ikke følger en norm eller fælles standard, forestiller vi os, at bearbejdningen af både skyldfølelsen og situationen, som følelsen udspringer af, vil blive besværliggjort.

Ifølge Mesel kan skyldfølelsen for nogle blive så tung, at den medfører moralsk udmattelse (2014, s. 243). Dette skyldes, at hjælperidentiteten rammes hårdt, når den professionelle fejler, fordi denne er vant til at mestre sit fag. Samtidig opstår der en afstand mellem idealbilledet og virkeligheden, hvilket kan risikere at resultere i et identitetskollaps. Dette kan medføre, at den professionelle i en periode mister sit faglige mod, fører en defensiv praksis og har undvigelsesadfærd overfor lignende situationer (2014, s. 240). Det kan således tolkes, at jordemoderens opfattelse af eget selvbillede har betydning for hendes udførelse af praksis. Såfremt selvopfattelsen er negativ, kan det også afspejles negativt i praksis. Vi forestiller os derfor, at skyldfølelsen og håndteringen af denne vil have betydning for kvaliteten af omsorgen. Ifølge Mesel kan identitetskollapset medføre "*et stærkt fokus på at blive god*" for at bevise overfor sig selv og kollegaer, at man ikke er farlig og derigennem opbygge sin professionsidentitet på ny (2014, s. 240). Identitetskollapset kan således tolkes at medføre et fokus på at bevise, at man er faglig kompetent. Dermed kan det overvejes, om dette kan medføre endnu flere forventninger til idealbilledet og samtidig øge kravene til egen professionelle rolle. Såfremt dette er tilfældet, kan det overvejes, hvorvidt de høje forventninger kan komme den fødende til gode, da jordemoderen højst sandsynligt vil forsøge at leve op til disse og dermed opkvalificere sin omsorg. Imidlertid kan det overvejes om denne tilgang er bæredygtig på længere sigt, eller om det kan tolkes som overkompensation for skyldfølelsen, som vil medføre yderligere moralsk udmattelse.

Ifølge Mesel (2014) optræder skam ofte sammen med skyldfølelsen, og retter sig ikke blot imod vores handlinger, men snarere mod én selv som menneske. Mesel påpeger, at skammen derfor er svær at identificere og mere udfordrende at håndtere end skylden, da den altså ikke, ligesom skylden, er rettet mod patienten, men rettet mod den professionelle selv og dennes kollegaer. Skammen kan opleves som en negativ omdømmefølelse, der opstår, fordi den professionelle tænker, at kollegaerne vurderer en som ikke-kompetent. Dette kan medføre faglig isolation, tavshed og ansvarsfraskrivelse (2014, s. 243). Som tidligere beskrevet mener Mesel, at hvis den professionelle frasiger sig sit ansvar, fraviger denne sig samtidig sin professionelle rolle (2014,

s. 238). Da skam kan medføre ansvarsfraskrivelse, kan det derfor tolkes, at skammen over fejl og uheldige hændelser kan medføre, at den professionelle fraskriver sig sin professionelle rolle. Vi forestiller os, at dette kan skyldes mindsket selvtillid og tro på egen identitet. Heraf tænker vi, at ubearbejdet skam vil have stor betydning for den enkelte jordemoder og hendes praksis. Yderligere tolker vi, at kollegaerne har betydning for jordemoderens forståelse af egen professionsidentitet og bearbejdningen af skammen. Ifølge Mesel (2014) ses der nemlig en særlig tendens, når fejl eller uheldige hændelser sker. De omkringværende kollegaer vil ofte møde den skamfulde tavst, hvor hændelsen nedtones til noget trivielt, da de mener, det kunne være sket for hvem for helst. For den professionelle vil ovenstående reaktion forstærke følelsen af skam og negativt omdømme, hvorfor Mesel kalder denne tendens for en “*skamproducerende mekanisme*” (2014, s. 244). Vi mener, at der her kan være tale om en misforstået hensyntagen i en kollegial relation. Kollegaernes velmenende tavshed kan tolkes som et ønske om at normalisere fejlen og dermed mindske følelsen af skam, hvilket, modsat intensionen, kan opleves negligerende og isolerende for den involverede jordemoder. Det tyder altså på, at der mangler en fælles forståelse og et fælles sprog for fejl og de følelser, denne kan medføre, da kollegaers gode intentioner ikke bliver forløst, men i stedet forstærker skammen.

Ud fra ovenstående analyse vurderer vi, at ansvar er afgørende for, at jordemoderen kan forvalte sin professionelle rolle i en moralsk risikozone, men at det samtidig er netop dette ansvar, som kan frembringe følelser af skyld og skam. Formår jordemoderen ikke at bearbejde disse følelser, vil de kunne have en negativ påvirkning på professionsidentiteten og udførelse af praksis herunder ansvarsfraskrivelse, defensiv udførelse af praksis, undvigelsesadfærd, mistet fagligt mod samt selvbebrejdende og isolerende adfærd.

### **5.3.2 Hjælp til håndtering**

Ifølge Mesel kan det være vanskeligt at skelne mellem skyld og ansvar, hvilket kan udfordre bearbejdningen af skyld og skam (2014, s. 251). I følgende gennemgås Mesels bud på individuelle og kollektive håndteringer af fejl og uheldige hændelser.

#### **Mødet med patienten**

Ifølge Mesel (2014) bør det være et normativt krav, at den professionelle påtager sig ansvar for fejl og uheldige hændelser, som de har været impliceret i. Dette kan ske, hvis den professionelle er personlig villig til at møde involverede patienter og pårørende for at gøre rede for, hvorfor



de har handlet eller undladt at handle, som de har (2014, s. 246). Af dette tolker vi, at dét at tage ansvar er en væsentlig del af bearbejdningen og mestringen af en fejl eller uheldig hændelse, og at dette kan ske gennem et møde mellem jordemoder og kvinde. Vi tænker dog, at det kan være udfordrende og for ressourcekrævende for nogle jordemødre selvstændigt at tage initiativ til mødet, særligt når mødet inkluderer en konfrontation med skyldfølelsen. Dette kan måske medføre, at nogle undgår at møde kvinden, hvorved et potentiale for at bearbejde skyldfølelsen forbliver uforløst. Ifølge Mesel kan patienten samtidig føle en dobbeltkrænkelser, hvis den professionelle ikke er villig til at tage ansvar for fejl eller uheldige hændelser (2014, s. 246). Vi tolker heraf, at mødet samtidig kan være forebyggende for patientklager. Såfremt jordemoderen ikke ønsker et møde, kan kvinden risikere ikke at føle sig hørt og dermed være nødsaget til at indgive en patientklage.

### **Samtalepartnere**

Mesel påpeger vigtigheden af en god samtalepartner, hvis professionelle oplever skyldfølelse efter en fejl eller uheldige hændelser (2014, s. 247). Han mener, at dette bør være en erfaren og pålidelig kollega, da denne har en faglig indsigt og viden som f.eks. en ægtefælle eller psykolog ikke besidder. Denne støtte umiddelbart efter hændelsen beskrives som afgørende i forståelsen af skyld og ansvar, og kan forstås som en kortsigtet mestringsressource, der kan mindske behovet for langsigtede mestringsressourcer f.eks. psykologsamtaler. Hertil er det i afklaringen af forløbet, der kan findes ressourcer til mestring og læring (2014, s. 249). Af dette tolker vi, at det kan være fordelagtigt for jordemoderens forståelse, og dermed bearbejdning af en fejl eller uheldig hændelse, at have en kollegial samtalepartner. Vi forestiller os, at kollegaen vha. sin faglighed kan hjælpe den professionelle med at adskille skyld og skam. Samtidig tænker vi, at dette kan medvirke aftabuisering af både fejl og eventuelle patientklager samt de følelser, disse kan medføre. På baggrund af Mesel overvejer vi dog, om professionelle, som er involveret i fejl eller patientklager, kan blive udfordret af skyld og skam og dermed ikke opsøge kollegaer. Dette kan begrænse jordemoderen i at få adgang til denne mestringsressource.

### **Forum for håndtering**

Mesel (2014) betvivler, hvordan håndteringen og samtalen om forløbet, som det beskrives af de interviewede professionelle, er optimalt. Det beskrives, at forløbet ofte tages op på morgenmøder, men at denne gennemgang kan være præget af hierarkiske tendenser og kan opleves fagligt urimelig og tyngende. Hertil kritiseres *skyllerumssamtaler* og uformelle samtaler, da

disse hverken tematiserer ansvar og skyld eller indeholder en klinisk gennemgang af forløbet (2014, s. 249). Disse opfattes som kortvarige mestringsstrategier, hvorfor der blandt de professionelle efterspørges mulighed for *emotional ventilering* (2014, s. 249-250). Vi tolker af dette, at samtalens forum og tidsmæssige aspekt kan have betydning for jordemoderens bearbejdning af fejl eller uheldige hændelser. Såfremt morgenmøder og uformelle samtaler er det eneste tilbud for bearbejdning efter fejl, uheldige hændelser eller en patientklage, vurderes muligheden for emotionel bearbejdning at blive begrænset. Morgenkonferencer kan være et relevant sted for at opnå et klinisk læringsudbytte og skabe obstetrisk sammenhæng i forløbet til gavn for bearbejdningen. Samtidig forestiller vi os dog, at det kan udfordre professionelle at adressere selve hændelsens moralske og mere eksistentielle påvirkning. Vi udleder heraf, at der er et behov for større fokus på det psykologiske efterspil, hvori der prioriteres tid til dialog med et følelsesbetonet afsæt.

### **Kollektivt ansvar**

Af ovenstående præsenterede bud på håndtering af fejl og uheldige hændelser vurderes den enkelte jordemoder at have en central rolle i faciliteringen af disse. Vi overvejer dog, hvorvidt alle jordemødre har mulighed for alene at initiere disse, eller om det for nogle kan være for krævende. Dette særligt, hvis hun er belastet af skyld- og skamfølelser. Ifølge Mesel (2014) kan det som nævnt medføre moralsk udmattelse, hvis mestringen overlades til den enkelte. Dette vurderer han som ikke-bæredygtigt i længden og mener derfor, at kollektivet har et ansvar for den enkeltes bearbejdning af ansvar og skyld (2014, s. 246). Derudover beskriver Mesel, at støtte til mestring er afgørende for god ansvarsforvaltning (2014, s. 250). Vi tolker heraf, at den gode håndtering og mestring skal behandles af både jordemoder og ledelse; Den enkelte jordemoder er nødsaget til at tage ansvar, såfremt hun er ansvarlig, men ledelsen skal samtidig stille de rette betingelser for, at hun kan forvalte dette ansvar overfor sig selv, kollegaer og kvinden. Hertil tolker vi, at det er vigtigt, at ledelsen understøtter jordemoderens bearbejdning af ansvar, skyld og skam, og hjælper hende med at navigere heri, så hun hverken påtager sig for meget eller for lidt ansvar. Som tidligere beskrevet påpeger Mesel, at de professionelle netop efterspørger muligheden for *emotional ventilering* (2014, s. 250). Han nævner, at ledelsen eller en anden kompetent kollega rutinemæssigt skal initiere en gennemgang af forløbet, hvor det forventes, at den professionelle takker ja (2014, s. 250). Formålet med gennemgangen skal dels være emotionel ventilering og dels en klinisk gennemgang af forløbet, og således ikke med dét formål at skyldplacere (2014, s. 251). Vi tolker heraf, at en sådan ledelsesstil, hvor tilbud om

opfølgning sker rutinemæssigt, kan medføre aftabuisering af fejl og patientklager samt de følelser, disse kan medføre. Tilmed forestiller vi os også, at det kollektive ansvar kan reducere frygten for at begå fejl eller modtage en klage, fordi den enkelte jordemoder vil opleve at have et sikkerhedsnet i afdelingens ledelse samt kollegialt.

## 6. Diskussion

I afsnittet diskuteres først projektets analyseresultater sammenholdt med indledningen, begrebsdefinitionen af individualiseret omsorg af Annegrethe Nielsen (2005) samt nyt udvalgt materiale. Dernæst findes en metodediskussion.

### 6.1 Resultatdiskussion

Resultatdiskussion inddeles i to overskrifter, hvor analysefundene af de tre udvalgte kilder diskuteres. Dette med henblik på at besvare problemformuleringen og give bud på praksisforbedrende tiltag. I diskussionen inddrages ny litteratur samt et onlinemøde med Jordemoderforeningen for at diskutere analysens resultater i nye perspektiver.

#### 6.1.1 Patientklagers påvirkning af jordemoderen

Fredag d. 31. marts 2023 mødtes vi online med jurist Pernille Thykier og jordemoder Anne-Mette Schroll fra Jordemoderforeningen, som udgør Jordemoderforeningens "klagesagsteam". Dette for at få indblik i hvordan der aktuelt tages hånd om jordemødre, som er involveret i en patientklage. Med tilladelse fra Thykier og Schroll inddrages udvalgte pointer fra mødet i diskussionen.

I samtalen præsenteredes Thykier og Schroll for nogle af projektets analysefund omhandlende mistet selvtillid og tro på egen identitet som følge af en patientklage, hvortil de tilføjede begrebet *professionsusikkerhed*. Begrebet omhandler mistet tro på egne kompetencer pga. usikkerhed, og kan medføre tanker om jordemoderens følelse af tilstrækkelighed; denne usikkerhed eksisterer ikke blot i det aspekt klagen vedrører, men rækker langt herudover. De gav tilmed et eksempel på en jordemoder, som modtog en klage vedrørende smerter ved anlæggelse af perifært venekateter (PVK), og som følge heraf oplevede en usikkerhed. For at imødekomme usikkerheden, foreslog ledelsen, at hun tog et ekstra kursus i PVK-anlæggelse, hvor hun fik ros for sin teknik. Dette medførte genvunden selvtillid ift. anlæggelse, men rosen modvirkede ikke den generelle tvivl over egen jordemoderfaglighed, da hun ikke havde tolket kvindens oplevelse korrekt. Jordemoderen fik ikke kritik i sagen, da hun blev vurderet at have arbejdet samvittighedsfuldt og omhyggeligt jf. Autorisationslovens §17 (2023; Esbensen, 2022). Eksemplet er efterfølgende fundet i Tidsskrift for Jordemødre (2022).

Ifølge analysen af Mesel rammes hjælperidentiteten hårdt, når jordemoderen fejler, fordi hun er vant til at mestre og samtidig besidder høj moral. Hermed vil jordemoderen oftest yde sit

bedste i et fødselsforløb og fokusere på at yde individualiseret omsorg, således hjælperidentiteten ikke rammes. Det kan hertil diskuteres, om blot dét at blive beskyldt for fejl i lige så høj grad kan ramme hjælperidentiteten. I den forbindelse overvejes det i indledningen, om der under fødslen kan opstå et modsætningsforhold mellem kvindens og jordemoderens oplevelse af fødslen. Når fødslen opleves anderledes af kvinden og hun vælger at indgive en klage, kan jordemoderen altså vurderes at være dømt skyldig af kvinden, selvom der ikke gives officiel kritik (Hansen, 2022b). Dette er tilfældet i eksemplet ovenfor (Esbensen, 2022), og det kan således diskuteres, hvorvidt den officielle afgørelse af klagen egentlig har betydning for de ændringer, vi i analyserne vurderede, kan ses i jordemoderens udførelse af praksis som følge af en patientklage.

Som følge af patientklagen beskriver jordemoderen i eksemplet, at hun frygtede at have lavet skade på flere af de kvinder, hun hidtil havde anlagt PVK på; dette på trods af, at hun indtil da havde følt sig god, og der ikke blev givet kritik til hende (Esbensen, 2022). Heraf kan det vurderes, at jordemoderen skyldiggør sig selv i flere fejl, end hun reelt er ansvarlig for grundet en stærk ansvarsfølelse, hvilket stemmer overens med analysen af Mesel. Dette sker, da forskellen mellem begreberne ansvar, skyld og skam kan være svær at navigere i, hvortil det ses svært at fralægge sig skylden igen, selvom det er muligt. Dette vurderes problematisk, da det i indledningen præsenteres, at der ikke gives kritik til jordemødre i 80 % af de indgivne klager (Hansen, 2022a). Det vil altså i langt de fleste tilfælde være muligt for jordemoderen at fralægge sig skylden, men da skyld- og skamfølelser ikke er forankret i logik, jf. analysen af Mesel, vil dette være vanskeligt for jordemoderen at gøre. Sammenholdes denne pointe med Høgstedts beskrivelse af over- eller underinvolvering, kan det overvejes, hvorvidt disse praksisafvigelser egentlig skyldes afmagtsreaktioner som følge af skyld og skam.

Ifølge analysen af valgte artikel (Robertson & Thomson, 2016) opstår der hos jordemoderen, som følge af en patientklage, et stort fokus på bevissikring og rygdækning af egen praksis, hvilket vurderedes at være defensiv praksis. Dette kommer helt konkret til udtryk ved merdokumentation, øget CTG-overvågning samt tendens til at lade kliniske retningslinjer dominere (2016). Jordemoderen i eksemplet med PVK beskriver, at patientklagen medførte, at hun i en lang periode overinvolverede sig, hvilket bidrog yderligere til den faglige usikkerhed (Esbensen, 2022). Dette stemmer overens med Høgstedts beskrivelse af, at hvem man er som person, har betydning for reaktionen og den ændrede praksis (2021). Uanset afvigelsen i praksis vurderes praksisændringen problematisk, da ubearbejdet skyld, jf. analysen af Mesel i længden kan

medføre moralsk udmattelse. I projektets begrebsdefinition findes Annegrete Niensens (2005) udlægning af jordemoderfaglig omsorg. Heri påpeges, at jordemoderen ikke må tilrettelægge sin omsorg, således den fremstår mekanisk eller forfølger egne personlige mål. Det kan altså diskuteres, i hvor høj grad jordemoderen egentlig har forudsætningerne for at kunne yde individualiseret omsorg, hvis hendes praksis udføres enten over- eller underinvolveret som følge af skyld og skam, da disse divergerer med Niensens udlægning af god jordemoderfaglig omsorg.

Da det i analyserne af Mesel og Høgsted fastsættes, at jordemoderen praktiserer i en risikozone, hvormed patientklager er et grundvilkår, kan det overvejes, hvorvidt håndteringen af fejl og patientklager bør være primære fokus. Dette diskuteres i følgende afsnit.

### **6.1.2 Håndtering af patientklagers påvirkning af jordemoderen**

Thyker og Schroll påpeger endvidere at: *“en klagesag ikke er det samme som, at jordemoderen har gjort noget forkert. Man skal nærmere se klagen som noget, der er forankret i kvindens behov”*. Hertil mener de, at efterfødselssamtaler måske kan forbygge antallet af patientklager, da det kan imødekomme eventuelle modsætningsforhold jordemoder og kvinde imellem. Dette beskrives også i indledningen. De giver hertil et eksempel på en kvinde, der klagede over, at uterus blev kuglet postpartum, og stiller herefter spørgsmålstegn ved, om klagen kunne være undgået, såfremt kvinden havde været bekendt med konsekvenserne, hvis uterus ikke blev kuglet. Vi forestiller os derfor, at et praksisforbedrende tiltag kan ses i en *obligatorisk* efterfødselssamtale. Obligatorisk på en sådan måde at den altid planlægges med mulighed for afbud, og ikke som nu bookes på kvindens initiativ. Vi mener, at dette kan danne grundlag for en fælles forståelsesramme jordemoder og kvinde imellem. Samtidig kan det modvirke, at nogle kvinder føler dobbeltkrænkelser, hvis jordemoderen ikke ønsker at møde hende og dermed føler sig nødsaget til at indgive en klage, jf. analysen af Mesel. Samlet forestiller vi os, at dette kan nedbringe antallet af patientklager. I indledningen beskrives det, at patientklager ofte indgives, fordi kvinderne ønsker at forbedre praksis, hvorfor det kan diskuteres, om patientklager kan anses som en mulighed for kvalitetsudvikling? Det kan således diskuteres, hvorvidt fokus i praksis bør være at understøtte jordemoderens følelsesmæssige håndtering af klager, fremfor at nedbringe antallet, da dette anses som en mulighed for kvalitetsudvikling.

Da jordemoderens ændrede praksisadfærd som følge af en patientklage blev vurderet at bero på ubearbejdet skyld og skam i første del af diskussionen, vurderes disse følelser vigtige at

håndtere. Dette særligt da skyld og skam kan medføre konstruktiv selvrefleksion ifølge Dan Zahavi, professor i filosofi, og Carsten Stage, lektor i nordisk sprog og kultur (Koch & Alberg, 2021). Dette dog kun såfremt skammen bearbejdes, og dermed kan medføre positive ændringer i egne handlemåder (2021). I analysen af Mesel beskrives en misforstået hensynstagen, hvor kollegaers velmenende ord i stedet opleves negligerende hos den jordemoder, der er indklaget. Hertil vurderes ud fra alle tre analyser, at manglende støtte fra kollegaer og ledelse kan medføre faglig isolation og undvigende adfærd. Ydermere beskrives i indledningen en nulfejlskultur, hvor der fokuseres på den enkeltes skyldsspørgsmål; dette især, når morgenkonferencer og skyllerummet opleves som de primære steder for håndtering af den følelsesmæssige påvirkning, jf. analysen af Mesel.

Under vores onlinemøde skildrede Jordemoderforeningen, hvordan udtalelser som ”hos os har vi ingen klager” desværre kan fremstå som et misforstået hædersmærke for fødegangens dygtighed. En sådan udtalelse understreger den kulturelle tabuisering af patientklager og den dertilhørende isolation jordemødrene beskriver i den analyserede artikel. Det kan således diskuteres, om forudsætningerne for at udnytte klagens potentiale til kvalitetsudvikling eksisterer, når der hersker en blame-culture, hvilket også findes i analysen af artiklen og i indledningen.

I sin artikel ‘*Erfaringsrum, handlingsbåren kundskab og refleksion*’ fra 2008 fortæller filosof og psykolog Steen Wackerhausen om refleksion og vaner i praksis. I det non-skolastiske paradigme, som er forankret i læring gennem praksis, findes forskellige erfaringsrum. Wackerhausen beskriver disse erfaringsrum som *blinde pletter* (2008, s. 4), hvortil han uddyber: ”*Moralen er, at vi lærer kun af den erfaring, vi faktisk får! Hvis erfaringsrummet er invariabelt og uden eksplorative variationer, så vil de resulterende erfaringer let føre til selvbekræftende profetier og fejltagtig handlingsbåren kundskab.*” (2008, s. 6). Således kan blinde pletter og sædvaner blive styrende for praksis og medføre en uhensigtsmæssig ureflekteret praksis. Der kan hertil argumenteres for, at hvis sædvanen og kulturen er, at bearbejdningen af de psykiske eftervirkninger af en patientklage sker tavst, kan det være vanskeligt for den næste jordemoder at bryde med dette. Wackerhausen (2008) hævder, at for at kunne bryde med sædvanen, skal denne, sammen med den etablerede praksis, gøres til genstand for refleksion. Tilmed beskriver Wackerhausen 2. ordensrefleksion. Denne fokuserer ikke blot på at tænke over en bestemt oplevelse, men handler i stedet om at blive bevidst om sædvanlige handlemønstre i praksis, hvilket bidrager til forandringspotentiale. Dog skildrer Wackerhausen, at den professionelle, som søger at iværksætte 2. ordensrefleksion, kan blive mødt af praksisfællesskabets *immunsystem* (2008 s.

18). Han mener, at ethvert praksisfællesskab over tid har udviklet *immunreaktioner* overfor afvigende og fremmede anskuelser (2008, s. 18). Den professionelle, der fremfører sædvanekritiske spørgsmål, opfører sig her afvigende fra praksisfællesskabets sædvaner, som heraf kan igangsætte immunreaktioner, der kan være alt fra marginalisering til ekskludering af den pågældende professionelle (Wackerhausen, 2008). Det kan hertil diskuteres, med tanke på den psykologiske belastning grundet patientklager der findes i projektets analyser, om man som jordemoder har bevidstheden om og overskuddet til at indgå i 2. ordensrefleksion og dermed risikere at opleve de ovenstående beskrevne immunreaktioner. Såfremt håndteringen med afsæt i 2. ordensrefleksion gøres kollektivt, vil det formentlig være lettere for jordemoderen at undgå ansvarsfraskrivelse, idet det kan tyde på, at risikoen for ekskludering minimeres, når ansvaret deles. Betydningen af det kollektive ansvar er i overensstemmelse med analysefundene i Mesel, hvor støtte til mestring beskrives fordelagtigt. I artiklens analysefund udledes det tillige, at åbenhed og fokus på den enkelte jordemoder fremfor på fejlen, kan bidrage til et styrkende arbejdsmiljø fri for tabuisering. Hertil opstår der altså en vanskelig kløft, da manglende åbenhed og selve iværksættelsen af 2. ordensrefleksion begge kan resultere i ekskludering og isolation. Det kan hertil overvejes, om dette er årsagen til den afmagt, der implicerer over- eller underinvolvering i patientkontakten, som der behandles i analysen af Høgsted.

Med udgangspunkt i den beskrevne blame-culture med fokus på skyldsplacering samt Wackerhausens beskrivelse af 2. ordensrefleksion og risici forbundet herved, kan jordemoderens forudsætninger for alene at håndtere en patientklage vurderes vanskelig. Derfor forestiller vi os, at en kulturændring skal iværksettes af ledelsen, således patientklager ikke opfattes som en skamplet, der behandles i tavshed. Som et praksisforbedrende tiltag foreslås det, at ansvaret for håndtering tillægges én eller to repræsentanter på hver fødeafdeling. Dette mhp. at iværksætte en dialog om det psykologiske efterspil hos jordemoderen, der har modtaget en patientklage, og gennem tillært viden samtidig hjælpe hende med at navigere i begreberne ansvar, skyld og skam. Denne idé er diskuteret med Jordemoderforeningen. De mener, at forslaget kan være relevant, da det i dag primært er vicechefjordemødrene, som har ansvaret for håndteringen af klager. Jordemoderforeningen påpeger, at vicechefjordemødrene har adskillige ansvarsområder udover klagerne, hvorfor en repræsentant, der uforstyrret kan fokusere på den psykiske belastning, kan være fordelagtig for den implicerede jordemoder. Om end Jordemoderforeningen ikke mener, at ledelserne på nogen vis er skyld i den nuværende tabuisering, der er vedrørende patientklager.



## 6.2 Diskussion af egen metode

I dette afsnit diskuteres styrker og begrænsninger ved projektets videnskabelige tilgang og metode i henhold til besvarelse af problemformuleringen.

Jf. afsnit 4.2 tager problemformulering afsæt i en humanvidenskabelig tilgang, idet der i projektet undersøges, hvordan jordmoderen oplever dét at være involveret i en patientklage. Problemformuleringen er således besvaret ved brug af kvalitativ forskning, da denne efterlever humanvidenskabens grundantagelser. En begrænsning ved den humanvidenskabelige tilgang er dog, at gyldigheden af den indsamlede viden kan udfordres (Thisted, 2018, s. 73-74). I dette projekt inddrages kun én kvalitativ videnskabelig artikel, hvor resultaterne er baseret på 22 interviewede subjekter. Dette er ifølge Kvale og Brinkmann et tilladeligt antal af informanter indenfor kvalitativ forskning (2015, s. 167), men det kan overvejes om inddragelsen af f.eks. en metaanalyse kunne have styrket gyldigheden af projektets besvarelse. Jf. afsnit 4.4 blev valgte videnskabelige artikel dog vurderet mest relevant for besvarelsen af problemformuleringen, da dennes fænomenologiske tilgang netop tillader at undersøge subjektive oplevelser dybdegående, som vurderes nødvendig. Det kan dog overvejes, hvorvidt resultaterne i projektet havde været anderledes, hvis andre kvalitative studier var blevet valgt eller yderligere inddraget.

Problemformuleringens videnskabelige afsæt er som nævnt humanvidenskabelig, men besvarelsen af projektet berører hertil det samfundsvidenskabelige felt. Dette, da der i analysen af Mesel udledes, at det er gennem kollektiv håndtering, jordmoderen bedst støttes i bearbejdningen af det psykologiske efterspil af en patientklage. Tilmed diskuteres ledelsens betydning for faciliteringen af håndteringen. Ifølge Guldager centrerer samfundsvidenskaben sig om både det kvalitative og kvantitative (2015, s. 156). Der kan således argumenteres for, at en bevidst og specifik inddragelse af samfundsvidenskaben i enten dette projekt eller fremadrettet udforskning af problemfeltet, vil bidrage med yderligere perspektiver hertil. Den kvantitative metode ville kunne teste effektiviteten af projektets forslåede praksisforbedrende tiltag, da målet med metoden er at bestemme en årsagssammenhæng (Thisted, 2018, s. 37). Yderligere kan der argumenteres for, at naturvidenskaben og dennes kvantitative tilgang også kunne have nuanceret besvarelsen af problemformuleringen. Siegel og Hartzells (2006) beskriver i deres neurovidenskabelige teori om høj- og lavruten, hvordan bearbejdningen af traumer med fordel kan ske, så de ikke lagrer sig i hukommelsen. De skriver, at refleksion fordrer den gode bearbejdning. Da

analyserne i projektet fastsætter refleksion som betydende i bearbejdningen af patientklager, kunne Siegel og Hartzell retrospektivt have bidraget til andre perspektiver af håndteringen, som samtidig kunne have øget gyldigheden af projektets resultater. Derfor giver dette anledning til yderligere udforskning af problemfeltet via et naturvidenskabeligt fokus.

Projektet er udarbejdet med det litteraturbaserede projekt som metode. I afsnit 4.3 beskrives, hvorfor denne metode er valgt samt styrkerne herved. Vi vurderede forinden besvarelsen af problemformuleringen, at eksisterende litteratur kunne besvare denne tilfredsstillende, men vi overvejer dog alligevel, hvordan indsamling af egen empiri kunne have bidraget til projektet. Havde vi f.eks. selv foretaget kvalitative fokusgruppinterviews med jordemødre, som har oplevet at få en patientklage, kunne vi sikre nutidige perspektiver heraf i en dansk kontekst. Det kan dog betvivles, hvorvidt dette ville være muligt, da det i projektet belyses, at netop dette emne kan være tabuiseret. Hertil bør man ifølge Glasdam overveje, om indsamling af egen empiri er etisk forsvarligt, såfremt det allerede er undersøgt, da det kan belaste de involverede mennesker unødigt at genundersøge (2015, s. 53). Da patientklager opleves som en sårbar situation for nogle jordemødre, kan det diskuteres, hvorvidt det ville leve op til ovenstående etiske overvejelser.

Samlet vurderes den humanvidenskabelige tilgang og det litteraturbaserede projekt som metode velvalgt for at kunne besvare problemformuleringen på relevant vis.

## **7. Konklusion**

Af projektet kan det konkluderes, at arbejdet i en risikozone, og de patientklager der kan fastsættes som en grundvilkår heri, påvirker jordemoderen i hendes praksis. Jordemoderen stilles de bedste forudsætninger for at yde individualiseret omsorg, når hun er afstemt og i kontakt i udførelsen af praksis, men kan blive bragt i ubalance, når hun modtager en patientklage. Ubancen kan risikere at medføre afvigelser fra den afstemte praksis, hvor hun kan blive enten over- eller underinvolveret. Begge kan udfordre relationen til den fødende og påvirke kvaliteten af den individualiserede omsorg, da jordemoderen heri kan vurderes at være styret af egne personlige mål i form af bevissikring og rygdækning f.eks. merdokumentation, øget brug af CTG samt at lade kliniske retningslinjer dominere. En patientklage kan således mindske jordemoderens faglige mod, medføre en defensiv praksis og have betydning for den måde hun forstår sin professionsidentitet på. Praksisafvigelserne over- og underinvolvering vurderes at kunne skyldes afmagtsreaktioner som følge af skyld og skam og manglende evne til at navigere heri,

hvorfor hjælp hertil samt støtte fra kollegaer og ledelse konkluderes vigtige i bearbejdningen. Det kan konkluderes, at den nuværende klagekultur ikke fordrer optimal følelsesmæssig bearbejdning af patientklager, da jordemødrene beskriver en blame-culture, hvor fokus bliver den enkeltes skyldsspørgsmål. Endvidere beskrives en misforstået hensynstagen fra kollegaer, hvor velmenende tavshed og trivialisering af hændelsen, modsat intentionen, opleves negligerende og isolerende. Dette konkluderes at være en skamproducerende mekanisme, som på længere sigt kan medføre et identitetskollaps, som i værste tilfælde kan medføre sygemelding eller at jordemoderen forlader faget. Som praksisforbedrende tiltag foreslås det derfor, at håndteringen af patientklager delegeres til repræsentanter på hver fødeafdeling. Dette for at bidrage til den efterspurgte og konstruktive kollektive håndtering, hvor der skabes et fælles sprog om at modtage en patientklage. På denne måde kan den enkelte jordemoder støttes i den følelsesmæssige bearbejdning. Dette udledes at kunne optimere sandsynligheden for, at jordemoderen forbliver i en afstemt praksis, hvor der er gode forudsætninger for at yde individualiseret omsorg. Det konkluderes ydermere, at det er af mindre betydning for jordemoderens praksisændringer og følelsesmæssige påvirkning, hvorvidt der gives officiel kritik eller ej, da hun uanset kan føle sig gjort skyldig af den fødende. Dette fordi hjælperidentiteten rammes hårdt, da jordemoderen er vant til at mestre sit fag, har høj moral og tilmed oftest vil yde sit bedste i et fødselsforløb. Da der kun gives kritik til 20 % af de jordemødre, der modtager en patientklage, findes det problematisk, at jordemoderen påvirkes uanset. Derfor foreslås også obligatoriske efterfødsels-samtaler som et praksisforbedrende tiltag mhp. at imødekomme divergerende fødselsfortællinger jordemoder og kvinde imellem, og dermed forebygge eventuelle patientklager baseret på misforståelser.

Det konkluderes af projektet, at den følelsesmæssige håndtering af en patientklage kan opkvalificeres og bør være primære fokus, da det giver anledning til 2. ordensrefleksion og dermed kvalitetsudvikling af praksis, fremfor at nedbringe antallet af klager.

## 8. Perspektivering

Konklusionen påpeger, at det kan medføre alvorlige konsekvenser at modtage en patientklage, og afklarer samtidig et behov for håndtering af den følelsesmæssige påvirkning heraf. Derfor vurderes det relevant at perspektivere projektets praksisforberedende tiltag ind i en større samfunds- og jordemoderfaglig kontekst. Første bud på et praksisforbedrende tiltag er obligatoriske efterfødselssamtaler. Da tiltaget vurderes at påvirke afdelingens kapacitet, vil det kræve en omprioritering af ressourcer, idet der tilføjes endnu en arbejdsopgave, som skal løses på samme tilgængelige tid. Patientklager indgives ofte, fordi kvinderne ønsker forbedring af praksis, og kan således opfattes som en mulighed for kvalitetsudvikling af svangreomsorgen. Som nævnt i konklusionen vil dette muligvis nedbringe antallet af patientklager og dermed muligheden for kvalitetsudvikling, hvorfor den følelsesmæssige håndtering bør være primære fokus. Hertil tænker vi, at det andet praksisforbedrende tiltag, hvori ansvaret for håndteringen tildeles repræsentanter på hver fødeafdeling, er særligt relevant. Såfremt der udvælges en repræsentant med viden indenfor området, sikres bæredygtig håndtering uanset fødestedets størrelse, idet erfaringen med håndtering vurderes varierende. Tiltaget vurderes også at være ressourcekrævende, men såfremt det kan forebygge opsigelser og sygemeldte jordemødre, kan der samtidig argumenteres for, at tiltaget både kan være økonomisk givende samt bidrage til et styrkende arbejdsmiljø.

Implementeringen af begge tiltag vil kræve en organisatorisk anerkendelse af problemfeltet, hvilket forudsætter en kultur, hvor patientklager ikke behandles i tavshed. Jordemoderforeningen har i forvejen, som et af flere tiltag, nyligt iværksat ”Venteværelset”: et forum til jordemødre, der venter på afklaring af deres patientklage hvori, der drøftes emner af psykologisk og juridisk karakter. Trods Jordemoderforeningen undervejs i mødet ytrer, at der aktuelt ses et varierende fremmøde til deres tiltag, anser vi deres initiativer som vigtige og aftabuiserende. Hvis håndteringen af det psykologiske efterspil udvikles i sundhedsvæsenet, forestiller vi os, at det kan medvirke til bedre praktikere, som i højere grad besidder mestringsstrategier, når en patientklage modtages.

## 9. Referenceliste

Referencestandard: APA 7th (Syddansk Universitetsbibliotek, 2023)

- Agervold, M. (2008). 'People work': at arbejde med mennesker - belastninger og reaktioner. *Tidsskrift for arbejdsliv*, 2(10), 61-77.
- Albæk, M. M. & Jensen, M. (06/03-2021). Utilfreds fødende går i medierne i stedet for at klage. *Jyllands-Posten*. <https://jyllands-posten.dk/indland/ECE12763711/utilfredse-foedende-gaar-i-medierne-i-stedet-for-at-klage/>
- Alexander, C., Bogossian, F. & New, K. (2021). Australian midwives and clinical investigation: Exploration of the personal and professional impact. *Women and Birth*, 34(1), 38-47.
- Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed [Autorisationsloven], LBK nr. 122 af 24/01/2023 Kapitel 5, Retsinformation (2023). <https://www.retsinformation.dk/eli/lt/2023/122>
- Bekendtgørelse af sundhedsloven [Sundhedsloven], LBK nr. 248 af 08/03/2023 Kapitel 5, Retsinformation (2023). <https://www.retsinformation.dk/eli/lt/2023/248>
- Bertelsen, A. M. H. & Gohr, C. (2016). *Den gode fødsel*. Museum Tusulanums Forlag.
- Birkler, J. (2016). *Videnskabsteori: En grundbog*. Munksgaard.
- Cirkulære om jordemodervirksomhed, CIR nr. 149 af 08/08/2001, Retsinformation (2001). <https://www.retsinformation.dk/eli/mt/2001/149>
- Danmarks Statistik (u.å.). *Fødsler*. [tabel; Fødsler: Levendefødte 2019-2022]. Statistikbanken. Lokaliseret 14/4-2023 fra <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/borgere/befolkning/foedsler>
- Esbensen, L. S. (2022). Natasias patientklage gav hende kæmpe skyldfølelse. *Tidsskrift for Jordemødre*, 132(04), 16-17.
- Fuglsang, L. & Olsen, P. B. (2009). *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne*. (2. udg.). Roskilde Universitetsforlag.
- Giorgi, A. P. & Giorgi, B. M. (2003). The descriptive phenomenological psychological method. I *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design* (s. 243-273). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10595-000>

- Glasdam, S. (2015). *Bachelorprojekter indenfor det sundhedsfaglige område: Indblik i videnskabelige metoder*. (2. udg.). Nyt Nordisk Forlag; Dansk Sygeplejeråd.
- Guldager, J. (2015). *Videnskabsteori: en indføring for praktikere*. Akademisk Forlag.
- Hansen, L. S. (2022a). Et vilkår i jordemoderfaget. *Tidsskrift for Jordemødre*, 132(04), 19-21.
- Hansen, L. S. (2022b). Patientklager over fødsler handler ofte om noget relationelt. *Tidsskrift for Jordemødre*, 132(4), 22-23.
- Høgsted, R. (2021). Spejlneuroner og Rød-Grøn-Blå-modellen. I *Grundbog i belastningspsykologi* (4. udg., s. 90-102). Forlaget ICTUS.
- Høyer, K. (2019). Hvad er teori, og hvordan forholder teori sig til metode? I *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. (5. udg., s. 17-41). Munksgaard.
- Institut for Belastningspsykologi. (2020). *Rikke Høgsted - Indehaver og direktør*. Institut for Belastningspsykologi. <https://belastningspsykologi.dk/index.php/rikke-hogsted-2/>
- Jensen, A. M. B. & Jervelund, S. S. (2019). Formidling af kvalitative og kvantitative forskningsresultater. I *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. (5. udg., s. 377-401). Munksgaard.
- Jensen, T. K. (2019). Når beslutninger tages i fællesskab. *Tidsskrift for Jordemødre*, 2019(3). <https://jordemoderforeningen.dk/tidsskriftsartikel/naar-beslutninger-tages-i-fallesskab/>
- Jessen, B. (28/10-2020). Læger skammer sig mest over fejl – de frygter kollegernes dom. *Ugeskrift for Læger*, 2020(19). <https://ugeskriftet.dk/blad/19-2020>
- Koch, J. B. & Alberg, J. (værter). (13/5-2021). S2 EP42: Skam dig! Det kan være godt for dig [podcast-episode]. I *Brainstorm*. Videnskab.dk. <https://videnskab.dk/kultur-samfund/vi-kan-laere-noget-af-at-skamme-os/>.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. (3. udg.). Hans Reitzels Forlag.
- Mesel, T. (2014). Ansatser til en bærekraftig profesjonsetikk. I *Når noe går galt* (s. 235-252). CAPPELEN DAMM.
- Munk, L. (2022). Man skal ikke stå alene med en klagesag. *Tidsskrift for Jordemødre*, 132(4). <https://www.epaper.dk/jordemoderforeningen/tfj2022/tfj-4-2022--web/>
- Nielsen, A. (2005). *Udvikling af interaktionelle kvalifikationer i jordemoderuddannelsen*. Folkeskolen i Livslang Læring, Roskilde Universitetscenter.

- Noone, G. (2013). [Fotografi]. Cures for Shame. Lokaliseret på <https://www.rookie-mag.com/2013/10/cures-for-shame/>
- Riencker, L. & Jørgensen, P. S. (2017). *Den gode opgave. Håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser*. (5. udg.). Samfundslitteratur.
- Ritzau. (20/04-2019). Danske Patienter: Hver femte behandling er overflødig. *Jyllands-Posten*. <https://jyllands-posten.dk/livsstil/familiesundhed/ECE11331515/danske-patienter-hver-femte-behandling-er-overfloedig/>
- Robertson, J. H. & Thomson, A. M. (2014). A phenomenological study of the effects of clinical negligence litigation on midwives in England: The personal perspective. *Midwifery*, 30(3), 121-130. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.12.003>
- Robertson, J. H. & Thomson, A. M. (2016). An exploration of the effects of clinical negligence litigation on the practice of midwives in England: A phenomenological study. *Midwifery*, 33(2016), 55-63. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.10.005>
- Schrøder, K. (2011). Fagligt indstik: Den traumatiske fødsel fra jordemoderens perspektiv. *Tidsskrift for Jordemødre*, 2011(7). <https://jordemoderforeningen.dk/tidsskriftsartikel/fagligt-indstik-den-traumatiske-fodsel-fra-jordemoderens-perspektiv/>
- Schrøder, K., Jørgensen, J. S., Lamont, R. F. & Hvidt N. C. (2016). Blame and guilt – a mixed methods study of obstetricians’ and midwives’ experiences and existential considerations after involvement in traumatic childbirth. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica*. 95(7), 735-745. <https://doi.org/10.1111/aogs.12897>
- Schroll, A. & Bondo, L. (2017). Fra England til Danmark? *Tidsskrift for Jordemødre*, 2017(4). <https://jordemoderforeningen.dk/tidsskriftsartikel/fra-england-til-danmark/>
- ScienceDirect. (2023). *Midwifery: About the journal*. Elsevier. <https://www.sciencedirect.com/journal/midwifery?sf215857428=1>
- Siegel, D. J. & Hartzell, M. (2006). *Forældre indefra: om forældres selvindsigt og børns trivsel*. Akademisk Forlag.
- Skov, K. S. (13/06-2018). Jordemoder: Frygten har taget over i sundhedsvæsenet – og det får folk til at miste tilliden. *Kristeligt dagblad*. <https://www.kristeligt-dagblad.dk/debatindlaeg/jordemoder-er-det-tid-til-kigge-indad-i-sundhedsvaesenet>
- Stanger, S. (u.å.). *Complaints Against Maternity Services are on the Rise in England*. Bond Turner Limited: Been Let Down. Lokaliseret d. 20/04-2023. <https://www.been-letdown.co.uk/insights/complaints-against-maternity-services-are-on-the-rise-in-england/>

- Styrelsen for Patientklager. (Apr. 2023). *Statistik for klagesager*. <https://stpk.dk/om-os/stpk-i-tal/>
- Sundhedsstyrelsen. (2022). *Anbefalinger for svangreomsorgen* (4. udg.). Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/Anbefalinger-svangreomsorgen/Svangreomsorg-2022-ny.ashx>
- Syddansk Universitetsbibliotek. (14/04-2023). *APA 7th-Guiden - Referencehåndtering*. Syddansk Universitet. [https://libguides.sdu.dk/apa7/apa7\\_generelt](https://libguides.sdu.dk/apa7/apa7_generelt)
- Thisted, J. (2018). *Forskningsmetode i praksis: Projektorienteret videnskabsteori og forskningsmetodik*. (2. udg.). Munksgaard.
- Tong, A., Sainsbury, P. & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357.
- UCN Biblioteket. (2021). *DOSIS-guide: DOkumenteret Systematisk InformationsSøgning*. Professionshøjskolen UCN. <https://www.ucnbib.dk/da/page/dosis-guide>
- Wackerhausen, S. (2008). Erfaringsrum, handlingsbåren kundskab og refleksion. *Refleksion i praksis: skriftserie*. 1(2008), 1-21.
- Wielandt, H. et al (2013). *Tidligere traumatisk obstetrisk fødselsoplevelse*. DSOG. [http://gynobsguideline.dk/sandbjerg/Tidligere\\_traumatisk\\_obstetrisk\\_foedselsoplevelse\\_13.pdf](http://gynobsguideline.dk/sandbjerg/Tidligere_traumatisk_obstetrisk_foedselsoplevelse_13.pdf)



## 10. Bilag

### 10.1 DOSIS-Guide

#### DOkumenteret Systematisk InformationsSøgning

1: Emne og stikord (emnebeskrivelse/brainstorm over eventuelle søgeord)	
<b>Titel:</b> Patientklager og deres betydning for jordemoderens praksisudførelse	
<b>Problemstilling:</b> Hvordan påvirker det jordemoderen, og dermed hendes tilgang til og omsorg for fødende kvinder, når hun får en patientklage? Dette både ift. personlig påvirkning og dermed også hendes tilgang til jordemoderfaget og fremtidig praksisudførelse.	
<b>Stikord på dansk:</b> Jordemoder, skyld og skam, patientklage, second victim	<b>Stikord på engelsk:</b> Midwife, guilt and shame, litigation, second victim

2: Databaser (valg og begrundelse)		
Navn på database:	Begrundelse for valg af database	Dato / periode for søgning
1: PubMed	Pubmed er en online database, der indeholder videnskabelige artikler og studier indenfor det biomedicinske, psykiatriske og farmakologiske felt, hvorfor den også er relevant at benytte sig af, når man arbejder indenfor det jordemoderfaglige virksomhedsområde.	24.02.2023 - 03.03.2023
2:	CINAHL Ultimate henvender sig til sundhedsprofessionelle, da denne bibliografiske database dækker forskningsartikler og	24.02.2023 - 03.03.2023

CINAHL Ulimite	tidsskrifter henvendt biomedicin, syge- og sundhedspleje, hvilket er nært relevant for jordemoderprofessionen. Denne database i samspil med PubMed, er udvalgt med henblik på at fremsøge studier, der relaterer sig til projektets problemformulering og bevarelse af denne.	
-------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

3. Blokinddeling (valgte søgeord/søgeteknik for hver blok)				
Navn på database	Blok 1	Blok 2	Blok 3	Blok 4
	Jordemoder	Skyld og skam	Patientklage	Second victim
<b>1:</b> Pub-Med	<b>Søgeord/søgeteknik:</b>  “Nurse Midwives”[Mesh]  “Attitude of Health Personnel”[Mesh]  “Midwifery/legislation and jurisprudence”[Mesh]  “Professional-Patient Relations”[Mesh]  “Professional Role/psychology”[Mesh]	<b>Søgeord/søgeteknik:</b>  “Guilt”[Mesh]  “Fear”[Mesh]  “Job Satisfaction”[Mesh]  “Personal Satisfaction”[Mesh]	<b>Søgeord/søgeteknik:</b>  “Malpractice”[Mesh]  “Legislation and jurisprudence”[Subheading]  “Medical Errors/legislation and jurisprudence”[Mesh]	<b>Søgeord/søgeteknik:</b>  “Defensive Medicine”[Mesh]  “State Medicine”[Mesh]  ”Second victim” [Mesh]

<b>2:</b>	<b>Søgeord/søgeteknik:</b>	<b>Søgeord/søgeteknik:</b>	<b>Søgeord/søgeteknik:</b>	<b>Søgeord/søgeteknik:</b>
CI-NAHL				
Ultimate	Midwife TX  Midwives*  Midwifery, Nurse-midwife  Midwife practice	Guilt  Guilty  Blame  Shame  Ashamed  Embarrassed  Humiliated  Fear  Professional courage	Patient complaint  Patient complains  Litigation  Accusation  Complaint letter	Second victim  Second victims  Scapegoating  Defensive practice  Defensive medicine

<b>4: Søgeresultat for hver enkelt blok (antal hits)</b>				
<b>Navn på database:</b>	<b>Blok 1</b>	<b>Blok 2</b>	<b>Blok 3</b>	<b>Blok 4</b>
	Jordemoder	Skyld og skam	Patientklager	Second victim
<b>1: PubMed</b>	(302,145)	(96,810)	(275,064)	(65,924)
<b>2: CINAHL Ultimate</b>	(134,551)	(59,039)	(5,781)	(522)

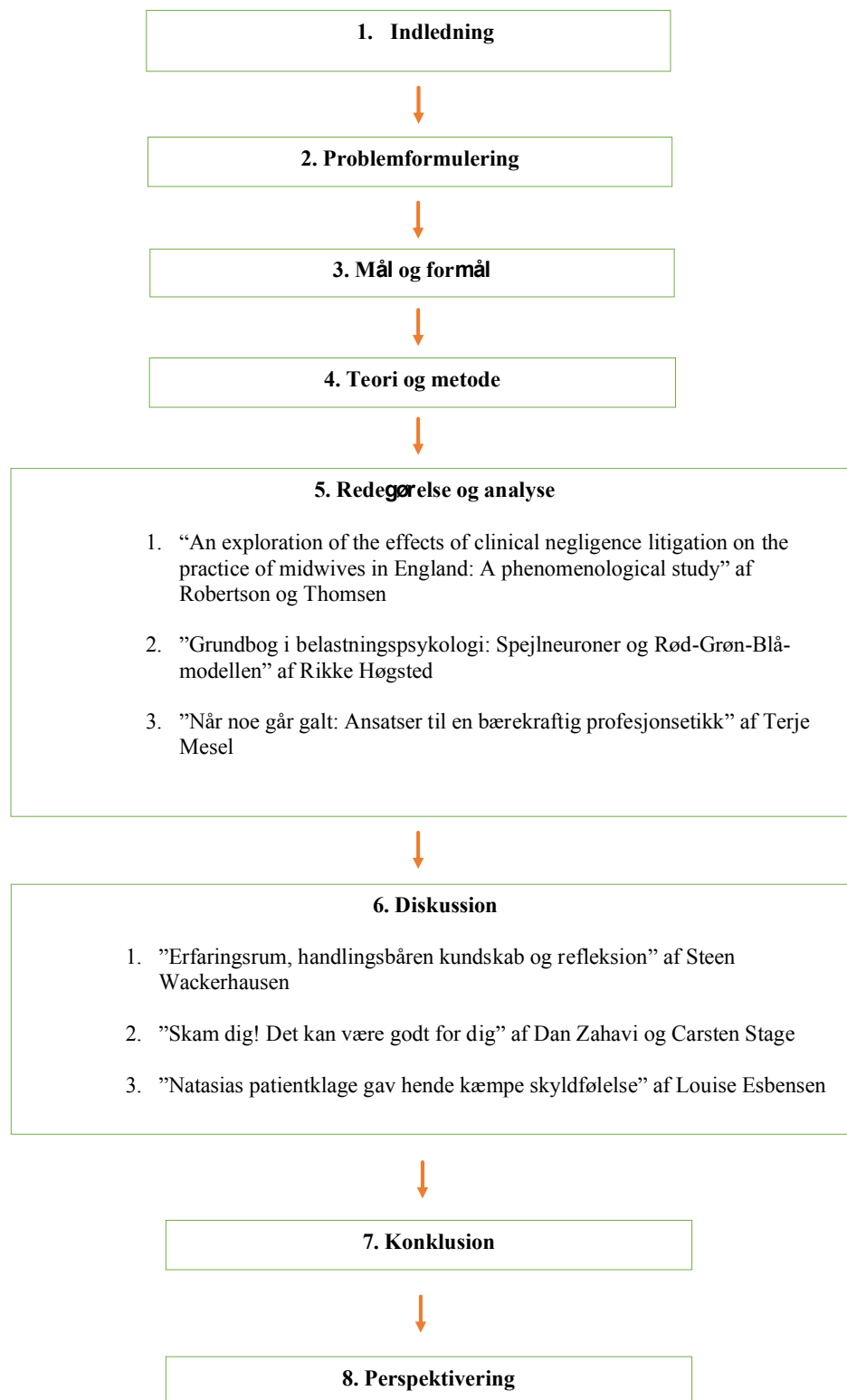
### 5: Søgeresultat ved kombination af blokke (antal hits)

Navn på database:	Blok 1 AND Blok 2 AND Blok 3	Blok 1 AND Blok 2 AND Blok 3 AND Blok 4	Blok 1 AND Blok 2 AND Blok 3 inkl. eventuelle afgrænsninger (punkt 5)	Blok 1 AND Blok 2 AND Blok 3 AND Blok 4 inkl. eventuelle afgrænsninger (punkt 5)
1: PubMed	(213)	(54)	(56)	(13)
2: CINAHL Ultimate	(58)	(2)	(23)	Ikke foretaget, da 2 resultater ved kombinationen af blok 1, 2, 3 og 4

### 6: Eventuelle afgrænsninger via database (beskriv valg)

Navn på database:	År	Geografi	Sprog	Text availability
1: Pubmed	2011-2023		Engelsk, dansk og norsk	Full Text
2: CINAHL Ultimate	2011-2023	Europe		

## 10.2 Figur 1: Projektets struktur



### 10.3 Høgsted: Rød-Grøn-Blå-modellen

Modellen bringes med skriftlig tilladelse fra forfatter Rikke Høgsted.

