

Forebyggelse af for tidlig fødsel

hvad gør vi, hvad kan vi gøre?

Reiter, Eva

Publication date:
2012

Document Version
Også kaldet Forlagets PDF

Citation for published version (APA):
Reiter, E. (2012). *Forebyggelse af for tidlig fødsel: hvad gør vi, hvad kan vi gøre?* Roskilde Universitet.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain.
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact rucforsk@kb.dk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.



FOREBYGGELSE AF FOR TIDLIG FØDSEL

Hvad gør vi, hvad kan vi gøre?

EVA REITER

KVINDEAFDELINGEN OG FORSKNINGSENHEDEN

HORSSENS SYGEHUS

ENSPAC ROSKILDE UNIVERSITET

FOREBYGGELSE AF FOR TIDLIG FØDSEL

Hvad gør vi, hvad kan vi gøre?

Ph.d. afhandling
Eva Reiter

Intitut for Miljø, Samfund og Rumlig Forandring
Roskilde Universitet
&
Kvindeafdelingen og Forskningsenheden, Horsens Sygehus

April 2012

© 2012 Eva Reiter

Layout: Ritta Juel Bitsch

Forside foto: Niels Nyholm (*venligst gengivet med tilladelse*)

Front page: Eva Reiter og Ritta Juel Bitsch

Print: Prinfo Paritas Digital Service

ISBN 978-87-7349-808-8

Indholdsfortegnelse

Forord	9
Resume	11
Summary	15
Kaitel 1. Indledning og problemformulering	19
Om fejl og utilsigtede hændelser	20
Om kvalitetsudvikling	22
Om ”Whistleblowing”	25
Om organisationskultur	26
Problemformulering	27
Litteratur.....	29
Kapitel 2. Metode	33
Indledning	33
Om det obstetriske udgangspunkt	33
Om teoretiske udgangspunkter for projektets empiriske metode.....	35
Om valg af felt	37
Om temaerne i phd – projektet	39
Om phd -projektets første empiriske delprojekt.....	43
Om phd -projektets andet empiriske delprojekt.....	46
Tilbage melding, vurdering og diskussion - spejling som metode.....	50
Om phd -projektets tredje empiriske delprojekt – Fremtidsværkstedet....	51
Om forskerrollen og mødet med deltagerne	53
Sammenfatning.....	57
Litteratur.....	57
Kapitel 3. Om praksis i svangreomsorgen	63
Indledning	63
Om det nye barn og den nye familie.....	65
Forebyggelse af for tidlig fødsel - det obstetriske grundlag	74
Om praksis – de sundhedsprofessionelle og deres arbejde i svangreomsorgen	78

Om rammerne for sundhedsvæsen og svangreomsorg.....	91
Sammenfatning.....	104
Litteratur.....	105
Kapitel 4. Teoretiske udgangspunkter	109
Indledning	109
Om praksis og samspillet med konteksten	110
Om organisationskultur	113
Om antropologi og antropologisk metode.....	125
Om aktionsforskning og metode i aktionsforskningen.....	129
Sammenfatning.....	131
Litteratur.....	132
Kapitel 5. Resultater fra Fokusgruppeinterviewundersøgelse.....	137
Kapitel 6. Resultater fra Studie af organisationskulturen i Mödravård og Förlosning.....	145
Kapitel 7. Fremtidsværkstedet.....	157
Indledning	157
Kritik og utopi	159
Realiseringsfasen.....	164
Opsamling og Evaluering	167
Litteratur.....	172
Kapitel 8. Tematiseret Analyse af Empiri	173
Indledning	173
Om analysen og de fremkomne temaer	175
Fremkomne empiritemaer - en oversigt	177
Uddybende analyse	180
Temaer om forebyggelse af utilsigtede hændelser - fra oversigterne.....	186
Sammenfatning.....	189
Litteratur.....	189
Kapitel 9. Komparativ Analyse af Empiri	191
Indledning	191
Afdelingerne og deres organisationskultur	193

Afdelingerne og deres praksis	200
Om afdelingerne - og omsorg.....	211
Sammenfatning og perspektivering.....	219
Litteratur.....	221
Kapitel 10. Diskussion	225
Indledning	225
Om diagnosticeringen af (truende) for tidlig fødsel	225
Om forebyggelse af (truende) for tidlig fødsel.....	227
Om forebyggelse af utilsigtede hændelser.....	231
Om de fremkomne tematiseringer i empirien	236
Om projektets metode.....	240
Om studiets styrker og begrænsninger	243
Litteratur.....	246
Kapitel 11. Sammenfatning og Konklusion	251
Indledning	251
Erkendelsesteoretisk sammenfatning og metodiske implikationer	252
Projektets empiriske delprojekter – sammenfatning	254
Projektets empiriske resultater – en perspektivering.....	257
Konklusion.....	263
Litteratur.....	265
Bilag 1. Præmature fødsler i Danmark og Sverige, Horsens og Ystad	269
Bilag 2. Udvikling i præmature fødsler i DK 2004- 2010	275
Bilag 3. Reiter et al: Digital examination and transvaginal scan - competing or complementary for predicting preterm birth? Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica April 2012	279
Bilag 4. Præmature fødsler i Norge, Sverige og Danmark	283
Bilag 5. Fokusgrupeinterviews, Horsens 2008 (CD)	297
Bilag 5a. Horsens breve eksempler	297

Bilag 6. Kvalitative interviews fra Ystad (CD)	333
Bilag 6a. Ystad breve eksempler	333
Bilag 7. Protokol fra Fremtidsværkstedet.....	339
Bilag 8. Invitation: Temamøde: Forebyggelse af for tidlig fødsel 24. april 2012	341
Bilag 9. Illustration af de to metoder til vurdering af de cervikale forhold	345
Bilag 10. Bishop Score	349
Bilag 11. Fra: Fødselsstatistik Danmark 2009 - 2011.....	353

*Kanske du spør i angst
udekket, åpen:
Hvad skal jeg kjempe med,
hvad er mit våpen?
...*

*Dette er løftet vårt
fra bror til bror:
vi vil bli gode mot
menneskenes jord.
Vi vil ta vare på
skjønnheten, varmen -
som om vi bar et barn
varsomt på armen!*

Nordahl Grieg 1936

Forord

Det er en stor glæde for mig at få lejlighed til at dele tanker og oplevelser i denne afhandling med andre.

Afhandlingen er et tværvidenskabeligt studie, og flere videnskabelige tilgange, der alle anvender forskellige ”sprog” har bidraget og inspireret hertil. Jeg har forsøgt at skrive afhandlingen i en sammenhængende tekst, men har i de afsnit, der specifikt trækker på en bestemt videnskabelighed, valgt at holde mig inden for dennes sproglige ramme. Jeg beklager de stilbrud, som dette kan forårsage i teksten.

Mange mennesker har gjort dette muligt. Jeg ønsker at rette en særlig tak til mine vejledere Kurt Aagaard Nielsen, Jens Fedder og Bo Elling og mine nære kolleger fra tiden som jordemoder elev, som studerende på RU, fra Hølbæk og Slagelse Fødeafdeling, og fra Center for Aktionsforskning og Demokratisk Samfundsudvikling, Roskilde Universitet. Jeg ønsker også at takke alle deltagere i projektet fra Horsens Fødeafdeling og Ystad Mödravård og Förlosning og BB. Uden samarbejdet med alle jer, havde dette ikke været muligt.

Jeg vil gerne rette en tak til Jytte Bach, Ritta Juel Bitsch, Janne Friis, Susanne Jensen, Mehida Ramowic og Ole Vagner for at være klar med råd og dåd, når der var brug derfor.

Tak til mine venner for glæder og støtte undervejs.

Men mest af alt tak til jer, Bjørn og Liv og Gry, for jeres måde at være på.

Resume

FOREBYGGELSE AF FOR TIDLIG FØDSEL

Hvad gør vi, hvad kan vi gøre

Mere end halvdelen af den samlede perinatale mortalitet og morbiditet rammer for tidligt fødte børn, og antallet af præterm fødsler er stigende i mange vestlige lande. I Danmark steg frekvensen med mere end 20 % over en tiårig periode, men hos førstegangsfødende kvinder fra lavrisikogruppen steg frekvensen med 51 % (Langhoff-Roos: 2006). I sidstnævnte gruppe kan en præterm fødsel være en utilsigtet hændelse. På baggrund af de generelle problemer med patientsikkerhed i sundhedsvæsnet i den vestlige verden undersøges i dette studie forebyggelse af præterm fødsel blandt førstegangsfødende fra lavrisikogruppen. Hensigten med studiet er at søge viden om, hvordan praksis omkring forebyggelse af utilsigtede hændelser, særligt forebyggelse af præterm fødsel, foregår og kan forbedres.

At organisationskulturen spiller en central rolle i forebyggelsen af utilsigtede hændelser er almindeligt anerkendt. Forskning på området er ofte inspireret af E Schein og tager udgangspunkt i interesser orienteret mod ledelse og management af organisationskulturen. Forebyggelse af utilsigtede hændelser og præterm fødsel i særdeleshed er imidlertid baseret på daglig praksis. Personale involveret i prænatal omsorg har en unik indsigt i denne praksis. Forståelsen af daglig praksis og dennes sammenhæng med og indlejring i kulturen er en væsentlig udfordring i antropologisk forskning. Ved at tage del i praksis opnår den antropologiske forsker en indsigt baseret på erfaring ud over en ren sproglig forståelse af kulturen. Dette studie tager udgangspunkt i antropologisk forskning og metodik.

Samarbejde, der respekterer praktikerens såvel som den nytilkomne, er essentiel i forståelsen, erhvervelsen og udviklingen af klinisk kompetence. I Aktionsforskning og participativ aktionsforskning og kritisk-utopisk aktionsforskning i særdeleshed inddrages deltagerne på lige fod med forskeren i forskningsprocessen. Endvidere lægger kritisk – utopisk aktionsforskning vægt på skabelsen af frie rum, hvori forskningen kan foregå under demokratiske former, og på at forsker(e) og deltagere deler normativitet eller interesse. Afhandlingens arbejde er inspireret og informeret af denne forskningstilgang. De empiriske studier er således udført i samarbejde

med frontpersonale ansat i svangreomsorgen. De inkluderede organisationskulturer er karakteriserede ved et åbent og synligt lederskab, der søger at inddrage medarbejderne i udviklingen af patientsikkerheden i afdelingen.

Søgning i PubMed og Cochrane databaserne har undervejs kvalificeret projektets obstetriske forståelse af præterm fødsel, risikofaktorer herfor og forebyggelse og diagnosticering heraf. Et inter europæisk studie fandt signifikant sammenhæng mellem perinatal mortalitet og suboptimal behandling, og det rapporterede signifikant bedre resultater fra region Sydsverige end fra Danmark (Richardus: 2003).

Projektets første empiriske delstudie undersøgte praksis i den tidlige svangreomsorg i en dansk obstetriske organisationskultur (før) 1995 og (efter) 2004, idet hver personalegruppe blev interviewet i en fokusgruppe for sig herom. Det andet empiriske delstudie udforskede praksis i svangreomsorgen i en obstetrisk organisationskultur i Sydsverige blandt andet gennem deltagende observation og kvalitative interviews med frontpersonale. I et fremtidsværksted blev endeligt forebyggelse af præterm fødsel og mulige forbedringer heraf undersøgt i en dansk obstetrisk afdeling. Resultaterne fra studierne er vurderet og evalueret i samarbejde med det involverede personale.

På baggrund heraf peger afhandlingen på, at tværfagligt samarbejde og etablering af rum for faglig udveksling er væsentlige elementer i højnelse af patientsikkerhed og praksis, der sigter herpå. Studiet fandt endvidere væsentlige forskelle på praksis i forebyggelse af præterm fødsel (før) 1995 og (efter) 2004, der kan kompromittere patientsikkerhed og prænatal omsorg. Praksis i organisationskulturen i Sverige kan være medvirkende til, at man her opnår bedre resultater i svangreomsorgen. Endelig pegede det tredje empiriske delstudie på en række relevante og realistiske muligheder for ændring af praksis, der kunne bidrage til at forbedre de danske resultater på området.

Organisationskultur og praksis i svangreomsorgen synes således tæt forbundne, og reproduktionskulturen i samfundet som sådan synes at have væsentlig indflydelse herpå. Det konstante krav om økonomisk effektivisering i svangreomsorgen kan have betydet ”malkning” af organisationskulturen med reducerede omkostninger på kort sigt men forringelse af resultater på langt sigt til følge.

Endelig fandt Phd - studiet, at involvering af praktikere i vurderingen af sundhedsteknologi kan bidrage til en forbedret brug heraf, med transvaginal scanning af cervix som et illustrativt eksempel herpå.

Summary

PREVENTION OF PRETERM BIRTH

What do we do, what can we do?

Preterm births account for more than half of perinatal mortality and morbidity. Numbers of preterm births have been rising in more western countries. The frequency of preterm birth in Denmark increased with more than 20 % over a 10 year period from 1995 to 2004 (Langhoff- Roos: 2006). In the group of primiparas of low risk the frequency raised with as much as 51 %; in this group a preterm birth might be an adverse event. On the background of the general problems according to patient security in health care systems in the western world this study has undertaken an investigation of the prevention of preterm birth amongst primiparas of low risk. The obstetric understanding of preterm birth, risk factors and the prevention and diagnosing of preterm birth has been scrutinized by searching the PubMed and the Cochrane databases on a regular basis on the way.

The intention of the thesis is to seek knowledge of how to improve the practice of enhancing patient security specifically in the prevention of preterm birth. Hence the study has been conducted in order to explore the more general practice concerning the prevention of adverse events and specifically the practice of prevention and diagnosing of preterm birth, at the same time seeking to contribute to progress in this field.

The idea of the organisational culture playing a crucial role in the prevention of adverse events in health care is widespread. Most research in the area owes its inspiration to E Schein and has a managerial and leadership oriented point of view. The prevention of adverse events and specifically preterm birth is conducted however, on a basis of daily practice in the obstetric organisational culture. Employees involved in prenatal care have a unique insight in this practice.

The understanding of daily practice its connection with culture and the way it is embedded in culture makes a core challenge in anthropological research. Taking part in daily practice gives the anthropological researcher an insight based on experience hence extending a mere linguistic understanding of the culture. This study takes a point of departure in anthropological research and methodology.

Cooperation respecting the practitioner as well as the newcomer is essential in the processes of understanding, acquiring and developing clinical practice. In action research and in participative action research and critical–utopian action research in particular, researcher(s) and participants ideally should collaborate on equal terms. Critical–utopian action research furthermore place emphasis on the sharing of normativity or some kind of interest between the researcher and the participants.

The thesis is inspired and informed by this theoretical background. The empirical studies are conducted in collaboration with front personal employed in prenatal care and the organisational cultures included are characterized by an open kind of leadership seeking to involve staff in the improvement of patient security.

The first empirical study of this project investigates the organisational culture and the practice of early prenatal care (before) 1995 and (after) 2004 interviewing each group of staff in its own focus group. The second empirical study explores the practice of prenatal care in an organisational culture in the south of Sweden using participant observation and qualitative interviews with front personal. A future scenario workshop undertakes in the third empirical study an investigation of possibly changes in daily practice which could improve the prevention of pre-term birth. Results of the studies were validated and evaluated in collaboration with staff involved.

The empirical studies revealed that interdisciplinary collaboration and the establishment of space for the staff to discuss professional matters are crucial elements in enhancing the practice of prevention of adverse events and preterm birth in particular.

Significant changes in the organisational culture and its practice of early prenatal care before 1995 and after 2004 were found which might have impaired the prevention of preterm birth. Substantial differences in the organisational practice of prenatal care in Southern Sweden might contribute to the actual better outcome of birth in this region. The third empirical study pointed out a number of relevant and realistic changes of practice that might improve patient security and outcome of birth in a Danish context.

Organisational culture apparently is connected to the practice of perinatal care, and the culture of reproduction in the society as such probably has a crucial im-

pact on this. The constant claim of economic efficiency in prenatal care for years might have caused “milking” of the organisational culture reducing costs at the moment but impairing results in the long run in Denmark.

The thesis found that involving practitioners in the evaluation of technology in health care moreover might improve the use of this, transvaginal scan in prediction of preterm birth being an example hereof.

Indledning og problemformulering

Indledning

I dette kapitel vil problemstillingen bag projektet blive introduceret. Problemer med fejl og utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet omtales med særligt fokus på fødselshjælp og svangreomsorg. Som et konkret eksempel omtales for tidlig fødsel hos førstegangsfødende kvinder fra lavrisikogruppen, idet en sådan kan være et eksempel på en utilsigtet hændelse. Problemer omkring fejl og utilsigtede hændelser er blevet forsøgt adresseret gennem kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. En række initiativer hertil omtales derfor, herunder bl.a. brugerorientering, kompetenceudvikling og udviklingen af indikatorer og standarder, ligesom et par metoder til undersøgelse af alvorlige hændelser beskrives kort. Strukturreformens krav om effektivisering og nogle få træk ved såvel reguleringen som den teknologiske udvikling for patientsikkerhedsområdet ridses op.

Den mulige betydning af lydhørhed over for whistleblowing i forbindelse med patientsikkerhed beskrives, og forståelsen af organisationskultur som et begreb, der kan rumme og sammenfatte de nævnte forhold, introduceres.

Herefter følger projektets problemformulering og en beskrivelse af intentionen med dette.

Om fejl og utilsigtede hændelser

Fejl og utilsigtede hændelser¹ udgør et generelt problem for sundhedsvæsnet i den vestlige verden (se f.eks. Brennan: 1991, Wilson: 1995, Thomas: 2000, Schiøler: 2001). Cirka 10 % af patienterne udsættes for en såkaldt adverse event, og af disse får ca. 10 % varigt mén, eller de omkommer (Leap: 2008). Især akutafdelinger som skadestuer og fødeafdelinger er ramt af utilsigtede hændelser (Brennan: 1991, Stewart: 1998). Disse afdelinger er sædvanligvis normeret efter en gennemsnitsbelastning, og utilsigtede hændelser kan da hurtigere opstå i tilfælde af spidsbelastninger. I 2001 slog British Medical Journal fast, at obstetrik bør være et indsatsområde omkring patientsikkerhed (Walshe: 2001).

Det kan være belastende som medarbejder at være involveret i en utilsigtet hændelse - i en grad så der ligefrem tales om medarbejderen som ”the second victim” i forbindelse hermed (Wu: 2000, Aasland: 2005).

Traditionelt har man især interesseret sig for den uddannelsesmæssige standard og kompetencen hos det involverede sundhedspersonale. Reguleringen på dette område opstod samtidig med klinikkens fødsel (Foucault: 2000). Traditionelt lægges ansvaret for en utilsigtet hændelse på en af de sundhedsprofessionelle, der som ”frontpersonale” var involveret i hændelsen (Reason: 2001).

Nyere forskning inden for sundhedsområdet peger dog på, at fejl og utilsigtede hændelser kan skyldes fejl i ”systemet”, eller have baggrund i organisationskulturen (fx: Pedersen: 2003, Reason: 2001, Lipzack og Schiøler: 2003, Mannion: 2005, Gluck: 2008, Konteh: 2008). Organisationen af obstetrikere og gynækologer i USA udgav således for relativt kort tid siden et temanummer om patientsikkerhed og obstetrik (Obstetrics and Gynecology Clinics of North America: March 2008 Vol 35 no. 1). Medical Error Theory introduceres i en artikel af samme navn (Gluck: 2008). Denne er i høj grad inspireret af J. Reasons forståelse af kompleksiteten i den sundhedsmæssige organisation, hvor fejl som oftest kun udvikler sig til katastrofer på baggrund af, at flere mulige barrierer mangler / ikke udføres / er blevet overset (Reason: 1997, 2000, 2001). Allerede i forordet slås det imidlertid fast, at

¹ Definition på utilsigtet hændelse (Brennan, Leap et al: 1991, Leap: 2008): Adverse event is defined as injury caused by medical treatment (in contrast to complication of disease) which either delayed discharge or caused a measurable disability (Leap: 2008).

anstrengelserne i forbindelse med kvalitetsforbedring har skiftet fra en straffende tilgang til en uddannelsesmæssig proces for alle bidragydere i fødselshjælpen (Rayburn: 2008). Forholdsregler til forbedring af kvalitet opnår sandsynligvis lettere konsensus, hvis ændringerne kommer inde fra afdelingen, anføres det (ibid.), og der opfordres til åbenhed omkring fejl og utilsigtede hændelser, for at forbedre patientsikkerheden (ibid.). Ændringer kan inkludere ændringer i arbejdets tilrettelæggelse mod en højere grad af teamsamarbejde, forbedret kommunikation og øget brug af IT. Der opfordres til at de fleste utilsigtede hændelser håndteres i et ikke-straffende miljø for at forbedre indrapportering og øge mulighederne for læring. Endelig uddybes de mange kvaliteter ved teamsamarbejde i obstetrikken (Nielsen et al: 2008) samt værdien af simuleringsovelser inden for fagområdet (Gardner: 2008).

Børn, der er født for tidligt, udgør mere end halvdelen af børn, der udsættes for perinatal mortalitet og morbiditet (Goldenberg: 2008, Saigal: 2008). Til trods for at forbedret omsorg har øget overlevelsen for præmature, har forskning og viden om forebyggelse ikke til dato kunnet reducere antallet af for tidligt fødte (Editorial, The Lancet jan: 2008). En klar forståelse af patofysiologien bag præterm fødsel mangler i fortsat (Goldenberg et al: 2008). Præterm fødsel udgør således et stort problem for børnene og deres familier, men er også økonomisk en væsentlig belastning for samfundet. I gruppen af førstegangsfødende fra lavrisikogruppen kan præterm fødsel, som nævnt, være en utilsigtet hændelse, der måske kunne være undgået. Forebyggelse og rettidig diagnosticering kan bidrage til at fødselen udsættes – helst til terminen, adækvat behandling kan initieres og dermed forbedre resultaterne for mor og barn og den nye familie.

Et større studie af udviklingen i antallet af for tidlige fødsler i Danmark blev offentliggjort i 2006. På en tiårig periode var antallet af præterme fødsler i befolkningen som sådan steget med 22 % fra 5.2 % til 6.3 % i perioden: 1995 til 2004 (Langhoff - Roos: 2006). Forskergruppen bag studiet foreslår selv, at antallet af for tidlige fødsler kan være steget som følge af stress. I gruppen af fleregangsfødende fra lavrisikogruppen er antallet steget med 20 % fra 2.7 % til 3.2 %, hvor det hos førstegangsfødende fra lavrisikogruppen er steget med 51 % fra 3,8 % til 5,7 %. Denne usædvanlige forskel i ”stigningstakst” kan måske ikke udelukkende forklares som forårsaget af stress.

I flere andre vestlige lande er der også sket en stigning i antallet af for tidlige fødsler, men stigningen antager *ikke* det samme omfang (Lawn: 2010, Ananth: 2005, Tracy: 2007). Der skete eksempelvis ikke en lignende stigning i Norge, og antallet forblev stabilt i Sverige i den samme periode (Morken: 2008). Et europæisk studie, der bygger på peer - reviews af journalmateriale, viser en statistisk signifikant sammenhæng mellem perinatal mortalitet og ”suboptimal care” (Richardus et al: 2003). I Danmark var den perinatale mortalitet i dette studie omkring 7,1 o/oo, og peer - grupperne vurderede, at 51 % af tilfældene kunne være undgået, såfremt der havde været ydet ”optimal care”. Region Sydsverige havde en perinatal mortalitet på omkring 3,5 o/oo, og omkring 1/ 3 af disse kunne måske være undgået. Da en stor del af perinatal mortalitet, som ovenfor omtalt, hænger sammen med præterm fødsel, kan forskellene muligvis skyldes forskelle i, hvor ”optimal” praksis omkring forebyggelse af utilsigtede hændelser, specifikt forebyggelse af præterm fødsel er i de pågældende regioner.

Om kvalitetsudvikling

På baggrund af den ovenfor nævnte dokumentation af problemerne omkring fejl og utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet, blev der fra begyndelsen af 90-erne og frem iværksat kvalitetsudviklings - initiativer og projekter her i landet, såvel som i den øvrige vestlige verden (se f.eks. Kjærgaard: 2001, Reason: 2001). I den samme periode, hvor antallet af for tidlige fødsler er steget markant i Danmark, har kvalitetsudvikling udviklet sig til en omfattende og integreret del af udviklingen på sundhedsområdet.

Moderniseringen af den offentlige sektor herhjemme fulgte i vid udstrækning mantraer som decentralisering og brugerorientering. Brugerorienteringen blev taget både bogstaveligt og alvorligt, og patienternes retsstilling undergik betydelige forbedringer (fx: Reiter: 2003). Den enkelte sygehusafdeling, og også sygehuset som sådan, var på dette tidspunkt endnu oftest under lægefaglig ledelse (Rolighed: 2010). Kvalitetsudvikling blev i vidt omfang ensbetydende med en omfattende efteruddannelse og kompetenceudvikling hos personalet. Denne efteruddannelses - aktivitet hvilede på en tilsyneladende fælles forståelse af de sundhedsprofessionelle som kompetente personer, der så at sige ”blot” behøvede en faglig opgradering, skræddersyet efter individuelle behov. Reguleringsmæssigt blev dette synspunkt bakket op af loven om betalt frihed til videreuddannelse, som rigtig mange, især

mellem uddannede sundhedsprofessionelle, benyttede sig af henover begyndelsen og midten af 90-erne.

Inspireret af begreber om kvalitetsudvikling fra industrien og moderne managementteori, iværksattes herhjemme fra slutningen af 90-erne og frem kvalitetsudviklingsinitiativer, der byggede på nationalt fastlagte indikatorer og standarder for kvalitet. Det Nationale Indikatorprojekt så således dagens lys i 1999 (www.NIP.dk); et projekt hvor højt estimerede peer - grupper i fællesskab fastlægger faglige standarder for en given behandling. Endnu har man langt fra fastlagt disse standarder på alle områder i sundhedsvæsenet. Inden for svangreomsorgen har man eksempelvis fastlagt standarder for fødsel efter fulde 37 ugers gestationsalder og for opsporing af mongolisme i graviditeten. Forebyggelsen af præterme fødsler er ikke omfattet af standarder (endnu) (ibid.).

I sundhedsvæsenet har man i Danmark tradition for at undersøge alvorlige hændelser i forbindelse med fødsler i Perinatale Audits. Heri deltager ledere fra de involverede personalegrupper, som så i fællesskab undersøger den givne hændelse først og fremmest på baggrund af journalmaterialet. Alvorlige tilfælde af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet undersøges ofte ved en såkaldt kerneårsagsanalyse (fx.Hovedstadsrådet: 2002). Alle involverede faggrupper er repræsenteret i den gruppe, der undersøger sagen. Hvad var de bagvedliggende årsager til at det kunne gå så galt, hvad kunne man gøre for i fremtiden at undgå, at det sker igen, er spørgsmål der forsøges besvaret. De direkte implicerede er imidlertid langt fra altid involveret i en sådan kerneårsagsundersøgelse.

Med strukturreformen opgav man på flere måder de forudgående års bestræbelser på decentralisering, og den lokalt situerede viden på de enkelte afdelinger fik nu en anden status. Centralisering, fusionering og direkte nedlæggelser af afdelinger blev hverdag i sundhedsvæsenet; og de øverste poster i sundhedsvæsenet gled igennem denne proces – og årene forud – mere og mere lægerne af hænde og blev overtaget af folk med baggrund i statskundskab, økonomi og jura. Den mere traditionelle forståelse af kompetence som byggende på tilstrækkelige uddannelsesmæssige og menneskelige kvalifikationer, blev nedtonet. Effektivitet og økonomisk rationalisering blev ledelsesmæssige spidskompetencer. Hvilken betydning, disse ændringer i sundhedsvæsenets organisering og værtditilskrivning fik, for hverdagens håndtering af eksempelvis forebyggelse og diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel, er imidlertid kun sparsomt belyst.

Ydermere fandt en øget specialisering inden for lægeverdenen sted. Således udviklede der sig 13 nye gynækologiske specialer i løbet af den periode på ca 15 år, hvor antallet af for tidlige fødsler steg i Danmark.

På det teknologiske område foregik der - også inden for fødselshjælpen - en markant udvikling. Medicinsk teknologivurdering blev udviklet som led i arbejdet med kvalitetssikring. Denne analyse af teknologien omfatter såvel selve teknologien som dennes betydning for patienten, organisationen og økonomien (Sundhedsstyrelsen: 2000). Den medicinske teknologivurdering implicerer således ikke nødvendigvis en analyse af hidtidig anvendt teknologi på området endsig en undersøgelse af hidtidig organisationsmæssig håndtering /praksis af problemstillingen.

Inden for svangreomsorgen steg antallet af abdominal scanninger, og fra omkring 1990 blev vaginal scanning en mulighed. I årene fra 1995 -2004, hvor antallet af for tidlige fødsler steg signifikant i Danmark blev cervixscanning således gradvis mere almindelig, så det i slutningen af perioden (næsten) var blevet standard ved diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel. Den præcise betydning af denne udvikling for den konkrete daglige praksis omkring forebyggelse og diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel er imidlertid ikke fuldstændig klarlagt.

Reguleringsmæssigt er man i sundhedsvæsnet i Danmark – som i andre vestlige lande – blevet opmærksom på betydningen af indrapportering af utilsigtede hændelser. I 2003 blev det således fastsat ved lov, at fejl og utilsigtede hændelser skulle indrapporteres (Folketinget: 2003, Folketinget: 2007). Formodentlig pga. angst for repressalier (Lipzak: 2001, Pedersen: 2003) blev initialt kun nogle få procent af de utilsigtede hændelser indrapporteret. Siden er dette antal øget betragteligt, men det er fortsat langt fra alle utilsigtede hændelser der indrapporteres. En senere udgave af Sundhedsloven fastslog:

”En sundhedsperson, som rapporterer en utilsigtet hændelse, kan ikke som følge af sin rapportering underkastes disciplinære undersøgelser og foranstaltninger af ansættelsesmyndigheden, tilsynsmæssige reaktioner af Sundhedsstyrelsen eller straf-feretlige sanktioner af domstolene”

Sundhedsloven Kap. 61 § 201

Imidlertid er det sådan, at hvis der klages over en sundhedsperson til patientklagenævnet, og dette giver klageren medhold, og vedkommende sundhedsperson

modtager et fagligt påbud i forbindelse hermed, kan dette blive offentliggjort i henhold til flg. bestemmelse:

”Sundhedsstyrelsen offentliggør faglige påbud efter § 7, stk. 2, i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, beslutninger om skærpet tilsyn efter sundhedsloven samt fratagelser og indskrænkninger i lægers og tandlægers ordinationsret efter lov om udøvelse af lægegerning og lov om tandlæger.”

Bekendtgørelse af lov om klage- og erstatningsadgang inden
for sundhedsvæsenet § 17stk. 5

Under sagens gang kan sundhedspersonen endvidere midlertidigt fraskrives autorisationen, og også dette forhold kan offentliggøres af sundhedsstyrelsen. I praksis betyder dette at offentliggørelse kan ske alene på mistanke om at sundhedspersonen har optrådt skadevoldende.

Reguleringen på området forholder sig således ambivalent i sine retningsanvisninger over for personalet. På den ene side står der i Sundhedsloven, som nævnt at: *”En sundhedsperson, som rapporterer en utilsigtet hændelse, kan ikke som følge af sin rapportering underkastes disciplinære undersøgelser”*, og på den anden side kan offentliggørelse om, at en sundhedsperson har været skadevoldende, finde sted alene på mistanke.

Dette skal ses på baggrund af forskning, der fastslår, at det er menneskeligt at fejle, men at fejl sjældent udvikler sig katastrofalt med mindre systemets barrierer til beskyttelse er ineffektive (se fx: Reason: 2001, Gluck: 2008). For eksempel foretog Den norske lægeforening i 2007 en undersøgelse af tilsyns - sager inden for obstetrik i tidsrummet 2003-06. I omtrent 2/3 af sagerne kunne årsagerne til hændelserne spores tilbage til svigt i organiseringen af virksomheden og uklare ansvarsforhold (Johansen: 2007).

Om ”Whistleblowing”

Den britiske ingeniør B. Turner undersøgte allerede i slutningen af 70-erne en række katastrofale ulykker, rapporteret af den britiske havarikommission (Turner: 1979, 1992). Disse katastrofer var alle blevet varslet af intern eller ekstern kritik i en forudgående latensperiode – ofte af længere varighed (op til årtier!). Det var

således karakteristisk for de organisationer, hvori ulykken var sket, at intern og / eller ekstern kritik var blevet overhørt.

Herhjemme er der gennem de sidste par årtier pågået en diskussion om offentlig ansattes ytringsfrihed / loyalitet over for arbejdsgiveren (fx. Øjvind Larsen: 1995, 2005, Folketinget: 2006). Uden ”insider - information” fra de offentlige institutioner, kan det være vanskeligt både for politikere og befolkning at danne sig et overblik over, hvad der egentlig foregår.

Større faglige organisationer som bl. a. FTF og Dansk Magisterforening har nyligt påpeget at problematikken fortsat ikke er løst på tilfredsstillende vis (LO, FTF, Dansk Magisterforening, Dansk Journalistforbund, Transparency International: 2009). Dansk Magisterforening udførte en større medlemsundersøgelse i denne forbindelse. Den viste at offentligt og privat ansatte holder insider viden tilbage af frygt for represalier (Dansk Magisterforening: 2007). Betydningen heraf, for forebyggelse af fejl og utilsigtede hændelser i sundhedsvæsnet, kendes så vidt jeg ved ikke.

Om organisationskultur

En forståelse af organisationen som en kultur kan rumme de ovennævnte forhold, men også den daglige praksis, hvorigennem patientsikkerhed og medarbejdertrivsel skabes og vedligeholdes, og den komplekse sammenhæng dem imellem. Selv om en præterm fødsel hos en normal førstegangsfødende kan være en utilsigtet hændelse, der måske kunne have været undgået, er forholdet ikke velbelyst. Utilsigtede hændelser er imidlertid, som beskrevet, et betydeligt problem i sundhedsvæsnet i den vestlige verden. Organisationskulturens betydning i denne sammenhæng er anerkendt af flere forskere (fx: Pedersen: 2003, Reason: 2001, Konteh: 2008, Mannion: 2009, Parmelli: 2010, 2011). Desværre forholder det sig ifølge nyere forskning omkring patientsikkerhed og obstetrik stadig sådan at:

” Sadly, little has changed in the past decade to lessen the impact of error or to improve the culture of safety in which healthcare providers work”

Mann: 2010: 559

Strukturelle, organisatoriske og teknologiske ændringer i perioden 1995 – 2004 har påvirket hverdagen i den obstetriske organisationskultur. Denne indflydelse kan have haft betydning for den daglige praksis omkring forebyggelse af utilsigtede hændelser, og specifikt forebyggelse og diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel.

Region Sydsverige havde, i det ovenfor omtalte studie, en signifikant lavere perinatal mortalitet end i Danmark og ligeledes signifikant færre tilfælde af ”suboptimal care” (Richardus: 2003). Studiet viste en statistisk signifikant sammenhæng mellem perinatal mortalitet og ”suboptimal care”. Forskellene kan skyldes forskelle i praksis i den obstetriske organisationskultur.

Flere forhold peger således på, at organisationskulturen har betydning for praksis omkring forebyggelse af utilsigtede hændelser og specifikt forebyggelse af præterm fødsel. Der er imidlertid ikke tradition for at betragte en præterm fødsel hos en kvinde som en utilsigtet hændelse, ej heller hvis hun er førstegangsfødende og tilhører lavrisikogruppen. Organisationskulturens betydning for praksis omkring forebyggelse af præterm fødsel er, så vidt jeg er orienteret, ikke tidligere undersøgt. Et studie af organisationskulturen og dennes praksis på området, vil formodentligt kunne pege på potentialer for højnelse af patientsikkerheden, og dermed kunne bidrage til en forbedring af forebyggelsen på området. På denne baggrund er phd-projektets

Problemformulering

Hvilke muligheder og begrænsninger kan der være i en obstetrisk organisationskultur, for udvikling af en forebyggende praksis omkring utilsigtede hændelser og specifikt praksis omkring varetagelse af forebyggelse og diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel hos gruppen af normale førstegangsfødende?

med underspørgsmålene

Hvilken betydning kan strukturelle og teknologiske ændringer have haft for ovennævnte obstetriske praksis i Danmark i perioden fra (før) 1995 til (efter) 2004?

Hvordan er forholdene omkring den nævnte praksis i en svensk organisationskultur?

Og endelig

Hvordan kan den forebyggende praksis i organisationskulturen omkring forebyggelse af utilsigtede hændelser, specielt omkring forebyggelse af præterm fødsel udvikles i samarbejde med medarbejderne?

Intentionen er at afdække den betydning praksis på de pågældende områder kan have for patientsikkerhed og medarbejdere, samt at bidrage til at kvalificere diskussionen herom i afdelingerne. Studiet vil være informeret af forskningsbaseret obstetrisk litteratur på området. Personale, der har været involveret i en utilsigtet hændelse, sidder inde med viden, der kan indeholde en unik forståelse af praksis og samspillet mellem denne og strukturelle og kulturelle forhold i organisation og organisationskultur. Et samspil, der har medvirket til, at den pågældende utilsigtede hændelse kunne ske. Derfor søges personalet i dette projekt inddraget såvel i det empiriske arbejde med at afdække praksis på de pågældende områder som i en kvalificering af udviklingen af denne praksis.

Projektet er afgrænset i forhold til at undersøge og analysere de vordende og nyblevne familiers eget personlige perspektiv. Ligeledes ligger det nyfødte barns oplevelser i forbindelse med for tidlig fødsel uden for projektets rammer. Selv om projektet ikke handler om, hvordan disse utilsigtede hændelser berører patienten, den nyfødte og de pårørende, er dette ikke udtryk for en manglende anerkendelse af de omkostninger, disse kan have for de implicerede parter. For at kunne bidrage til forbedre praksis må projektet nødvendigvis fokusere på denne.

Praksis omkring forebyggelse og diagnosticering af præterm fødsel er, ligesom den mere overordnede praksis omkring forebyggelse af utilsigtede hændelser, kompleks og mangefacetteret. Den kan ikke defineres med få ord. Den udføres i dagligdagen af veluddannet personale med klinisk erfaring, der selvsagt reflekterer over praksis. Et bidrag til en teoretisk forståelse af praksis og af den organisationskultur, denne indgår i, samt samspillet dem imellem vil blive søgt udfoldet og diskuteret i henholdsvis Kapitel 3 og 4.

Næste kapitel vil omhandle projektets metode, hvorfor teoretiske synsvinkler, der informerer denne, vil blive introduceret. Der vil ligeledes blive redegjort for det metodemæssige design i de empiriske delprojekter.

Litteratur

- Aasland OG et al: Impact of feeling responsible for adverse events on doctor's personal and professional lives: the importance of being open to criticism from colleagues. In *Qual Saf Health Care* 2005, 14, 13-17
- Ananth CV et al: Trends in preterm birth and perinatal Mortality among Singletons: United States, 1989 through 2000. in *Obstet Gynecol.* 2005 May; 105 (5 Pt1)1084-91
- Brennan TA, Leap LL et al.: Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Haward Medical Practice Study. *The New England Journal of Medicine.* Feb. 1991.
- Dansk Magisterforening: Medlemsblad: Tema om Ytringsfrihed.(7) 20. april 2007
- Editorial, *the Lancet* Jan: 2008. Vol 371 Issue 9606 p 2
- Folketinget: Lov om patientsikkerhed i sundhedsvæsnet. LOV nr. 429 af 10/06/2003.
- Folketinget: Bekendtgørelse om rapportering af utilsigtede hændelser i sygehusvæsnet. BEK nr. 1018 af 10/12/03.
- Folketinget: Vejledning om offentligt ansattes ytringsfrihed. VEJ Nr. 87 af 14/09/2006 (Gældende)
- Folketinget: Bekendtgørelse om rapportering af utilsigtede hændelser i sygehusvæsnet. BEK nr.451 af 21/05/2007
- Folketinget: Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser i sygehusvæsnet VEJ Nr. 30 af 21/05/2007.
- Folketinget: Sundhedsloven LBK nr. 95 af 07/02/ 2008
- Folketinget: Bekendtgørelse af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet. LBK Nr 24 af 21/01/2009
- Foucault, M.: *Klinikkens fødsel.* Kbh. 2000.
- Gardner R et al: Simulation in Obstetrics and Gynecology. In *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America:* March 2008 Vol 35 no 1:97-126
- Goldenberg, R. L. et al (1): Preterm Birth 1. Epidemiology and causes of preterm birth. *The Lancet.* Vol 371 Jan 5, 2008.75-84.
- Goldenberg, R. L. et al (2): Preterm Birth 2. Primary, secondary and tertiary interventions to reduce the morbidity and mortality of preterm birth. *The Lancet.* Vol.371. Jan 12, 2008.164-75.
- Gluck PA: Medical Error Theory. In *Patient safety in obstetrics and gynecology: improving Outcomes, reducing Risks.* *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America.* March 2008. Vol 35 No 1:11-17
- Hovedstadsrådets Sygehusfællesskab: utilsigtede hændelser I H:S – handlingsplan med retningslinier. Kbh. 2002.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet: LBK nr. 913 af 13/07/2010 Gældende (Sundhedsloven).

- Johansen BK et al: Uheldige hændelser på fødeafdelinger. Tidsskrift for Den norske legeforening 2007; 127: 2670-2
- Kjærgaard, J. et al. Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Kbh. 2001.
- Konteh F: Clinical Governance views on culture and quality improvement. Clinical Governance: An International Journal. Vol 13 No 3. 2008. 200-207
- Langhoff-Roos, J. et al: Spontaneous preterm delivery in primiparous women at low risk in Denmark: population based study. In *British Medical Journal*, 2006; 332:937-39
- Larsen, Ø: Den Lydige Forvalter. Social Kritik. 38. 1995
- Larsen, Ø: Den Samfundsetiske udfordring. Kbh. 2005
- Lawn JE, Gravett MG, Nunes TM, Rubens CE, Stanton C, GAPPS Review Group: Global Report on preterm birth and stillbirth (1 of 7): definitions, description of the burden and opportunities to improve data. BMC Pregnancy and Childbirth 2010, 10(Suppl 1): S1.
- Leap LL: Scope of problem and history of patient security. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. March 2008. Vol 35 No 1: 1-10.
- Lipzak, H. og Schiøler, T.: Rapportering af utilsigtede hændelser i *Ugeskrift for læger* 163(39) 5350+-55. 2001.
- Lipzak, H. og Schiøler, T.: Rapporteringssystemer. i Pedersen, B. L. et al. (red): Patientsikkerhed fra sanktion til læring. Kbh. 2003.
- LO, FTF, Dansk Magisterforening, Dansk Journalistforbund, Transparency International: Vedr. Forslag til folketingsbeslutning om oprettelse af et nævn til sikring af offentligt ansattes ytringsfrihed (B 64).
- Retsudvalget 2009-10. B 64 Bilag 1 Offentligt. 2010
- Mannion R et al: Cultural characteristics of "high" and "low" performing hospitals. Journal of Health Organization and Management. Vol19 No 6, 2005.
- Mann S: et al: Role of Clinician Involvement in patient safety in Obstetrics and Gynecology. Clinical Obstetrics and Gynecology. Vol 53 (3): 559-75.2010.
- Morken NH et al. Reference population for international comparisons and time trend surveillance of preterm delivery proportions in three countries. BMC. Women's Health. 2008. Doi: 101186/ 1472-6874-8-16
- Nielsen P et al.: Team functions in Obstetrics to Reduce Errors and Improve Outcomes. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America: March 2008 Vol 35 no 1: 81-97.
- Obstetrics and Gynecology Clinics of North America: March 2008 Vol 35 no 1. Patient safety in Obstetrics and Gynecology: Improving Outcomes Reducing Risks.
- Parmelli E et al: The effectiveness of strategies to change organizational culture to improve health-care performance (Protocol). Cochrane Library. 2010. Issue 4.
- Parmelli E et al: The effectiveness of strategies to change organizational culture to improve health-care performance. Cochrane Library. 2011. Issue 1

- Pedersen BL. et al. (red): Patientsikkerhed fra sanktion til læring. Kbh. 2003.
- Rayburn WF: Foreword *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*: March 2008 Vol 35 no 1: xiii
- Reason J: *Managing the risks of Organizational Accidents*. Chap: 1-4.UK. 1997.
- Reason J et al: Diagnosing “vulnerable system syndrome”: an essential prerequisite to effective risk management. *Quality in Health Care* 2001;10 (Suppl. II):ii21–ii25
- Reason J: Understanding adverse events: The human Factor *in* Vincent, C (Ed): *Clinical risk management*. BMJ. London 2001.
- Reason J: Human error: Models and management. *BMJ* Vol 320 18 March 2000:768-770
- Reiter, E.: *Fertilitetsbehandling i praksis – mellem lovgivning og teknologi*. RUC. 2003.
- Richardus, J.H.: et al: Differences in perinatal mortality and suboptimal care between 10 European regions: results of an international audit. *BJOG*. Feb 2003, vol. 110 p 97-105.
- Rolighed A: *Sundhedsvæsenets værdier under pres*. Gyldendal 2011
- Saigal, S. et al: an overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. *The Lancet*. Vol 372. 9608.19 Jan 2008.261-69.
- Saigal, S et al: Measurement of Quality of Life of Survivors of Neonatal Intensive care. Critique and Implications. *Seminars on Perinatology*. Vol 32. Issue 1 Febr 2008:59-66
- Stewart, J et al: Numbers of deaths related to intrapartum asphyxia and timing of birth in all Wales Perinatal Survey, 1993-95. *British Medical journal*. Vol. 316. Febr.1998:657-59.
- Sundhedsstyrelsen: *Medicinsk Teknologivurdering. Hvorfor? Hvad? Hvornår? Hvordan?* ©Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering. Kbh. 2000.
- Schiøler T. et al: Forekomsten af utilsigtede hændelser på sygehuse. En retrospektiv gennemgang af journaler. *Ugeskr. f Læger* 2001. 163 (39): 5370-8.
- Thomas, E.J. et al: Incidence and Types of Adverse Events and Negligent Care in Utah and Colorado. *Medical Care*. 2000. 38 (3): 261-271.
- Tracy SK et al: Spontaneous preterm birth of live born infants in women at low risk in Australia over 10 years: a population based study. In *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2007 Jun; 114(6):731-5.
- Turner B. et al: *Man-made Disasters*. First Ed.1979. Sec. Ed. Oxford 1997.
- Walshe K.: The development of clinical risk management. *In* Vincent C(Ed): *Clinical Risk management*. BMJ. 2001.
- Wilson R. M. et al: The Quality in Australian Health Care Study. *The Medical Journal of Australia* 1995. 163: 458-7.
- Wu AV: Medical Error: The second victim. In *British Medical Journal* 2000, 320; 726-27
- www.NIP.dk: Det Nationale Indikatorprojekt

Metode

Indledning

Indledningsvist uddybes problemstillingen, der danner baggrund for projektet, ud fra en obstetrisk forståelse af denne. Derefter introduceres de metodemæssige udgangspunkter i projektets forståelse af praksis og af samspillet mellem praksis og organisationskultur.

Intentionen med projektet er gennem afdækning af praksis, og en kvalificering af diskussionen om denne, at kunne bidrage til en udvikling af praksis. I arbejdet med at udvikle en teoretisk forståelse af praksis og dennes indlejring i kontekst, vil forståelsen og begrebsliggørelsen af, hvordan ændringer i praksis kan finde sted, derfor også søges belyst. Projektets teoretiske og begrebslige afklaring heraf vil blive uddybet i Kapitel 3.

Der følger herefter en redegørelse for den anvendte metodiske tilgang i projektets empiriske delprojekter. Endelig beskrives mit udgangspunkt for at beskæftige mig med patientsikkerhed.

Om det obstetriske udgangspunkt

Den obstetriske synsvinkel har, som det er fremgået, været afgørende for valget af fokus - forebyggelse af præmature fødsel - til belysning af den obstetriske organisations varetægelse af patientsikkerhed. Den evidensbaserede baggrund for de faktiske obstetriske procedurer er blevet undersøgt gennem litteraturstudier i projektets første faser og fortløbende igennem projektperioden. Indgangsvinklen til forståelse af den obstetriske problemstilling er således et forsøg på at afdække den viden, der findes på området – først og fremmest gennem søgning i databaserne PubMed og Cochrane, hvor obstetriske forskningsartikler på området

offentliggøres. Nogle få resultater herfra skal her fremdrages, dels for at give et indblik i problemstillingens alvor, og dels for at belyse, hvor og hvorledes denne forskningsmæssige tilgang har sine udfordringer.

Som omtalt udgør for tidligt fødte børn en meget stor del af de børn, der rammes af perinatal morbiditet og mortalitet (Goldenberg: 2008, Saigal 2008, Huddy: 2001). Et review anfører således, at 75 % af den perinatale mortalitet skyldes præmatur fødsel, samt at mere end halvdelen af perinatal langtidssygdom skyldes præmatur fødsel (Goldenberg: 2008). Forbedret omsorg har øget overlevelsen og livskvaliteten for disse børn, men for tidlig fødsel kan fortsat medføre store komplikationer i nyfødthedsperioden, i barndommen og langt ind i puberteten (Saigal: 2008). Opsummerende anførtes det for relativt nyligt, at forskning og viden om forebyggelse ikke har kunnet reducere antallet af for tidligt fødte (Editorial, The Lancet: 2008). Frekvensen er tværtimod steget og stigende i mange lande (Goldenberg: 2008, Lawn: 2010).

Forståelse af patofysiologien bag præterm fødsel er endnu mangelfuld (Goldenberg et al: 2008). Infektion, tidligere præterm fødsel, etnicitet, og fysisk belastning kan ligesom rygning og alkohol være risikofaktorer. Men en stor del af de præmature fødsler, ja op til halvdelen, sker uden at man klart ved hvorfor (Henderson: 2003, Goldenberg: 2008). Dette vanskeliggør naturligvis en forebyggende indsats.

Primær forebyggelse retter sig mod alle gravide. Sekundær forebyggelse retter sig mod kvinder i risikogruppen. Dette projekt har fokus på førstegangsfødende fra lavrisikogruppen og omhandler således forebyggelse af (truende) for tidlig fødsel hos en gruppe af svangre, der ikke på forhånd er i risiko for at føde for tidligt.

Tertiære interventioner retter sig mod kvinder med en øjeblikkelig risiko for præterm fødsel. Tidlig diagnose er her essentiel. Rettidig diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel kan medvirke til, at den præmature fødsel måske undgås / til at adækvat behandling, corticosteroid behandling og tokolyse, sættes ind rettidigt. Dermed bliver sequelae for barnet og familien knapt så alvorlige. Projektets andet fokuspunkt er derfor diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel.

Forståelsen af partus præmaturus; risikofaktorer, dispositioner, forebyggelse, diagnosticering, behandling og sequelae, bygger således i dette phd -projekt på en obstetrisk forståelse heraf. Obstetrisk viden på området er i høj grad informeret

af en sundhedsvidenskabelig forståelse, der bygger på en traditionel naturvidenskabelig logik.

Et afgørende forskningsmæssigt paradigme inden for traditionel sundhedsvidenskab drejer sig om evidens. Er der evidens på højeste niveau betyder det, at der foreligger randomiserede kontrollerede undersøgelser, der entydigt peger på en given sammenhæng eller et givent årsagsforhold. Evidens på dette niveau gives imidlertid, som det er fremgået, ikke i alle sundhedsvidenskabelige sammenhænge. Evidens *kan* ej heller skaffes til veje på dette niveau i alle sundhedsvidenskabelige sammenhænge - alene af etiske grunde vil man ofte være afskåret herfra. Prospektive epidemiologiske undersøgelser, sammenlignende case - kontrol- undersøgelser og casestudier repræsenterer lavere grader af evidens, lavest rangerer praksis, der ikke er baseret på evidens, men snarere på, hvad man plejer at gøre.

I den samme periode, hvor antallet af præmature fødsler er steget så markant - især hos førstegangsfødende fra lavrisikogruppen i Danmark (Langhoff- Roos: 2006) har væsentlige strukturelle og teknologiske ændringer i den obstetriske organisation i landet fundet sted. Ændringer, der har haft indflydelse på udviklingen af den obstetriske organisationskultur. Hvilken rolle disse ændringer i organisationskulturen kan have / kan have haft for udviklingen af praksis omkring håndteringen af forebyggelse og diagnosticering af truende for tidlig fødsel vides imidlertid ikke præcist. Jeg ønsker derfor gennem andre videnskabsteoretiske tilgange at belyse problemstillingen, der er rejst i problemformuleringen.

Om teoretiske udgangspunkter for projektets empiriske metode

Da praksis er både kompleks og mangefacetteret indledes projektets teoretiske arbejde med en teoretisk og begrebslig afklaring af praksis; hvem den retter sig imod, hvem der udfører den og hvilke overordnede rammer, der er herfor. En overordnet teoretisk begribelse af praksis omhandler først og fremmest modtagerne af svangreomsorgens praksis, dem som praksis så at sige er rettet imod: det kommende barn, den vordende moder og den kommende familie.

Dernæst omhandler den de sundhedsprofessionelle og deres varetagelse af praksis. Det er dog ikke muligt inden for projektets rammer at give en fuldstændig og detaljeret beskrivelse heraf. Der er imidlertid tale om en refleksiv praksis, der på

flere områder er af mere generel karakter. En teoretisk indgang til forståelse heraf er derfor udgangspunkt for projektet og vil blive forsøgt udfoldet. En skitsering og en afklaring af de mere overordnede rammer for praksis indgår ligeledes i projektets forståelse af praksis i svangreomsorg og sundhedsvæsen.

De personer, som praksis i svangreomsorgen er rettet mod, de mennesker der varetager praksis i svangreomsorgen og de overordnede samfundsmæssige rammer herfor indgår i et samspil. Et bidrag til en teoretisk afklaring af de enkelte led i dette praksissamspil bliver behandlet i Kapitel 3.

De konkrete empiriske data omkring fejl og utilsigtede hændelser hænger uløseligt sammen med den kontekst, hvori de har fundet sted. Opfattelsen af organisationen som en kultur tilbyder, som anført, en helhedsorienteret forståelse af, hvad der kan være på spil (se eksempelvis: Schein: 1994, Schultz: 2003, Alvesson: 2002). Denne opfattelse giver mulighed for at se på det overordnede organisatoriske plan, såvel som på det teamprægede samarbejde, der rent faktisk finder sted i hverdagen på en hospitalsafdeling. Samtidig omhandler den det individuelle niveau, hvor medarbejderen arbejder og møder "kunderne" i hverdagen, den måde man i afdelingen taler / ikke taler om fejl og utilsigtede hændelser på, samt konkret og specifikt praksis omkring håndteringen af forebyggelse og diagnostisering af truende for tidlig fødsel. Metodemæssigt fremgår det imidlertid ikke helt klart hvordan man griber et studie af praksis i en organisationskultur an, hos de nævnte teoretikere.

Daglig praksis i en kultur kan imidlertid indgå som et genstandsfelt i antropologisk forskning (se eksempelvis Hastrup: 2004). Antropologisk forskning har tradition for at undersøge, hvordan mønstre i daglig praksis hænger sammen med såvel overordnet samfundsmæssig struktur som individets individuelle praksis. En kulturel tilgang til forståelse af daglig praksis kan på én og samme gang fastholde og uddybe aspekter ved såvel aktør som struktur perspektivet (se fx Baarts: 2003, Collinson: 1999). Praksis er imidlertid ikke apriorisk given. Det er menneskeligt muligt for medlemmerne i en given kultur at iværksætte endog betydningsfulde ændringer af denne (jvf.: Hastrup: 2004: 202 ff). Inspirationen fra antropologisk viden og metode spiller således en vigtig rolle i dette projekt.

Afdelingens medarbejdere står midt i daglig praksis. Det er dem, der træffer betydningsfulde skøn og beslutninger. De besidder så at sige ekspertisen i, hvad der

egentlig er afdelingens praksis omkring forebyggelse af utilsigtede hændelser, og specifikt forebyggelse og diagnosticering af præterm fødsel.

Aktionsforskning inddrager i sin metode de berørte, involverede personer. Aktionsforskningen konstituerer således i sit forskningsmæssige udgangspunkt et samarbejde mellem forsker og udforskede (se fx: Olsén: 2003, Nielsen & Nielsen: 2006, 2007, Schwantz: 2001, Lykes: 2006). Ideelt går dette samarbejde igennem forskningens faser: planlægning, udformning af design, udførelse, analyse og evaluering. Etisk er udgangspunktet i den kritiske - utopiske aktionsforskning, at forskeren er en deltager i forskningsprojektet og ikke en tilskuer (Skjervheim: 2002: 20ff). Studie af praksis bliver dermed ideelt set til et fælles projekt for medarbejdere og forsker; der sker en videnskabelse på basis af demokratiske værdier (Nielsen & Nielsen: 2006: 66ff). Ændring spiller en vigtig rolle i aktionsforskningens basale demokratiske ide, hvor potentialet ligger i forskningens kombination med demokratisk ændring (ibid.). Samfundet kan i denne tradition forstås som værende skabt af menneskelig handling, og det kan derfor også ændres af menneskelig handling. Inspireret af aktionsforskning vil det empiriske studie i dette projekt foretage en undersøgelse af praksis i tæt samarbejde med medarbejderne - også med henblik på at kunne bidrage til kvalificeringen af praksis.

De teoretiske udgangspunkter til begribelse af praksis og kontekst og samspillet dem imellem, der danner baggrund for projektets empiriske metode, vil blive yderligere uddybet i Kapitel 4.

Om valg af felt

Det kan være forbundet med vanskeligheder at opnå adgang til at undersøge praksis omkring forebyggelse af utilsigtede hændelser i en sygehusafdeling – bl.a. fordi emnet er så forholdsvist ømtåleligt (Pedersen: 2003, Aasland: 2005, Wu: 2000). Dette skyldes flere forhold.

I fødselshjælpen for eksempel beror en række beslutninger på skøn, der er klinisk velbegrundede, men alligevel er skøn - bagefter i bagklogskabens klare lys, hvor man kender "facit", kan et sådant skøn - somme tider desværre kun alt for nemt – blive genstand for kritik.

Hertil kommer den, endnu ikke helt forsvundne, tradition i sundhedsvæsenet for snarere at udpege en ”syndebuk” i forbindelse med en utilsigtet hændelse, end at interessere sig for hvad der var baggrunden for, at hændelsen måske fik alvorlige følger (se fx Reason: 2001, Pedersen: 2003).

I tillid til hverdagens måde at tilegne sig og videreudvikle klinisk praksis på (se evt. Kapitel 3), vil praksis omkring forebyggelse af utilsigtede hændelser, herunder forebyggelse af for tidlig fødsel blive undersøgt i projektet i samarbejde med medarbejdere og ledelse. Intentionen er, som nævnt, at bidrage til en udvikling på området og et væsentligt udgangspunkt herfor, er vores fælles normativitet (jf. Skjervheim: 2000: 20ff). Vi ønsker alle at medvirke til en forbedring af praksis for, om muligt, at nedbringe antallet af utilsigtede hændelser, herunder antallet af for tidlige fødsler - vel vidende, at færre utilsigtede hændelser vil øge arbejdsglæden for medarbejderne i svangreomsorgen.

Det er min erfaring, at medarbejderne er mere trygge på afdelinger, hvor man åbent kan diskutere sine skøn og de værdier, der ligger til grund herfor. Anerkendelse (Honnet: 2003) er en selvfølgelig del af organisationskulturen i sådanne afdelinger.

En undersøgelse fra UK af kulturelle karakteristika ved henholdsvis ”high” og ”low performing hospitals” peger på, at der var signifikante forskelle på de to typer af hospitaler (Mannion: 2005). Undersøgelsen var baseret på National Health Service’ såkaldte star - ratings af hospitaler. ”High performing hospitals” var karakteriseret ved at forsøge at praktisere en ”participative and decentralised” ledelsesstil. Lederne på ”low performing hospitals” blev anset for karismatiske, og seniorledelses - teams blev her karakteriseret ved betegnelser som ”klike” og ”inner circle” (ibid.). Studiet består af case studier, og resultaterne herfra beror således ikke på kvantitative generaliseringer, men indikerer at organisationskulturen og herunder ledelsesstilen kan have betydning for performance.

I anerkendelse af case studiets begrænsninger er det selv sagt væsentligt, hvordan udvælgelsen af cases finder sted. Såfremt det ikke er muligt at udvælge et spektrum af cases, kan udvælgelsen af ”ekstreme cases”, som ovennævnte studie vedrørende ”high” and ”low performing” hospitals viser, medvirke til at pege på særligt gunstige eller særligt tvivlsomme forhold (jf.: Flyvbjerg: 1991).

I erkendelsen heraf, tager phd - projektet udgangspunkt i en afdeling med kulturelle karakteristika svarende til ovennævnte ”high performance hospitals” og med en ledelses- og kommunikations - stil svarende til de ovenfor fremhævede. I afdelingen i Horsens, der indgik i det empiriske studie i mit speciale, skete inddragelsen af medarbejderne på baggrund af en fælles forståelse af betydningen af, at alle kom til orde og blev hørt (Reiter: 2004). Afdelingen kunne på relativ kort tid skabe resultater i forbindelse med det empiriske studie. De demokratiske træk ved afdelingens organisationskultur gør den, efter min opfattelse, til en eksemplarisk case, fordi såvel medarbejdere som ledelse forsøger aktivt at inddrage alle i arbejdet med udviklingen af patientsikkerhed. Afdelingen danner også udgangspunkt for det empiriske arbejde i PhD-projektet og bidrager til finansieringen af dette med 1/3.

Antallet af præterm fødsler i Sverige har været stagnerende i den samme periode, som antallet af for tidlige fødsler steg signifikant i Danmark (Morken: 2008), oven i købet på et lavere niveau. Derfor ønskede jeg at foretage et studie af praksis omkring forebyggelse af utilsigtede hændelser, specifikt forebyggelse af præterm fødsel i en svensk afdeling. For om muligt at kunne foretage en sammenligning mellem den svenske og den danske afdeling, var det vigtigt at finde en tilsvarende afdeling i Sverige.

Jeg fik gennem mit netværk en kontakt til en svensk jordemoder, der er valgt af Barnmorskaföreningens medlemmer til at sidde i foreningens faglige udvalg. Ystad blev udpeget; afdelingen er ligesom afdelingen i Horsens en mellemstor obstetriske specialafdeling uden neonatalafsnit, og den har igennem flere årtier arbejdet med udvikling af performance gennem inddragelse af medarbejderne (se fx Hogg: 1989). Afdelingen blev således udgangspunkt for det andet empiriske delprojekt i PhD-studiet.

Om temaerne i phd – projektet

Specialet fungerer på flere måder som pilotprojekt for phd – projektet. I Horsens udgør det en fælles baggrund for medarbejderne og undertegnede i arbejdet med phd-projektets problemstillinger. Den i specialet anvendte metode, der bl.a. er informeret af aktionsforskning og antropologisk metode, danner også udgangspunkt for undersøgelsen af praksis i en svensk obstetriske organisationskultur i phd – projektet.

Studiet foregik som en tematiseret undersøgelse af en eventuel sammenhæng mellem organisationskultur og patientsikkerhed, i dialog med ledelse og medarbejdere igennem faserne af planlægning, udførelse, analyse og evaluering (Reiter: 2004). I studiet indgik 3 perioder af 3-4 dages varighed med deltagende observation (se fx: Whyte: 1943, Adler: 1998, Collinson: 1999, Kristiansen: 1999, Hastrup: 2003). Der indgik endvidere kvalitative interviews med repræsentanter for hvert enkelt niveau af medarbejdere i organisationen (jf.: Kvale 1995, Fog: 1994, Collinson: 1999, KB Pedersen: 2001). I samarbejde med ledelse og medarbejdere fik følgende temaer højeste prioritet:

- Audit – De briefing (to forskellige metoder til opsamling af, hvad der er foregået i en vanskelig situation) mhp. forebyggelse af alvorlige hændelser og udvikling af personalepleje i denne forbindelse.
- STAN (en højteknologisk metode til undersøgelse af fosterets tilstand under den komplicerede fødsel) - Overflytning af barn til Neonatalafsnit (der ligger på et andet sygehus).

Temaerne drejer sig om ”værst tænkelige uheld”, hvordan de eventuelt kan forebygges og betydningen heraf for personalet og sikkerhedskulturen i afdelingen. Samarbejde er, som nævnt, afgørende i en kritisk situation på en fødegang. I det empiriske studie i specialet indgik tematiseringen i såvel den deltagende observation, som de kvalitative interviews. Afdelingens personale blev løbende orienteret gennem afdelingens ”Nyhedsbrev” både før, under og efter det empiriske studie. Dagbogsnotater fra den deltagende observation og de transskriberede interviews (der var godkendt af de interviewede) blev gennemgået og analyseret. Resultaterne fra undersøgelsen blev fremlagt for afdelingens ledelse og personale og ivrigt vurderet og diskuteret på to efterfølgende møder.

Undersøgelsen viste en åben og synlig ledelsesstil i en afdeling, hvor ledelse og medarbejdere er i dialog omkring patientsikkerhed og udvikling af denne, men også om personaletrivsel og medarbejdertilfredshed (Reiter:2004:66f). Ledelsen i afdelingen arbejdede aktivt ”for at flade hierarkiet ud” for at støtte uformel udveksling af information, således at medarbejderne følte sig trygge ved at tale. Ved episoder med stor travlhed i afdelingen dukkede cheffjordmoderen om nødvendigt op - også uden for normal arbejdstid - og deltog i arbejdet (ibid.:48). Den vidnede også om, at der i afdelingen eksisterede en uformel kultur og tradition for at tage vanskelige forløb op til umiddelbar efterfølgende drøftelse i vagtstuen.

Samtidige krav om besparelser i forbindelse med fusioneringen med en anden afdeling, havde imidlertid betydet nedskæring på såvel forvagts - laget (de yngre læger i afdelingen) som (syge)hjælper - laget. Dermed var disse personalegrubbers muligheder for at deltage i den umiddelbare efterfølgende drøftelse af vanskelige situationer i vagtstuen, blevet kompromitteret (ibid.:72).

I selve undersøgelsesperioden skete der imidlertid flere konkrete forbedringer af patientsikkerheden i afdelingen, bl.a. fremskyndet af de diskussioner som undersøgelsen medvirkede til at rejse. I afdelingen forsøgte man således at lette starten for forvagterne i afdelingen gennem indførelse af en introduktion på knapt en uges tid (Reiter: 2004: 69).

Debriefing i forbindelse med vanskelige forløb er blevet fast procedure, inden to døgn efter hændelsen indkaldes alle, der var tilstedeværende under hændelsen, og episoden gennemgås sammen med afdelingsjordemoderen. Formålet hermed er at gennemgå såvel faglige overvejelser som følelsesmæssige oplevelser, i forbindelse med episoden (Personlig efterretning Afdelingsjordemoder Anni Würtz: maj 2009).

Specialet viste således, at en tematisering af diskussionen af praksis omkring patientsikkerhed og organisationskultur, kan åbne en kompleks problemstilling og bidrage til at kvalificere indsigten i denne, ved at invitere til en åben diskussion med medarbejderne ud fra deltagernes viden, erfaringer og oplevelser (jf. Negt: 1994, 1997, Kontekst nr. 35).

På baggrund af den, i specialet, anvendte tematisering i undersøgelse af sammenhængen mellem organisationskultur og patientsikkerhed, vil der nedenfor blive redegjort for tematiseringen i de empiriske delprojekter i phd-projektet.

Praksis omkring forebyggelse af utilsigtede hændelser er både kompleks og mangefacetteret, og det kan være vanskeligt at få et fyldestgørende indblik heri som "fremmed". I realiteten vil det kun være muligt at åbne et vindue ind til daglig praksis. Praksis er derfor i dette projekt søgt belyst gennem en tematisering af væsentlig problemområder i denne. Selve tematiseringen lægger op til diskussion med ledelse og medarbejdere. Ved at insistere på en tematisering af problemstillingerne, snarere end en på forhånd skematiseret analyse af disse, lægges erkendelsen af, at der eksisterer en mangefacetteret virkelighed på de nævnte problemområder frem. Feltet åbnes for en fælles udforskning af, hvad der egentlig foregår i praksis,

hvorved en fælles diskussion vedrørende vanskelige – måske endog tabuiserede forhold i organisationskulturen - kan udfoldes.

Praksis omkring forebyggelse af for tidlig fødsel er en del af dagligdagen i svangre-omsorg og fødselshjælp, og den er på mange måder endog særdeles konkret. Ved at anvende en åben tematisering vil projektdesignet forsøge at knytte an til den diskussion, der foregår i hverdagen i afdelingerne herom. De specifikke temaer er i forlængelse heraf: praksis omkring forebyggelse af præterm fødsel (som nævnt: med særligt fokus på førstegangsfødende fra lavrisikogruppen) og praksis omkring diagnosticering af for tidlig fødsel.

Den overordnede praksis i organisationskulturens varetagelse af utilsigtede hændelser er anderledes uhåndgribelig og derfor sværere at italesætte; til belysning heraf er valgt temaerne:

- Spidsbelastning
- Opsamling / debriefing efter utilsigtede og / eller vanskelige hændelser
- ”Whistleblowing” / kritik

Begrundelse for udvælgelsen af de enkelte temaer vil blive omtalt nedenfor.

Medarbejdere og ledelse pegede allerede ved det indledende møde i forbindelse med mit speciale på, at de ønskede, at temaet: ”worst case” skulle indgå i tematiseringen af undersøgelsen af en eventuel sammenhæng mellem organisationskultur og patientsikkerhed (Reiter:2004: 45f). Spidsbelastning kan øge sandsynligheden for utilsigtede hændelser især på akutafdelinger som fx en fødeafdeling (fx: Brennan: 1991, Stewart: 1998). Indkaldelse af ekstra personale i forbindelse med spidsbelastning kan være et problem i obstetrikken i Danmark. Så vidt jeg ved, kender man imidlertid hverken problemets omfang eller dets betydning for patientsikkerheden. Jeg har derfor i dette studie valgt at tematisere spidsbelastning, for således overhovedet at bidrage til en italesættelse af problemstillingen. Spidsbelastning tematiserer i dette studie så at sige ”worst case” / undgåelse af worst case.

Debriefing anvendes konsekvent i en anden ”industri” med endog endnu mere spektakulære utilsigtede hændelser: luftfartsindustrien (se fx Reason: 2001). Formålet med debriefing er at undgå gentagelse af den utilsigtede hændelse. Da

opsamling i forbindelse med vanskelige hændelser ligeledes var et af de højest prioriterede temaer for medarbejdere og ledelse, i forbindelse undersøgelsen af sammenhængen mellem patientsikkerhed og organisationskultur i Horsens (Reiter:2004: 45), er debriefing også valgt som tema i dette studies undersøgelse af praksis omkring forebyggelse af utilsigtede hændelser.

Specialet pegede, som nævnt, på at forvagter ikke helt på samme måde som de andre personalegrupper indgik i opsamlende diskussioner vedrørende patientsikkerhed. Dette kunne bl.a. skyldes, at de havde en knap så stærk tilknytning til afdelingen. De kunne således have vanskeligere ved at fremkomme med kritik (Reiter: 2004).

I forebyggelse af utilsigtede hændelser og forbedring af patientsikkerhed, er det imidlertid væsentligt, at organisationskulturen forholder sig åbent til ”whistleblowing” i form af såvel intern som ekstern kritik (se fx: Turner:1997, Stewart:1998). Muligheden for at fremføre kritik eller ”Whistleblowing” er derfor det tredje tema, der adresserer den overordnede varetagelse af patientsikkerhed i dette studie. De tre temaer vedrører i øvrigt alle forhold, hvor det er væsentligt for medarbejderne at have muligheder for at formulere deres refleksioner over praksis og drøfte disse med kolleger (jf. Schön: 1983: 243).

Den åbne tematisering på de nævnte områder omhandler selvfølgelig også medarbejdernes oplevelse af forholdene, idet utilsigtede hændelser, som nævnt, kan være belastende for dem (jf. Aasland: 2005, Wu: 2000).

Om phd -projektets første empiriske delprojekt

Baggrund

Som omtalt steg antallet af for tidlige fødsler her i Danmark fra omkring 1995, og denne stigning fortsatte i løbet af det næste årti (Langhoff-Roos: 2006); den blev på en vis måde institutionaliseret, idet den har stabiliseret sig på dette niveau (se Bilag 2). Den obstetriske organisation, og dermed organisationskulturen, har i den samme periode undergået såvel strukturelle som teknologiske ændringer, som tidligere omtalt. Dette kan have initieret og instutionaliseret ændringer i praksis omkring forebyggelse og diagnosticering af for tidlig fødsel. Metodemæs-

sigt er Foucault i denne forbindelse en inspirationskilde¹. For at få indblik i en samfundsmæssig institutionalisering, må man forsøge at spore institutionen, dens interaktionsformer og dens gensidige bånd til samfundet helt tilbage til opkomsten af den pågældende institution (Foucault: 2002).

Fokusgruppeinterviewundersøgelsen

Intentionen med det første empiriske delprojekt i dette studie er derfor at undersøge, hvorvidt den signifikante stigning i antallet af præterme fødsler over en tiårig periode (Langhoff-Roos: 2006) kan skyldes ændringer i praksis omkring forebyggelse og diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel. Undersøgelsen er tilrettelagt som en fokusgruppeundersøgelse (jf.: Kvale: 95, Fog: 1994, Halkier: 2003, Pedersen: 2001).

De konkrete temaer for interviewene var (i forlængelse af undersøgelsens formål): praksis omkring forebyggelse af utilsigtede hændelser og specifikt forebyggelse og diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel (før 1995 og efter (2004), hvilke ændringer, der evt. var sket, og hvilken betydning dette kunne have for patientsikkerhed og medarbejdere. Disse temaer var på forhånd introduceret i afdelingen dels gennem Nyhedsbreve (Bilag 5a) og dels på informationsmøder i afdelingen. Den oven for omtalte empiriske undersøgelse af sammenhængen mellem patientsikkerhed og organisationskultur (Reiter: 2004) var, som nævnt, en fælles referenceramme, og tematiseringen af den overordnede varetagelse af patientsikkerhed således en del af vores fælles baggrund.

Medarbejdere i svangreomsorg og fødselshjælp har oftest en umiddelbart interesse i PhD-projektets formål: at bidrage til en kvalificering af praksis, der kan medføre at færre børn bliver født for tidligt. Medarbejderne og undertegnede, havde derfor på forhånd en fælles interesse og normativitet i udførelsen af fokusgruppeinterviewene (Jf. Skjervheim: 2002: 20ff)

Jordemødrene i Danmark var i strejke da PhD - projektet startede op. Imidlertid blev de indledende litteraturstudier om præterm fødsel, risikofaktorer herfor, forebyggelse, diagnosticering, behandling og sequelae foretaget. Studiet viste klart,

1 Eksempelvis blev behandler / patient forhold, som vi kender det i dag institutionaliseret allerede omkring slutningen af 1700 – tallet i og med Klinikens Fødsel (Foucault: 2000) og hospitaliseringen af fødslerne, der i Danmark strakte sig over de næste par hundrede år (Cliff: 1992).

at præmatur fødsel fortsat udgør en stor udfordring for obstetrikken - også i den vestlige verden (Ananth: 2005, Lawn: 2010, Tracy: 2007). Fra centrale artikler blev abstrakts oversat og tilsendt afdelingen i Horsens til udgivelse i deres Nyhedsbrev i mellemtiden. Formålet med PhD-projektet var på forhånd blevet præsenteret ”Nyhedsbreve” og diskuteret med medarbejderne på informationsmøder i afdelingen.

På et møde med ledelsen, om undersøgelsen, blev der lagt en plan for, hvordan fokusgruppeinterviewundersøgelsen skulle foregå.

For at tage højde for hierarkiet i den obstetriske organisationskultur, afholdtes de tematiserede fokusgruppeinterviews med medarbejdere fra hver enkel medarbejdergruppe i organisationen for sig. Hensigten hermed var at opnå en bredere og mere klart fagligt funderet indsigt i den enkelte medarbejdergruppes daglige praksis. Samtidig blev der hermed åbnet mulighed for at medarbejderne kunne komme til orde - også med meget personlige oplevelser og synspunkter, hvilket kunne bidrage til at styrke gruppens egne faglige og personlige indsigter på området (jf.: Negt: 1994, 1997, Kontekst nr. 35). Et egentligt studie i hierarkiets betydning for organisationskultur og praksis ligger imidlertid uden for dette projekts rammer².

Samtlige medarbejdergrupper og ledelsen er således repræsenteret i hver sin fokusgruppe i undersøgelsen. Alle kunne melde sig, men deltagelse var i høj grad bestemt af, hvorvidt man var til stede i afdelingen på netop den dag, hvor fokusgruppeinterviewet skulle løbe af stabelen. Hvert interview blev afholdt i jordemoderkonsultationens lokaler, hvor vi kunne sidde forholdsvis ugenert og afskærmet fra afdelingens arbejde. I flere af interviewene deltog dog også medarbejdere, der var på vagt, og vi blev derfor ind imellem afbrudt af, at en medarbejder blev tilkaldt til arbejdet på fødegangen.

Interviewteknisk var det, inspireret af aktionsforskning, medarbejdernes *egne* fortællinger, uddybende kommentarer og associationer, der var i fokus. Var der tilbageholdende medlemmer af gruppen, blev de aktivt inddraget i diskussionen gennem anvendelsen af runder og eventuel brug af spørgsmål som ”Hvad mener du?”, ”Hvordan ser du på det?” Ud fra tematiseringen forsøgte jeg at stille åbne

2 For et eksempel på et meget rigt og detaljeret studie af bl.a. hierarkiets betydning i organisationer se: Foote Whyte: 1943.

spørgsmål, der kunne bidrage til at afdække den historiske udvikling på området, og hvordan man i fokusgruppen vurderede de eventuelle forskelle i praksis før og nu. En erfaringsbaseret dialog blev etableret i alle grupperne - ofte på et meget personligt oplevelsesmæssigt forankret niveau (se fx Fokusgruppeinterview med hjælperne i Horsens, Bilag 5). Var jeg i tvivl om, hvorvidt jeg havde forstået hvad der blev sagt, gentog jeg hvad jeg havde opfattet for således at sikre mig en korrekt opfattelse af det sagte. Undervejs sagde jeg så vidt muligt ”ja”, frem for at nikke, for således at formidle det dialogiske aspekt i samtalen i udskrifterne heraf (Jf.: Kvale 1995)

Samtlige interviews blev efterfølgende transskriberet af undertegnede og udskriften tilsendt de pågældende informanter, der således fik mulighed for at rette misforståelser og komme med uddybende kommentarer og / eller kritik.

Analyse, validering og evaluering

Herefter blev interviewene gennemlæst og analyseret med henblik på en afdækning af praksis omkring forebyggelse og diagnosticering (før) 1995 og (efter) 2004, og organisationskulturens betydning for patientsikkerhed og medarbejdere i forbindelse hermed. De faglige og proceduremæssige forskelle på praksis omkring forebyggelse og diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel (før) 1995 og (efter) 2004 blev opstillet.

Resultatet blev skrevet ud til afdelingen og dens medarbejdere og fremlagt på to på hinanden følgende møder i afdelingen. Medarbejdere og ledelse fik her lejlighed til at vurdere resultaterne af analysen, og vi diskuterede dem i fællesskab. På baggrund af dette forløb blev Tilbagemeldingen til Horsens revideret (på ganske få punkter), og den foreligger i Kapitel 5.

Om phd -projektets andet empiriske delprojekt

Baggrund

Et intereuropæisk studie dokumenterer, som omtalt, signifikante forskelle i den perinatale mortalitet i ti forskellige regioner i Europa (Richardus: 2003). Sverige og Finland ligger her helt i top med de laveste tal overhovedet for perinatal mortalitet, medens Danmark ligger på sidstepladsen i nordisk sammenhæng og blandt de sidste i europæisk sammenhæng. Studiet fastslår endvidere, at der eksisterer en statistisk signifikant sammenhæng mellem størrelsen af den perinatale mortalitet

og sandsynligheden for at have modtaget suboptimal care i den enkelte region. I forlængelse heraf finder studiet at antallet af tilfælde, hvor patienten vurderes at have modtaget suboptimal care udgør ca. 1 /3 i (Syd)Sverige og Finland, hvor antallet i Danmark vurderes at overstige 50 % (ibid.). I Sverige er ca. 6 % af fødslerne, der er præterme i Danmark er det 7 % (se evt. Bilag 1 og 4). Da en høj andel af den perinatale mortalitet hænger sammen med præterm fødsel, kan forskellen måske skyldes forskelle i hvor optimal, den forebyggende praksis er i Sverige i forhold til i Danmark. Væsentligt i denne sammenhæng er det, at Sydsverige og Danmark demografisk er lig hinanden. En lighed der også gælder sundhedsvæsenet og afspejles i sundhedsuddannelserne, der (næsten) frit kan veksles mellem de to lande. Det var derfor nærliggende at forsøge at udføre et studie af organisationskultur og praksis på en sydsvensk fødeafdeling.

Intentionen med det andet empiriske delprojekt i PhD-projektet er derfor at undersøge, hvorvidt forskellen i antallet af for tidlige fødsler i Danmark og Sverige kan skyldes signifikante forskelle i organisationskultur og praksis omkring forebyggelse af utilsigtede hændelser og specifikt forskelle i praksis omkring forebyggelse og diagnosticering af præterm fødsel. Udforskningen heraf foregik i tæt samarbejde med afdelingens personale.

Studiet af organisationskultur og praksis i Ystad

På en række indledende møder med chefjordemoderen og sikkerhedsrepræsentanten, præsenterede jeg projektet. Jeg inviterede til en undersøgelse af afdelingens organisationskultur og praksis omkring forebyggelse af utilsigtede hændelser, med særligt fokus på forebyggelse og diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel, med henblik på forbedring af forholdene for patienter og medarbejdere. Vi kunne derefter gå i gang efter nytår 2009.

Indledningsvist blev jeg inviteret til at præsentere projektet for afdelingen på det ugentlige onsdagsmøde. Hele vagtstuen blev fyldt af interesserede mennesker fra alle personalegrupper. Jeg fremkom med mit ønske om at undersøge organisationskulturens praksis omkring forebyggelse af utilsigtede hændelser og forebyggelse og diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel. Den ovenfor omtalte tematisering heraf blev introduceret. Derefter inviterede jeg til, at afdelingen selv kunne byde ind, såfremt de havde et tema (temaer), som de ønskede undersøgt. Men det havde de ikke – trods den interesse, studiet vakte i afdelingen.

Undersøgelsen var fra starten tænkt udført i et design, som den jeg havde udført i Horsens, i forbindelse med mit speciale forløb (se evt. ovenfor). Den skulle således forløbe som fire perioder a tre dages varighed med deltagende observation (Adler & Adler: 1998, Kristensen: 1999, Collinson: 1999; Hastrup: 2003), heraf tre på fødegangen og en i svangrekonsultationen. Endvidere skulle der indgå kvalitative interviews (Kvale: 95, Fog: 1994, KB Pedersen: 2001) med repræsentanter for medarbejdere fra alle planer i organisationen.

Jeg vurderede imidlertid allerede efter den første periode med deltagende observation, at jeg ikke kunne se store forskelle på selve fødselshjælpen i Sverige og i Danmark. Men der eksisterer betydende forskelle på svangreomsorgen i de to lande. Organisationsstrukturen afveg langt mere fra, hvad jeg var vant til i Danmark, end jeg havde forestillet mig.

Fødegang og svangreomsorg er adskilt på en helt anden måde i Sverige end i Danmark, idet jordemødrene i princippet er tilknyttet ét af stederne. I Danmark arbejder jordemødrene typisk det meste af tiden på fødegangen og har så konsultation for svangre en gang om ugen. Jeg valgte derfor at henlægge en større del af den deltagende observation til Mödravården (Svangreambulatoriet).

Fokus var i høj grad på jordemodergruppen, deres praksis og arbejdsforhold – hermed kunne mit eget udgangspunkt som jordemoder danne klangbund for undersøgelsen.

I perioderne med deltagende observation var jeg med til kursusseancer, vagtskifter, møder og sidst men ikke mindst (!), så ”fikade vi tilsammans” (fik en lille kop kaffe/ eller spiste sammen). Jeg fik lejlighed til ”at gå med” jordemødre både på Förlosningen (Fødeafdelingen), Mödravården og Barselsafsnittet i mindre perioder og både med unge og mere erfarne. Endelig deltog jeg i diskussioner og samtaler, når der var tid og plads til det, for sproget var en barriere især i situationer med ”høj hastighed”. For yderligere at få rede på organisationsstrukturen og dennes betydning for det daglige arbejde valgte jeg at interviewe læge og jordemoder på fødegangen, og læge og jordemoder på Mödravården.

På fødegangen, hvor forholdene mest mindede om dem, jeg kendte herhjemme fra interviewede jeg en forholdsvis nyuddannet jordemoder, der tidligere havde arbejdet som undersköterska i afdelingen i en årrække. Dermed kom under-

sköterskarna og deres vilkår og betingelser også med i interviewrækken om end noget underbelyst i forhold til den oprindelige intention. Jeg interviewede også en forvagt (en yngre læge) her, der var i begyndelsen af sin karriere som obstetriker. På Mödravården havde jeg indledningsvist en samtale med jordemoderlederen, der også bestrider et tillidshverv på nationalt plan i svangreforsorgen. Herefter fik jeg mulighed for at interviewe en dansk uddannet jordemoder, der har arbejdet i ca. ti år i Mödravården i Ystad. Endeligt interviewede jeg den erfarne, ledende overlæge på Mödravården.

Inspireret af aktionsforskning kom de kvalitative interviews til at forløbe i en meget dialogisk form, hvor vi ved fælles indsats kom tættere på en fælles forståelse af situationen. I det kvalitative interview er det muligt hele tiden at spørge ind til de oplysninger, man har fået, for således at godtgøre og verificere dem. Det lader sig af gode grunde ikke gøre i samme omfang i fokusgruppeinterviewet, men teknikken virkede overbevisende. I og med den personlige dialog vi fik etableret, kom vi uden om eventuelle behov for indbyrdes markering af faglighed.

Indledningsvist var medarbejderne nysgerrige, men også lidt frygtsomme. Dette forsvandt dog efterhånden som de indså, at det ikke var en del af projektets intention at kontrollere deres arbejde, og vi fik flere spændende diskussioner om forholdene i de to lande. I samarbejde fik vi efterhånden rede på en række væsentlige forskelle i den obstetriske organisationskultur i de to lande.

Om analyse, validering og evaluering

Perioderne med deltagende observation blev fulgt tæt i min dagbog. Alle interviews blev båndet, transskriberet af undertegnede og sendt tilbage til interviewpersonen, så vedkommende kunne rette misforståelser, komme med kritik og indsigelser og evt. meddele, hvis der var oplysninger jeg ikke måtte videregive.

Dagbogsnotater og interviewudskrifter blev gennemarbejdet og analyseret, med henblik på afdækning af praksis omkring forebyggelse af utilsigtede hændelser, forebyggelse og diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel samt organisationskulturens betydning herfor og for medarbejderne.

De faglige og proceduremæssige forskelle på praksis omkring forebyggelse og diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel mellem Horsens og Ystad blev opstillet, resultatet blev udskrevet på et papir og ”udgivet” i afdelingen, og i papiret indgik

også en mindre statistisk sammenligning mellem Ystad og Horsens og Sverige og Danmark (se evt. Bilag 1).

Resultatet blev fremlagt på et åbent møde for medarbejdere og ledelse, hvor de fik lejlighed til at vurdere resultaterne af analysen, og vi diskuterede dem i fællesskab. Papiret er her i projektet gengivet i sin oprindelige form med enkelte små revideringer, som medarbejderne tilføjede på mødet. Tilbagemeldingen foreligger i Kapitel 6.

Tilbage melding, vurdering og diskussion - spejling som metode

Ved tilbage meldingerne i afdelingerne gjorde jeg rede for forskellene mellem organisationskulturerne på de undersøgte områder. Dette skete bl.a. gennem en spejling³ af forholdene i organisationskulturerne. Således blev forholdene i svangreomsorgen i Horsens (før) 1995 så at sige spejlet i forholdene i svangreomsorgen på de pågældende områder (efter) 2004, og mulige generelle forskelle for Svangreomsorgen, som sådan, i Danmark blev på denne baggrund påpeget. Grundlaget herfor er det i Kapitel 5 viste skema, der opstiller de enkelte elementer i den tidlige svangreomsorg (før) 1995 og (efter) 2004 over for hinanden.

I Ystad foretog jeg ved afrapporteringen af undersøgelsesresultaterne i afdelingen indledningsvist en spejling af organisationskulturerne på Mödravården og Förlosningen for at gøre personalet opmærksom på forskelle i praksis mellem organisationskulturerne i de to afdelinger. For eksempel får jordemødrene på Mödravården, i modsætning til jordemødrene på Förlosningen, supervision af kurator (en uddannelse der svarer til vores socialrådgiveruddannelse, men som også omfatter terapeutiske kvalifikationer på et grundlæggende plan).

Dernæst viste jeg gennem spejling vigtige forskelle i den tidlige svangreomsorg i Ystad og i Horsens, og mere generelle forskelle mellem organisationskulturerne i svangreomsorgen i de to lande. Dette gav anledning til interessant diskussion. Den tekst, som medarbejderne fik i hånden inden tilbage meldingsmødet i Ystad

3 Vores evne til at spejle skyldes sandsynligvis eksistensen af spejlneuroner (Se fx Iacobini: 2009, Cattaneo et al: 2009, Rizzolatti: 2010). Spejling som metode er teoretisk inspireret af denne forskning omkring spejlneuroner og af Sterns påvisning af spejlingens betydning både i tidlig forældre- barn - kontakt og i det terapeutiske møde (Stern: 2000, 2004).

rummer derfor både resultaterne fra Ystad og fra Horsens (teksten er her fremlagt i Kapitel 6).

Efter undersøgelsen i Ystad blev resultaterne herfra forelagt afdelingen i Horsens, dels på jordemoder/ hjælper mødet og dels på morgenkonferencen for lægerne og nogle (få) jordemødre.

Jeg foretog også her en spejling mellem forholdene i Ystad og i Horsens, og hvad mere generelle forhold angår mellem Sverige og Danmark, på disse møder.

Den selv samme form for ”spejlende afrapportering” af de konkrete forskelle i organisationskulturen imellem Horsens og Ystad, og på et mere generelt plan mellem den tidlige svangreomsorg i Danmark og Sverige, har jeg endvidere fremlagt på et møde for obstetrikere og jordemødre i Danmark i foråret 2010.

Gennem afrapportering af forholdene i organisationskulturen, ud fra på forhånd udarbejdede rapporter i en spejlingsproces, fastholdes personalets ejerskab til undersøgelsesresultaterne, og disse bliver dermed evalueret og valideret i fællesskab. Ser og oplever personalet det samme ved spejlingen som jeg, er resultaterne heraf næppe tilfældige; og vores fælles arbejde – projektets ”fælles tredje” (Husted og Tofteng: 2006) – er således de afrapporterede resultater, der foreligger i Kapitel 5 og 6.

Om phd -projektets tredje empiriske delprojekt – Fremtidsværkstedet

Problemformuleringens tredje underspørgsmål adresserer eventuelle udviklingsmuligheder i organisationskulturen, der kan forbedre patientsikkerheden. Dette er søgt belyst i et fremtidsværksted i den danske obstetriske afdeling i samarbejde med medarbejdere herfra.

Arbejdet med fremtidsværkstedet var inspireret af Robert Jungk (Jungk: 1989) og af aktionsforskere, der har anvendt metoden i deres forskning (bl.a.: Nielsen og Nielsen: 2005, 2006, Drewes Nielsen et al: 2010, Husted og Tofteng: 2006). I denne del af aktionsforskningstraditionen - den kritisk utopiske - lægges der, som nævnt, særligt vægt på en demokratisk tilgang (se evt. side 37).

Inden da havde projektet strakt sig over en årrække i afdelingen. Perioden indledtes med det empiriske studie i mit speciale i 2003 om en evt. sammenhæng mellem organisationskultur og patientsikkerhed. I 2008 gennemførtes ovenfor omtalte fokusgruppeinterviewundersøgelse. I 2009 kom tilbagemeldingen fra den kvalitative empiriske undersøgelse af sikkerhedskulturen i en sydsvensk fødeafdeling. Resultaterne var blevet forelagt på morgenkonference og jordemoder / hjælpermøde, diskuteret og evalueret.

På baggrund heraf gennemførtes foråret 2010 et fremtidsværksted i afdelingen under overskriften:

***Trivsel og kvalitet i Vores Arbejde og Liv -
Forebyggelse af for tidlig fødsel på Horsens fødeafdeling***

Den i projektet anvendte metode til afholdelse af fremtidsværkstedet skal her kort gengives (for en uddybning heraf: se Kapitel 7). Repræsentanter fra alle medarbejdergrupper undtagen ledelsen deltog i værkstedet, der forløb over en dag. Som facilitatorer medvirkede to af mine kolleger, mens jeg selv foretog notater.

Intentionen i fremtidsværkstedet er at facilitere et rum, hvori ordet er frit. Alle kan udtale sig, og det er ikke tilladt at kritisere det sagte, men man må gerne bygge videre på den pågældende association eller fremsætte modsatrettede synspunkter. Fremtidsværkstedet omfatter tre faser.

- I den første fase, kritikfasen, er der åbnet for, at deltagerne frit kan komme til orde med deres kritik. Kritikpunkterne føres til "protokols" i stikordsform på de opsatte vægaviser og tematiseres af facilitatorerne under kyndig vejledning af deltagerne. Herefter stemmer deltagerne om hvilke temaer, de finder, er de væsentligste. Der afholdes derefter pause og deltagerne har i pausen mulighed for at kigge på de opsatte vægaviser, hvis tekst man i fællesskab har udformet.
- Anden fase er Utopifasen. Her åbnes rummet for at deltagerne kan komme til orde med deres ønsker og drømme - alt er tilladt i den bedste af alle verdener: utopien. Utopierne føres til "protokols" i stikordsform på de opsatte vægaviser og tematiseres af facilitatorerne under vejledning af deltagerne som i kritikfasen. Herefter stemmer deltagerne om, hvilke utopier, de finder, der er de vigtigste. Herefter melder deltagerne sig på den utopi,

de opfatter som mest væsentlig eller interessant. Nu begynder arbejdet i grupperne med at udfolde de valgte utopier, som fremstilles på vægviser og siden præsenteres i plenum. Her fremsættes der kærlige kommentarer til det udførte arbejde. Derefter er der en pause.

- Realitetsfasen er fremtidsværkstedets sidste fase. Her arbejder deltagerne sammen om forslag til at realisere den utopi, de sammen har udarbejdet på baggrund af kommentarerne. Realitetsudkastet for den valgte utopi præsenteres for de andre deltagere i fremtidsværkstedet, og rummet åbnes atter, for at de kan komme med ”kærlige kommentarer”. Denne proces gentages med de øvrige realitetsudkast, der er blevet udarbejdet.

Til præsentationen af fremtidsudkastene havde vi inviteret ledelsen for afdelingen, og de deltog hermed i kommenteringen af udkastene. Efter præsentationen af realitetsudkastene holdt vi atter en lille pause, og derpå fulgte evaluering af dagen. Denne blev også ført til protokols på vægviserne.

Vægviserne dannede således grundlag for udarbejdelsen af en protokol, der er sendt til deltagerne med henblik på kritik og efterfølgende godkendelse (Bilag 7). Det er denne, der foreligger i forkortet form i Kapitel 7.

Fremtidsværkstedet følges i den kritisk – utopiske aktionsforsknings tradition op efterfølgende. Der indgår tillige en i metoden, hvorved forskningsprocessen søges gjort transparent, og resultaterne deles med andre interessenter. Opsamling og evaluering af forløbet i Horsens er omtalt i Kapitel 11. En offentliggørelsesproces har også i dette tilfælde været organiseret og planlagt, men kunne desværre ikke gennemføres på det planlagte tidspunkt. En tilsvarende proces løber dog af stabelen i foråret 2012 (Bilag 8).

Om forskerrollen og mødet med deltagerne

I tillid til hverdagens måde at tilegne sig og videreudvikle klinisk praksis på, er praksis udforsket i samarbejde med medarbejdere og ledelse i dette projekt.

Min rolle som forsker har undervejs først og fremmest været at initiere en diskussion af de omtalte temaer og aktivt at støtte en demokratisk debatteringsform herom. Det har været væsentligt for mig at forsøge at bidrage til, at medarbejderne

kunne komme til orde med personlige oplevelser og synspunkter, så diskussionen potentielt kunne styrke gruppens egne faglige og personlige indsigter på området (jf.: Negt: 1994, 1997, Kontekst nr. 35).

En forudsætning herfor var min forhåndsindsigt i den enkelte medarbejdergruppes faglige og praktiske arbejdsområde. Som jordemoder har jeg endvidere del i en sundhedspædagogisk praksis, der sigter på at lytte sig ind til problemstillinger, for derefter så vidt muligt at ”give sagen tilbage til egen hånd” - altså at forbedre kvindens muligheder for selv at tage hånd om sin egen situation. Min forudsætning som jordemoder gennem 20 år har dels åbnet veje ind i den obstetriske organisationskultur på grund af min sproglige kompetence på området, men også gennem min erhvervede praksis på området. Endelig har jeg tidligere arbejdet på et lavere trin i hierarkiet i en organisation, og min faglighed blev på området er stedse forsøgt opdateret.

Som medarbejdere i svangreomsorg og fødselshjælp har vi tilstrækkelig erfaring med utilsigtede hændelser, herunder for tidlig fødsel, til at vi alle gerne vil medvirke til en forbedring af forholdene, vel vidende at færre utilsigtede hændelser vil øge arbejdsglæden. Vi har så at sige en fælles normativitet på området. Samtidig deler vi også en forståelse af, hvorfor fejl og utilsigtede hændelser fortsat kan være belastet af tabuisering, og vi har oplevet, at dialog om praksis med kolleger kan initiere ændringer i praksis (jf. Schön: 1983: 243). Vi har ”sagen” til fælles, og muligheden for i forskningsprocessen at undersøge vores ”fælles” praksis åbner sig derfor i og med de empiriske studier (jvf.: Skjervheim: 2002: 20ff).

Undersøgelsen af praksis foregår i de empiriske studier i samarbejde med medarbejdere og ledelse i de to afdelinger. I dette møde opstår en mulighed for at opnå indsigt i praksis. Mit møde med alle disse mennesker, som jeg ikke på forhånd kender, har således haft afgørende betydning. Jeg har derfor på forhånd forsøgt at uddybe mit teoretiske kendskab til mødet, og hvordan mulighederne herfor kan fremmes.

Daniel Stern har gjort et banebrydende teoretisk og empirisk arbejde for at udforske menneskets første møde, nemlig spædbarnets og moderens første møde(r) (Stern:2000, se endvidere Kapitel 3). Han har siden udviklet sin teoretiske og empiriske forståelse af mødets betydning og arbejder nu med det terapeutiske møde mellem patient og behandler (Stern: 2004). Afgørende for mødets værdi for

begge parter er åbenhed og empati. I begge tilfælde er der tale om et møde, der i udgangspunktet har en asymmetrisk struktur; Stern betoner betydningen af, at forælder og terapeut frembyder en empatisk indstilling, og således forholder sig åbent og anerkendende til den anden og hans / hendes oplevelse⁴. Betydningen af kvaliteten af samværet, mellem forsker og feltets beboere, er endvidere pointeret af en antropologisk forsker (Thomsen: 2003).

En væsentlig baggrund for at et møde kan finde sted, er den forestillingsevne, vi har som mennesker. Det er på flere måder muligt for os at forestille os "den anden" i "den andens verden". Denne evne, ligesom vores evne til empati, beror sandsynligvis på de såkaldte "spejlneuroner", der som omtalt, sætter os i stand til umiddelbart at "spejle" handlinger- og den bagvedliggende intention (Iacobini: 2009, Rizzolatti: 2010 m.fl.). Dette kan være en del af baggrunden for, at den tilegnelse af klinisk praksis, der finder sted i praksis har så overbevisende læringsresultater (Jf.: Gallese: 1996). Ligeledes er dette forhold sandsynligvis en del af baggrunden for, at jeg, som andre deltagere i svangreomsorgen, kan "spejle" og dermed aflæse et repertoire af handlinger og mulige intentioner bag disse, i praksis i dagligdagen.

- Øjeblikket kan være af afgørende betydning (Grøn: 2008).
- Fødselsøjeblikket er selvfølgelig et eksempel på sådant et øjeblik.
- Det øjeblik, hvor en utilsigtet hændelse opstår, kan blive et sådant øjeblik.
- Men et møde kan også blive til et sådant øjeblik.

Mødet mellem mennesker fra forskellige kulturer kan udvikle sig til uforglemmelige øjeblikke for begge parter. Det vil dog oftere ske, såfremt man ankommer til mødet med en åben og oprigtig interesse for, hvad mødet med "beboerne" i en anden kultur kan bringe. Den rummelige forståelse af kultur som et "fleksibelt fællesskab" (Hastrup: 2004) er her god at have i bagagen!

4 Om antropologi og oplevelsens betydning: Hvor det modernistiske projekt i antropologien angiveligt tog kulturen for givet, var det postmodernistiske projekt snarere styret af en metodologisk individualisme, hvori den enkeltes oplevelse og erfaring var udgangspunktet for den antropologiske interesse - fænomenologi var en mulig videnskabsteoretisk overskrift for denne tendens (Hastrup: Viden om Verden 2004:23f) Fænomenologi kan i antropologien blive synonym med en intuitiv væren i verden, uden at dette dog står i modsætning til teoretisk refleksion, men - der er tale om en ligestilling mellem praktisk og teoretisk viden (ibid.: 17). For en introduktion til en forståelse af fænomenologi se evt.: Zahavi: 2003. En nærmere redegørelse for disse forhold ligger dog uden for denne fremstillings rammer.

Som sproget umiddelbart, og i den antropologiske litteratur, begribes som nøglen til at få adgang til en given kultur (Jf.: Hastrup: 2003b), så er individets personlige forudsætninger en nøgle til at få et personligt ”ståsted” i en kultur, selv når man kommer der som ”fremmed”. Jeg deler på mange måder, allerede inden det empiriske studie påbegyndes, såvel sprog som erfaring med de sundhedsprofessionelle, der er ansat i de to afdelinger - forskelle i de ”dialekter” vi anvender ufortalt.

Antropologiens traditionelle hovedforudsætning: ”Don’t go native”, har jeg i projektet forsøgt at opfylde ved at vælge afdelinger, der indgår i det empiriske studie af praksis, langt fra hvor jeg selv bor, for dermed at undgå personlig tilknytning. Jeg har i forskningsprocessen vekslet mellem nærhed og distance, for at forsøge opnå en tæt kontakt til de sundhedsprofessionelle og samtidig kunne bevare så meget af den fremmedes afstand, at jeg ikke – helt ;-) mistede overblikket.

Det er ikke muligt at vælge mellem medleven og distance (jf.: Hastrup: 2004: 419f). Vi må forsøge at opnå viden om verden, medens vi deltager i den. Den antropologiske metode forudsætter medleven, og den er således ikke blot et spørgsmål om tilegnelse af teknikker (ibid.). Vores forhold til objektet indgår dermed uundgåeligt i vores forståelse af dette, som objekt. Hermed er det ikke muligt ”bare” at rapportere fra forskellige steder i verden, men til gengæld uundgåeligt at gøre en forskel i den (ibid.).

”Fortolkning foretages fra en bestemt position og relationen til genstanden foldes således altid ind i vores viden om den. I antropologien og givetvis i andre videnskaber – er der tale om en specifik relation til genstanden, som er en del af metoden; det er ikke en standardrelation, som man kan eliminere eller neutralisere”

Hastrup: 2004: 420

Den fælles erfaringsbaggrund og normativitet, jeg og medarbejderne deler, betyder selv sagt at vores fælles ”blinde pletter” og fordomme næppe helt kan afdækkes i forskningsprocessen (!)

Med ovenstående har jeg redegjort for min indgangsvinkel til studiet og forsøgt at gøre denne og samarbejdsprocessen i det empiriske studie transparent (jf.: Nielsen & Nielsen: 2006:81).

Sammenfatning

I de faser af phd – projektet, der fordrer adgang til at opnå viden og indsigt i den daglige håndtering af forebyggelse af utilsigtede hændelser, specifikt præterm fødsel, vil projektet således metodisk i tæt samarbejde med de relevante personalegrupper udforske daglig praksis. Sammenvævet med denne proces arbejdes der på en forbedring af patientsikkerheden og forholdene for medarbejderne, gennem en kvalificering af diskussionerne herom. Samarbejdet vil blive søgt udfoldet på et demokratisk grundlag, hvor erfaring og viden anses for ligeværdige (jf.: Hastrup: 2004: 17, Nielsen og Nielsen: 2006).

En væsentlig forskningsmæssig pointe er, at medarbejdere og ledelse ikke bliver spurgt direkte ind til deres personlige balance mellem arbejdsliv og privatliv. Derimod åbnes der gennem tematiserede samtaler for, at man kan tale egne erfaringer og ståsteder fra dagliglivet ind i diskussionen, hvis man ønsker det. Hverdagslivets perspektiver på balancen mellem arbejdsliv og privatliv, er således ikke i dette projekt fremkommet ved hjælp af en specifik spørgeguide desangående. De er dukket op i forbindelse med diskussion af temaer, der indgår i projektets empiriske undersøgelser.

I de næste kapitler vil de teoretiske udgangspunkter for projektet blive uddybet.

Litteratur

- Aasland, O.G. et al: Impact of feeling responsible for adverse events on doctor's personal and professional lives: the importance of being open to criticism from colleagues. In *Qual Saf Health Care* 2005, 14, 13-17
- Ananth, C.V. et al: Trends in preterm birth and perinatal Mortality Among Singletons: United States, 1989 through 2000. in *Obstet Gynecol.* 2005 May; 105 (5 Pt1) 1084-91
- Adler P and P: *Observational Techniques*. In Denzin, N.K. et al: *Collecting and interpreting qualitative materials*. USA. 1998.
- Alvesson, M.: *Understanding Organisational Culture*. Sage. 2002.
- Alvesson, M et al: *Critical Methodology in Management and Organization Research*. In Buchanan et al (ed.): *Organizational research Methods*. Sage. 2009
- Baarts, C.: *Håndværket. Opbygning af viden*. I Hastrup, K. (red.): *Ind i Verden. En grundbog i antropologisk metode*. Kbh. 2003.

- Bourdieu, P.: Den praktiske sans. Kbh. 2007.
- Brennan TA et al: Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Haward Medical Practice Study. The New England Journal of Medicine. Feb. 1991.
- Cattaneo L; Rizzolatti G: The Mirror Neuron System. Arch Neurol / Vol 66 (no.5), May 2009:557-60
- Collinson, L.: Surviving the Rigs: Safety and Surveillance on the North Sea Oil Installations. in Organisation Studies 1999. 20(4) 579-600.
- Cliff H: Jordemoderliv. Kbh. 1992
- Drewes Nielsen et al: Fleksibilitet, flygtighed og frirum. RU 2010
- Editorial, The Lancet Jan: 2008. Vol 371. Issue 9606 p 2.
- Fog, J.: Med samtalen som udgangspunkt. Viborg. 1994.
- Foucault, M.: Klinikens fødsel. Kbh. 2000.
- Flyvbjerg B: Rationalitet og magt. Kbh. 1991. Bind 1. Kapitel 4,6,7, og 8
- Gallese V, Fadiga L, Fogassi L, Rizzolatti G: Action recognition in the premotor cortex. Brain (1996), 119:593-609.
- Goldenberg R L et al (1): Preterm Birth 1. Epidemiology and causes of preterm birth. The Lancet. Vol. 371. Jan 5, 2008. 75-84.
- Goldenberg R L et al (2): Preterm Birth 2. Primary, secondary and tertiary interventions to reduce the morbidity and mortality of preterm birth. The Lancet. Vol. 371. Jan 12, 2008. 164-75.
- Grøn, A.: ”Øjeblikket”. Foredrag på Kierkegaard - kursus Grundtvigs Højskole 9-7-08.
- Halkier, B.: Fokusgrupper. RUC. 2003
- Hastrup, K. (red.): Ind i Verden. En grundbog i antropologisk metode. Kbh. 2003. 2. udg. Kbh: 2010
- Hastrup, K.: Sproget. Den praktiske forståelse Hastrup, K. (red.): Ind i Verden. En grundbog i antropologisk metode. Kbh. 2003b.
- Hastrup, K.: Kultur – det fleksible fællesskab. Kbh. 2004.
- Hastrup, K. (Red.): Viden om Verden. En grundbog i antropologisk analyse. Kbh. 2004b.
- Henderson, C. et al: Mayes' Midwifery - A textbook for midwives. 2004, Bailliere Tindall.
- Herbst, A et al: Diagnosis of early preterm labour. Review. BJOG 2006,113 (Suppl. 3) s 60 – 66.
- Hogg B, Jansson S, Stiege K: Fødsel på kvindens vilkår. Reitzel. DK1989
- Honnet, A.: Behovet for anerkendelse. Reitzel. KBH. 2003.
- Hovedstadsrådets Sygehusfællesskab: utilsigtede hændelser I H:S – handlingsplan med retningslinier. Kbh.2002.

- Huddy CL et al: Educational and behavioural problems in babies of 32-35 weeks gestation. Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed. 2001; 85:23-28.
- Husted M and Tofteng D: The common third. In Nielsen, K.A. and Nielsen, B. S.: Methodologies in Action Research. In Nielsen, K.A. et al: Action and interactive research. Netherlands. 2006
- Iacobini M: Imitation, Empathy and Mirror Neurons. Annu. Rev. Psychol. 2009. 60: 653-70.
- Jungk, R. et Mülert, N., R.: Håndbog i Fremtidsværksteder. Århus 1989
- Kontekst (1978) nr. 35: "Glocksee – skolen som erfaringsproces".
- Kvale, S.: Kvalitative interviewundersøgelser. Kbh. 1995.
- Kristiansen, S. et al: Deltagende observation. Introduktion til en forskningsmetodik. Kbh.1999.
- Langhoff-Roos, J. et al: Spontaneous preterm delivery in primiparous women at low risk in Denmark: population based study. In *British Medical Journal*, 2006; 332:937-39.
- Lawn JE, Gravett MG, Nunes TM, Rubens CE, Stanton C, GAPPS Review Group: Global Report on preterm birth and stillbirth (1 of 7): definitions, description of the burden and opportunities to improve data. BMC Pregnancy and Childbirth 2010, 10(Suppl 1): S1.
- Lykes, MB: Creative Arts and Photography in Participatory Action research in Guatemala. In Handbook of Action Research. The Concise Paperback Edition. London. 2006.
- Mannion R et al: Cultural characteristics of "high" and "low" performing hospitals. Journal of Health Organization and Management.2005. Vol. 19 no. 6: 431-39
- Morken NH et al: Reference population for international comparisons and time trend surveillance of preterm delivery proportions in three countries. [http:// www.biomedcentral.com/1472-6874/8/16](http://www.biomedcentral.com/1472-6874/8/16)
- Negt O.: Hvad skal en arbejder vide for at finde sig til rette i verden i dag? i Nielsen BS et al (red): Arbejde og subjektivitet. Roskilde 1994.
- Negt O.: Levnedbeskrivelse. I Weber K et al (red.): Modet til fremtiden. RUC 1997a.
- Negt O.: Fordrivelse, adskillelse, drømme. I Weber K et al (red.): Modet til fremtiden. RUC. 1997.
- Nielsen KA og Nielsen BS: Kritisk-utopisk aktionsforskning. I Bechmann Jensen, T. et al (red.): Psykologiske og pædagogiske metoder. RUC. 2005.
- Nielsen B, Nielsen KA: Methodologies in Action Research. In Nielsen KA and Svensson L (Eds.): Action and interactive Research beyond practice and theory. Shaker. Netherlands 2006.
- Nielsen, B.S. og Nielsen, K. A.: Demokrati og naturbeskyttelse. Frydenlund. Kbh: 2007.
- Nielsen KA, Svensson L: (a) Introduction and Background. In Nielsen KA and Svensson L (Eds.): Action and interactive Research beyond practice and theory. Shaker. Netherlands 2006.
- Nielsen KA, Svensson L: (b) A Framework for the Book. Nielsen KA and Svensson L (Eds.): Action and interactive Research beyond practice and theory. Shaker. Netherlands 2006.
- Olsén P, Nielsen BS, Nielsen KA: Demokrati og bæredygtighed. Roskilde 2003.

- Pedersen, BL et al. (red): Patientsikkerhed fra sanktion til læring. København. 2003.
- Pedersen KB et al: Kvalitative metoder fra metateori til markarbejde. Roskilde 2001.
- Rasmussen, K.: Den Store Slæderejse. Kbh. 1932.
- Reason, J et al: Diagnosing "vulnerable system syndrome": an essential prerequisite to effective risk management. *Quality in Health Care* 2001;10. (Suppl. II):ii21–ii25
- Reason J: Human error: models and management. *BMJ* vol 320 18 March 2000:768-770
- Reason, P. and Bradbury, H: Introduction. *In* Reason, P. and Bradbury, H.: *Handbook of Action Research*. London 2000.
- Reiter, E.: Patientsikkerhed og Organisationskultur i Sundhedsvæsnen. RU. Speciale 2004.
- Richardus, J.H.: et al: Differences in perinatal mortality and suboptimal care between 10 European regions: results of an international audit. *BJOG*. Feb 2003, vol. 110 p 97-105.
- Rizzolatti G et al: Mirror neurons: from discovery to autism. *Expo Brain Res*. 2010.200: 223-237
- Saigal, S. et al: an overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. *The Lancet* vol. 372. 9608.19 Jan 2008. 261-69.
- Saigal, S et al: Measurement of Quality of Life of Survivors of Neonatal Intensive care. Critique and Implications. *In* *Seminars on Perinatology*. Vol. 32. Issue 1 Feb. 2008:59-66.
- Schein, E.: *Organisationskultur og ledelse*. 2. udg. Kbh. 1994.
- Schein, E.: *The clinical perspective in fieldwork*. Sage. USA. 1987.
- Schön D: *The Reflective Practitioner. How professionals think in action*. GB. 1983, 2009.
- Schultz, M.: *Kultur i organisationer*. Kbh.: 1990. 8. oplag 2003.
- Schwartz, ML et al: Participatory Action research in Southern Tanzania, with special Reference to Women. *In* Reason, P. and Bradbury, H.: *Handbook of Action Research*. London 2001.
- Skjervheim, H: *Mennesket*. Oslo 2002.
- Stern, D.: *Barnets interpersonelle univers*. Kbh. 2000. (Orig.:1995)
- Stern, D.: *Det nuværende øjeblik i psykoterapi og hverdagsliv*. København. 2004. (Original: *The interpersonal World of the Infant*. USA 1985).
- Stewart, J et al: Numbers of deaths related to intrapartum asphyxia and timing of birth in all Wales Perinatal Survey, 1993-95. *British Medical Journal*. Vol. 316. Febr.1998:657-59.
- Thomsen T: *Samværet i Hastrup K* (red.): *Ind i Verden. En grundbog i antropologisk metode*. Kbh.2003.
- Tracy, SK et al: Spontaneous preterm birth of live born infants in women at low risk in Australia over 10 years: a population based study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2007 Jun; 114(6):731-5.
- Turner, B. et al: *Man-made Disasters*. First Ed.1979. Sec. Ed. Oxford 1997.

- Wenger E: Praksisfællesskaber, læring, mening og identitet. Reitzel. 2004. Kbh.
- Weber, K et al: Modet til fremtiden. I Weber et al (red.): Modet til fremtiden – inspirationen fra Oskar Negt. Frederiksberg. 1997.
- Westlander, G: Researcher roles in Action Research. In Nielsen, K.A. et al: Action and Interactive Research. Netherlands. 2006
- Whyte WF: Street Corner Society. Chicago 1943.
- Wu, A.V.: Medical Error: The second victim. *British Medical Journal* 2000, 320; 726-27
- Zahavi D: Fænomenologi. Roskilde. 2003

Om praksis i svangreomsorgen

Indledning

Bliver barnet født, inden det er fuldbåret (dvs. førend tre uger før terminen), må man påregne, at barnet skal være indlagt på neonatal - afsnit, ind til det tidspunkt, hvor det skulle være kommet til verden. Barnet skilles dermed pga. sit behov for intensiv behandling fra sine forældre – ikke alle neonatalafsnit i Danmark har plads til ”rooming – in” for barnets forældre. Hermed foregår ikke alene fødselen på hospitalet men også den første sårbare tid for den lille nyblevne familie – såfremt barnet overlever. I forbindelse med for tidlig fødsel har vi dermed i dette samfund institutionaliseret en adskillelse af den nyblevne familie. Barnet på Neonatalafsnit, mor på barselsafdeling og far derhjemme, til sorg for hele familien, og til en så at sige instutionaliseret kompromittering af tilknytningsprocessen dem imellem (jvf.: Foucault: 2000). Det skal dog anføres at i erkendelse af denne problematik, arbejdes der ihærdigt i praksis både i hverdagen i neonatal - og barselsafsnit og på mere strukturelle planer for at overkomme og mindske konsekvenserne af disse forhold.

Dette projekt handler imidlertid ikke om disse (utilsigtede) konsekvenser af for tidlig fødsel og ej heller om de oplevelser, som en sådan kan afstedkomme for barnet, moderen og faderen. Derimod er fokus på praksis i forebyggelsen af for tidlig fødsel - kan en sådan undgås, slipper barnet og den nyblevne familie for alle disse trængsler – og flere til!

Dette kapitel omhandler således det konkrete niveau i praksis i svangreomsorgen. Projektets teoretiske ambition er ikke en fuldstændig teoretisk afklaring af praksis, en sådan ligger uden for rammerne af denne fremstilling. Dette kapitel vil i stedet give et teoretisk funderet indblik i fundamentale forhold i denne praksis, der vil blive belyst ud fra følgende fire udgangspunkter:

- Hvem denne praksis er rettet mod: det kommende barn og den vordende moder og familie.
- Det obstetriske grundlag for forståelsen af praksis, herunder en obstetrisk forståelse af præterm fødsel, risikofaktorer herfor og forebyggelse og diagnosticering heraf.
- Hvem der udfører praksis, det vil sige de sundhedsprofessionelle, der varetager svangreomsorgen i en praksis, der kan betegnes som reflektiv.
- Rammerne for sundhedsvæsenet og disses mulige betydning for praksis i svangreomsorgen.

Efter at baggrunden for svangreomsorgen og forståelsen heraf således er ridset op ud fra ovenstående perspektiver, vil Kapitel 4 forsøge at bidrage til en mere overordnet teoretisk og begrebsligt afklaring af praksis' indlejring i, og samspil med (organisations) kulturen.

De seneste årtier har, på baggrund af såvel klinisk som teoretisk forskning i det nyfødte barns kompetencer og udviklingen af forældre – barn – forholdet, medført vidtrækkende ændringer i holdningen hertil i svangreomsorgen. Allererst i kapitlet gives derfor en teoretisk introduktion til forståelse det nye barn og den nye familie, for hermed at bidrage til en præcisering af, hvem der er modtagere af svangreomsorgen. Herefter følger en kort omtale af nogle af den vordende moders opgaver i forbindelse med det tidlige svangerskab, herunder hendes rolle i forebyggelsen af for tidlig fødsel.

Obstetrisk praksis omkring forebyggelse og diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel bygger selv sagt på obstetrisk forskning på området. Med udgangspunkt i søgning i PubMed og Cochrane databaserne har jeg orienteret mig i forskning, der drejer sig om risikofaktorer for og forebyggelse og diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel. Resultaterne fra litteraturstudiet vil her blive uddybet og konkretiseret for at give et indblik i det obstetriske grundlag for praksis i svangreomsorgen. En fuldstændig redegørelse herfor ligger imidlertid uden for denne fremstillings rammer. Et review vedrørende metoder til vurdering af de cervikale forhold i forbindelse med diagnosticering af præterm fødsel er dog udarbejdet i forbindelse med dette projekt (Reiter: 2012, Bilag 3).

Herefter følger et afsnit om varetagelsen af praksis i svangreomsorgen. Indledningsvist omtales tilegnelsen af praksis og udviklingen heraf. Begrebet praksis bliver

foldet ud og undersøgt fra et klinisk konkret perspektiv, og det belyses derefter fra et teoretisk perspektiv. De sundhedsprofessionelle har via uddannelse, erfaring og daglig sparring med kolleger generelt udviklet en faglig dybde i forståelsen af forebyggelsens betydning i den tidlige svangreomsorg – også specifikt i forhold til forebyggelse af (truende) for tidlig fødsel. En række af de udfordringer og problemstillinger, som praksis i svangreomsorgen rummer, er ikke nødvendigvis velkendte for mennesker uden for praksiskredsen – men samtidig så kendte for praktikerne, at viden herom til tider er implicit og ikke udtalt. Anerkendelse af, og indsigt i, betydningen af praksis i samfundets velfærdsinstitutioner, og den viden og de problemstillinger, der knytter sig hertil, finder man hos den amerikanske forsker D. Schön, der tidligt introducerede begrebet ”*den reflektsive praktiker*”. Til en mere overordnet teoretisk afklaring og begribelse af den praksis, som den sundhedsprofessionelle varetager, har jeg derfor valgt at tage udgangspunkt i Schöns arbejde ”*The Reflective Practitioner*” (1983).

De overordnede rammer for sundhedsvæsnets selv sagt indflydelse på praksis også i svangreomsorgen, disse skitseres derfor i det følgende afsnit. Den overordnede økonomiske finansiering og styring af sundhedsvæsnets sætter således en række centrale betingelser for praksis i sundhedsvæsnets og dermed i svangreomsorgen (Pedersen: 2005). Kvalitet, kvalitetskontrol og kvalitetssikring spiller ligeledes en vigtig rolle i sundhedsvæsnets (se fx: Vallgård et al: 2010) – og dermed også i svangreomsorgen. Rammerne er på flere måder ikke helt de samme i Sverige og Danmark. Blandt andet er der væsentlige forskelle i opfattelsen af årsagerne til ulighed i sundhed (Vallgård: 2010, Nielsen et al: 2009). Dette medfører forskelle i opfattelsen af forebyggelse og sundhedsfremme, og det har betydning, også på reproduktionsområdet i de to lande, som det vil fremgå.

Om det nye barn og den nye familie

Fokus i den tidlige svangreomsorg er selv sagt på den gravide kvinde og det kommende barn. I dette afsnit vil jeg derfor lægge hovedvægten på den teoretiske og empiriske forskning omkring det nyfødte barn og moderens tilblivelse som mor – det vil almindeligvis i vores samfund sige moderens tilblivelse som barnets første omsorgsperson. Kapitlet bygger først og fremmest på Klaus og Kennels banebrydende arbejde (fx Klaus og Kennel: 1976, Anisfeld et al: 1983, Lvoff: 2000), der dokumenterede det nyfødte barns sansemæssige og sociale kompeten-

cer. Endvidere inddrages Daniel Sterns teoretiske og empiriske arbejde, forskning der har haft afgørende betydning for forståelsen af disse forhold og som i vidt omfang anvendes i den daglige praksis i svangreomsorgen (Stern: 1997, 2000). Endelig inddrages arbejde af Kerstin Uvnäs Moberg, der har forsket i oxytocins¹ betydning bl.a. i forbindelse med tilblivelsen af den nye familie (Moberg: 2006). Afsnittet afsluttes med en tematisering af nogle få væsentlige problemstillinger, som den svangre møder allerede i den tidlige graviditet.

Nyere spædbørneforskning har på mange måder gjort op med tidligere tiders forståelse af det lille nyfødte barn som et væsen, der næsten udelukkende er optaget af at spise, fordøje og sove². Pædiaterne Klaus og Kennel havde sammen med andre forskere allerede i begyndelsen af 80-erne, gennem empirisk forskning, demonstreret spædbarnets kompetencer på en række områder herudover. De viste betydningen af, at barnet fik mulighed for tidlig og tæt forældrekontakt (fx: Klaus:1976, Anisfeld: 1983). Fundene var imidlertid kontroversielle og førte til intense debatter i relevante fagtidsskrifter (fx Anisfeld et al: 1983, Lamb: 1982). Studierne fik i løbet af ganske få år afgørende betydning for praksis omkring håndteringen af det nyfødte barn på fødestuen og fødeafdelingen her i Danmark, og i mange andre lande. En ganske anderledes respektfuld og lempelig / forsigtig omgang med den spæde blev daglig praksis, ligesom støtten til initieringen af forældre – barn relationen blev kvalificeret. Det blev for eksempel nu almindeligt, at barnet kom op til sin mor umiddelbart efter fødslen. Denne ”humanisering af fødslerne” blev imidlertid også anerkendt fra ellers kritisk hold (Lamb:1982).

Praksisændringen, der blev gennemført også efter pres fra bl. a. græsrodsorganisationer som Forældre og Fødsel her i Danmark medførte en overvældende og overraskende ændring i holdningen til den nyfødte hos det obstetriske personale såvel, som hos forældrene. Barnet blev nu klart opfattet, forstået og håndteret som et lille nyt menneske. Som alle praksisændringer tog også denne sin tid. Men de hermed vundne forståelser af samspillet mellem forældrene og det nyfødte barn har nu i mange år været en del af den fælles faglige forståelse inden for obstetrikken og er dermed indlejret i daglig praksis.

1 Oxytocin frigøres i forbindelse med fødsel og amning, men findes i øvrigt både hos mænd og kvinder. Se evt.: Moberg: 2006.

2 For en historisk udredning af udviklingen inden for barndomspsykologien se evt.: Sommer: 2003

Daniel Stern har, på baggrund af mangeårige teoretiske og kliniske studier af spædbørn og deres nærmeste omsorgsgivere (oftest moderen i vores kultur), ydet et meget væsentligt bidrag til en mere teoretisk forståelse af forældre - barn samspillet, som her vil blive introduceret. Fokus for Sterns forskning var i mange år det spæde og det helt lille barn, og dets tilblivelse som person i verden (se bl.a.: Stern: 2000). Stern skriver i introduktionen til den seneste udgave af ”Spædbarnets Interpersonelle Verden”, at han ville introducere en ”lagdelt model” af personlighedsudviklingen, i modsætning til den tidligere bredt accepterede ”stadiemodell” (Stern:2000: 12). Hans begrundelse er, at den klassiske freudianske model aldrig havde indfriet sit løfte om bare nogenlunde at kunne forudsige psykopatologier, på trods af iagttagelser af spædbørn og retrospektive forsøg gennem 3/ 4 århundrede. Endvidere var den psykoanalytiske stadiemodell blevet mindre interessant og ude af stand til at skabe nye ideer. Sterns opfattelse er, at differentieringen mellem selvet og andre begynder ved eller endog før fødslen. Differentieringen finder ikke sted i en speciel livsfase, og det har derfor ingen mening at datere selvets ”endelige” løsrivelse fra den anden (ibid.:14). Spædbarnets væsentligste udviklingsopgave er følgelig ikke differentiering, men tværtimod at danne stadig bredere og tættere samhørighedsbånd til andre mennesker.

Nyere forskning peger, som tidligere nævnt, på eksistensen af de såkaldte spejlneuroner og den mere og mere omfattende litteratur angående tidlig imitation, tyder på at spædbarnet lige fra livets begyndelse har kapacitet til en form for interpersonel deltagelse (Ibid.:21f)³. Det er interessant at:

”.. disse fund peger på en biologisk baseret mekanisme for menneskets, herunder spædbarnets – gennem lang tid iagttagne – evner til at fornemme andres handlinger og handle i overensstemmelse dermed på aldersvarende måde”

Stern: 2000: 2

³ For forskningsresultater, der peger på eksistensen af spejlneuroner se fx: Gallese: 1996, Iacobini: 2008 og Cattaneo, Rizzolatti et al: 2009.

Stern er således overbevist om, at der allerede fra livets begyndelse eksisterer tidlige former for ”intersubjektivitet”⁴. Sterns arbejde, drejer sig bl.a. om at sammenføre tanker fra udviklingspsykologi og psykodynamisk psykoterapi. Mange af antagelserne og inspirationskilderne stammer herfra, men er også inspireret af beskæftigelse med det nonverbale på mikro - analyseniveau. Til studie på mikro – analyse niveau anvendte og anvender Stern bl. a. videooptagelser af forældre – barn - interaktioner. Den centrale tanke - at de indre objekter hos barnet konstrueres på baggrund af små gentagne samspilsmønstre - opstod ud fra dette mikro analytiske perspektiv (Ibid.:16). Stern illustrerer andetsteds det basale forælder - barn forhold i vores kultur på denne måde:

B rep. \leftrightarrow B handl. \leftrightarrow M handl. \leftrightarrow M rep.

efter Stern 1997: Moderskabskonstellationen: 22 f

Intentionen med figuren er at vise, hvordan moderen og barnet gensidigt påvirker hinanden (det gule felt) gennem deres respektive handlinger. Endvidere viser den, hvordan moderens såkaldte repræsentationer af forholdet - hendes forestillinger, ønsker, drømme, bekymringer, kulturelle forudsætninger osv. - påvirker hendes handlinger. På baggrund af sin teoretiske og empiriske forskning mener Stern, at barnet også meget hurtigt udvikler sine egne indre repræsentationer af forholdet baseret på forventninger forankret i tidligere interaktioner med moderen (Stern: 1997). (At moderen angives som spædbarnets nærmeste voksenkontakt beror på praksis i vores kultur, og er ikke et udtryk for, at faderen ikke også ville kunne indtage denne rolle (Ibid.:239). For en teoretisk og forskningsbaseret uddybning af faderens rolle se i øvrigt: Sommer:2003: 172ff). Stern påpeger, at faderens rolle – i vores kultur – også er at agere støtteperson for dette forhold mellem moderen og det lille barn (Stern: 1997: 25f).

Stern anser det for nyttigt at skelne mellem ”nye forældre”, som tror på, og forsøger at opnå og sommetider lykkes med at opnå lighed ml. far og mor i pleje og omsorg for barnet, og ”traditionelle forældre”, som ikke tror på en sådan

4 For en uddybende diskussion af Sterns forståelse af barnets opfattelse af sig selv og den kritik, der er rejst heraf fra især konstruktivismen se evt.: Sommer: 2003: Kapitel 6. Diskussionen afrundes dog med følgende bemærkning: ”Det er således muligt at indarbejde en række af Sterns synspunkter på barnets udvikling som en vigtig del af en senmoderne kontekstuel barndomspsykologi” (Sommer: 2003: 240).

lighed, og derfor heller ikke realiserer en sådan (Stern: 1997: 239). Fædre fra begge former for forældreskab kan tilvejebringe den praktiske støtte, som skaber rammer og beskyttelse for moderen i hendes tidlige omsorg for det lille barn, mener Stern. ”Den nye far” kan også deltage i disse opgaver, og han kan gøre det udmærket. Men der er to ting som fædre ikke kan. For det første har de ikke en rig erfaring, der sætter dem i stand til at rådgive, instruere eller udgøre en model for moderen, faderen er lige så uerfaren som moderen. For det andet selv om faderen kan bekræfte og påskønne moderen, kan han ikke gøre det på samme måde som en kvinde, som den nyblevne mor selv har valgt som rollemodel for moderrollen. Faderens forståelse og påskønnelse er af meget stor betydning, men kan kun delvist tilfredsstille moderens behov for ”holding”, som hun kunne få i den traditionelle udvidede familie, mener Stern (ibid.:240). I mere utraditionelle familieformer kan andre personer tilføjes, uanset biologiske bånd, og dermed så at sige åbne systemet.

Stern anfører, at ind til flere støtte - systemer spiller ind på det grønne interaktionsfelt i ovenstående figur. Det kan være vuggestue, børnehave, mødregruppe, økonomiske forhold mm. Med modellen anser Stern følgende grundlæggende forhold for fremhævet: næsten alle elementer vil altid være til stede og aktive, elementerne er indbyrdes afhængige, elementerne indgår i en gensidig påvirkning af hinanden, og en vellykket terapeutisk intervention som ændrer ét element vil i sidste ende også ændre de øvrige. Væsentligt i dette projekts sammenhæng er understregningen af den indbyrdes gensidighed og afhængighed i relationerne i den nyblevne familie. En nærhed der er så tæt ifølge Stern, at en påvirkning af et element vil påvirke de øvrige. Påvirkningen kan for eksempel ske via de omtalte støttesystemer.

Der er grundlag for at foreslå en såkaldt ”moderskabskonstellation”, som en organisering af kvindens psykiske struktur i forbindelse med hendes tilblivelse og fortsatte tilværelse som moder (Stern:1997). Begrebet vil kort blive introduceret i det følgende. Moderskabskonstellationen er ikke at betragte som en variant eller afledning af allerede eksisterende psykiske strukturer, men er snarere en unik og uafhængig struktur i sin egen ret, som spiller en stor rolle i de fleste mødres liv og som er helt og holdent normal. Den betydning som Stern tillægger moderskabskonstellationen fremgår af følgende citat:

”Jeg hævder endvidere, at hvis man ikke anerkender moderskabskonstellationens særlige karakter og overvældende betydning, vil det være svært at forstå de vigtige

subjektive temaer, som mødre oplever, udformningen af de problemer, som de søger hjælp for...”

Stern: 1997:217

Moderskabskonstellationen drejer sig om tre relaterede interesser og diskurser hos kvinden (Ibid.:218). En diskurs, der handler om kvindens egen mor – som mor til hende, en diskurs med kvinden selv, specielt med sig selv som mor og en diskurs, der handler om det lille barn. Dette lægger beslag på størstedelen af kvindens mentale arbejde og omstrukturering, og det er den vigtigste organiserende akse i kvindens intrapsyriske arbejde, medens moderskabskonstellationen er i forgrunden. Når en kvinde bliver mor – i hvert fald i vores kultur – mener Stern, at følgende temaer kommer i forgrunden (ibid.:219):

- Livsvækst temaet, om hvorvidt kvinden er i stand til at holde barnet i live og sørge for dets udvikling,
- Temaet omkring den primære relateren om kvinden er i stand til at engagere sig følelsesmæssigt i barnet og dermed sikre dets psykiske udvikling
- Netværkstemaet om hvorvidt kvinden kan skabe og give plads til de nødvendige støttesystemer og endelig et
- Tema, der vedrører kvindens reorganisering af sin identitet.

Alle temaerne indeholder forestillinger, ønsker, frygt, bekymring, erindring og motiver, der også kan strukturere aspekter af moderens psykiske liv længe efter den periode, hvor de er dominerende. Det er disse fire temaer som Stern under et benævner *moderskabskonstellationen*, den er ikke universel, og den er ikke medfødt (220f). I andre kulturer og epoker vil den være helt anderledes, og ligeledes kan mænd – om end kun i sjældne tilfælde – udvikle en moderskabskonstellation. Fænomenet eksisterer således hos mødre i højt udviklede vestlige industrialiserede samfund. Utvivlsomt eksisterer der psykobiologiske og hormonelle faktorer, der påvirker den nyblevne forælders sensibilitet, anfører Stern, men de sociokulturelle vilkår synes at spille den dominerende rolle. Disse betingelser afspejles i de fire temaer, der udgør den fremherskende moderskabskonstellation. Der udvises i vores samfund kun en begrænset tolerance over for styrken og kvaliteten af moderskabskonstellationen hos den enkelte mor. Der skal ikke så meget til før hendes adfærd betragtes som problematisk, mener Stern.

Flere andre forskere har beskæftiget sig med den skrøbelighed og det behov for omsorg, der eksisterer ved livets begyndelse. Den første psykiater med speciale i nyfødte børn i Norden, Margaretha Berg Brodén, udvikler således i sin bog ”Mor og barn i Ingenmandsland” forståelsen af ”at holde om” barnet. Når vi ser en lille nyfødt, vækkes tanken om at barnet skal ”holdes” (Brodén: 1991). Brodén påpeger, at det jo også er hvad mødre normalt gør, men hun omtaler også moderens / forældrenes behov for at ”blive holdt”. Det er, ifølge Brodén, netop de professionelle opgave i forbindelse med varetagelsen af omsorg for nyblevne familier: ”at holde” moderen / forældrene, så de kan holde barnet. (Også hos Brodén anses moderen for almindeligvis at være barnets primære omsorgsperson).

I forlængelse af Sterns og Brodéns påpegning af den nyblevne families skrøbelighed og tætte samhørighed, skal et større prospektivt kohorte studie fra et russisk hospital nævnes. Studiet viste, at antallet af nyfødte, der blev forladt af deres mor⁵ faldt jævnt over en 6 årig periode til omkring 50 % efter indførelsen af væsentlig træk fra WHO’s koncept: ”Spædbørnevenligt Sygehus” (Lvoff: 2000). (Prædikater ”Spædbørnevenligt Sygehus” tildeles under forudsætning af, at en række forhold og betingelser er opfyldt, der understøtter personalets opgave: ”at holde” familien). De indførte ændringer omfattede: privathed omkring fødslen og barslen, ”rooming - in”, hvor barnet forbliver i samme rum som moderen efter fødslen samt mulighed for besøg af faderen og andre pårørende⁶. Ændringen af praksis, således at den lille nye kunne blive hos sin mor, og barnefaderen og andre pårørende fik mulighed for at besøge dem, betød altså, at signifikant færre børn blev forladt af deres mor. Dette skete oven i købet i en periode, hvor antallet af forladte børn var i stigning i Rusland.

En svensk forsker, Kerstin Uvnäs Moberg, har gennem sin forskning peget på betydningen af oxytocin – et af kroppens ”lykkehormoner”. Hun kunne således sammen med sine kolleger vise at ammende kvinder var mindre stressede, mere afspændte og bedre til at indgå i samspil med deres børn end kvinder, der ikke ammede (Moberg:2006: 23). Endvidere er ammende kvinder, som jo har høje

5 Ifølge russisk lov anses et barn for at være forladt, når moderen forlader fødeafdelingen efter at have underskrevet en erklæring om overdragelse af forældremyndigheden til staten (Lvoff: 2000).

6 Derudover omfatter prædikateret ”spædbørnevenligt sygehus”: personalets uddannelse omkring konceptet, tidlig antenatal introduktion til amning, meget tidlig kontakt tæt mellem mor og barn, meget tidlig mulighed for at barnet kan lægges til moderens bryst samt udvikling af fælles holdninger og kommunikation heraf hos personalet.

oxytocin - niveauer i blodet under hele ammeperioden, mere rolige og udviser større interesse for sociale samspil end kvinder, der ikke ammer (ibid.:160). Oxytocin synes at have to måder at fungere på, dels synes det at fremme vækst og heling, og dels social aktivitet og kompetence (ibid.:97). Oxytocin, der også frigøres i forbindelse med berøring og indtagelse af føde, kan medvirke til at sænke blodtrykket, reducere kroppens indhold af stresshormoner og desuden bidrage til at øge smertetærskelen bl. a. gennem en øgning af kroppens produktion af endorfiner (ibid.:98, 166f).

Det skal nævnes, at idealiseringen af mor – barn – forholdet er blevet kritiseret (se fx Sommer:2003:177f). Nær tilknytning til et barn er ikke nødvendigvis biologisk givet (ibid.:179) og der eksisterer undersøgelser, hvor børn har udvist en lige så tæt tilknytning til deres far (ibid.:181, 190ff) - jf. Sterns betragtninger ovenfor. Denne forskning accepterer imidlertid også det nyfødte barns sociale kapacitet (Ibid.:181, 186, 188f), men den stiller samtidig krav til omsorgens kvalitet. En særlig gren af forskningen beskæftiger sig med kulturelle variationer i tilknytningen (ibid.:181f). Bonding – tilknytningen mellem forældre og barn og betydningen af dens tidlige grundlæggelse har også i en anden sammenhæng været genstand for diskussion i Danmark (Madsen: 1996).

Disse kritikere overser tilsyneladende forskning udført af Brodén, Moberg, Klaus og Kennell, Lvoff m.fl. Trods den rejste kritik er denne forståelse af det nye barn, dets sociale kompetencer og betydningen af tidlig forældre – barn – kontakt, del af en fælles faglige forståelse blandt obstetrisk personale i Danmark og Sverige. Daglig praksis i omsorgen for den nyblevne familie, i de første timer og dage efter fødselen, trækker derfor på denne opfattelse af spædbarnet som havende endog særdeles udviklede interaktionskompetencer, og denne forståelse af den nye familie som tæt forbundne indbyrdes. På grund af det nye barns og den nyblevne families skrøbelighed kan påvirkninger meget let få konsekvenser for hele familien og det ofte uudtalte behov, de har for at blive ”holdt”.

Den indbyrdes afhængighed og gensidighed i den nyblevne familie kan om muligt kun være større, når barnet befinder sig in utero. Faderen, eller en anden / andre nærtstående person (er), inviteres derfor også som en selvfølge med ind i svangreomsorgen i Danmark og i Sverige. Realiteten er dog, at ved de fleste svangrekonsultationer møder den vordende mor op alene.

Forebyggelsen af for tidlig fødsel varetages selvfølgelig først og fremmest af den enkelte vordende moder, i dagligdagen, på arbejdet og derhjemme. Dette sker i en form for samarbejde med pårørende og kolleger. Nogle få væsentlige temaer, som møder de vordende mødre allerede tidligt i graviditeten, skal nævnes her. Da projektets fokus er på gruppen af normale førstegangsfødende fra lavrisikogruppen, vil denne gruppe også være i centrum her.

Svangerskabet er en periode fyldt med store kropslige, følelsesmæssige og også sociale forandringer for kvinden - kun i de allerførste år af tilværelsen, og ved pubertetens indtræden, foregår der ændringer af et tilsvarende omfang i kroppens tilstand, udseende og funktion og også i kvindens sociale situation. Den vordende moder er som oftest, i vores samfund, ikke omgivet af gravide medsøstre og / eller veninder. Hun er måske den første i sin omgangskreds, der venter barn, og alle disse kropslige forandringer kan derfor overraske hende. Det kan derfor ind i mellem være svært at tilpasse sig disse forandringer og foretage de valg og fravalg, som disse kræver.

Fra år 2004 er fosterdiagnostik blevet et tilbud til alle svangre i Danmark, og de endelige beslutninger i denne sammenhæng påhviler det kvinden / parret selv at træffe. Sådanne beslutninger er en del af vilkårene for menneskeliv, og i adskillige kulturer eksisterer der formelle og uformelle regler desangående. I realiteten kan det dreje sig om liv eller død for det ønskede barn. Alligevel har man ikke krav på rådgivning, ud over det rent informative niveau, her i Danmark.

Omsorgen for det kommende barn er allerede en realitet, i og med graviditetens indtræden, og der lægges i denne forbindelse vægt på det individuelle ansvar i sundhedsforebyggelsen her i Danmark. Dette afspejles i sundhedsstyrelsens pjecer til de vordende forældre. Eksempelvis er det tilsyneladende forældrenes ansvar, at den kommende verdensborger ikke udsættes for kemikalier, der truer barnets sundhed (Miljøministeriet: 2009). Et andet eksempel er rygning – efter de seneste nedskæringer i sundhedsvæsnet er rygestopkurser til vordende forældre mange steder en saga blot, og forældrene må selv tage affære og tage initiativer, hvis de ønsker at holde op med at ryge – til trods for at der er evidens for at rygestopkurser mindsker antallet af for tidlige fødsler (Lumley: 2009).

Disse eksempler er nævnt for at illustrere vanskelige omstændigheder, valg og beslutninger af social, følelsesmæssig og kropslig karakter, der påhviler den svangre kvinde allerede i den tidlige graviditet.

Svangreomsorgen yder her, som i det øvrige Norden, dels kvinden professionel assistance på det rent obstetriske plan men også - i et vist omfang - i forhold til hvordan, den nye hverdag som vordende moder kan håndteres. Praksis i forebyggelse af for tidlig fødsel foregår i et samarbejde mellem kvinden, hendes nærmeste pårørende og de sundhedsprofessionelle, inden for de rammer sundhedsvæsnets overordnede styring udstikker og den lokale ledelse forvalter. Praksis konstitueres således mellem det ufødte barns og den vordende moders behov og de reguleringsmæssigt fastlagte og lokalt forvaltede rammer. Konstitueringen foregår hovedsageligt i de konsultationer, som den vordende moder (og hendes nærmeste pårørende) får hos svangreomsorgens sundhedsprofessionelle, på fødeafdelingerne, hvor den svangre eventuelt kommer ind med truende for tidlig fødsel og gennem oplysning og informationskampagner.

I det næste afsnit vil den obstetriske baggrund for varetagelsen af svangreomsorgen kort blive introduceret, denne viden udgør selv sagt en væsentlig del af fundamentet for svangreomsorgens varetagelse af forebyggelse af for tidlig fødsel i praksis.

Forebyggelse af for tidlig fødsel - det obstetriske grundlag

Hvis en førstegangsfødende fra lavrisikogruppen føder for tidligt kan der, som nævnt, være tale om en utilsigtet hændelse. Praksis i forebyggelsen af for tidlig fødsel er så vidt muligt funderet på obstetriske viden på området. Hvad angår forekomst af præterm fødsel, risikofaktorer herfor og mere specifikt forebyggelse og diagnosticering af præterm fødsel, samt sequelae efter en sådan, bygger dette afsnit på søgning i databaserne PubMed og Cochrane. I afsnittet omtales problemer en for tidlig fødsel kan medføre, den obstetriske definition på præterm fødsel, mulige årsager hertil og risikofaktorer, der vides at disponere herfor, forekomsten af for tidlig fødsel, forskellige tiltag til forebyggelse heraf og disses succes.

For tidlig fødsel medfører, som omtalt i Kapitel 1, ofte massive problemer (Goldenberg: 2008, Saigal: 2008, Huddy: 2001). Mere end 75 % af perinatal mortalitet og mere end halvdelen af morbiditeten på langt sigt skyldes således præterm fødsel (ibid.). Der er desværre kun ringe belæg og mulighed for en fuldstændig problem-løsning af ren obstetriske karakter (se fx Iams: 2008, Goldenberg: 2008), blandt andet fordi en stor del af de præterme fødsler sker uden påviselige årsager (ibid.).

Præterm fødsel er defineret som fødsel, inden svangerskabet har været i mere end 37 fulde uger. Jo tidligere barnet fødes jo ringere er prognosen. Meget for tidlig fødsel er fødsel inden 32 fulde uger og ekstremt for tidlig fødsel er fødsel inden 28 fulde uger. I 2004 ændredes abortgrænsen i Danmark, så ethvert barn med en gestationsalder på fulde 22 uger anses for et barn – tidligere var grænsen 28 fulde uger. I dag vil det i visse tilfælde være muligt, at et barn, der er født efter bare 23 ugers graviditet, overlever. Er barnet ikke levendefødt og yngre end dette, regnes det for en abort (og har følgelig ikke ret til begravelse). For tidlig fødsel kan være et resultat af

- Elektiv præterm fødsel pga. alvorlige obstetriske komplikationer, som kræver hurtig forløsning eller sygdom hos moderen eller barnet
- For tidlig vandafgang (Preterm Premature Rupture of Membranes, PPRM)
- Spontan for tidlig fødsel

Den førstnævnte gruppe ligger ikke inden for dette projekts fokus: førstegangsfødende kvinder med en normal graviditet. Spontan præterm fødsel starter enten med vandafgang eller præterme veer. Definitionen på præterme veer er almindeligvis regelmæssige kontraktioner med konstaterede ændringer af de cervikale forhold (modning af livmoderhalsen) (se fx: Goldenberg: 2008). De patologiske årsager hertil er imidlertid ikke velkendte (ibid.).

Risikofaktorer for præterm fødsel er først og fremmest tidligere præterm fødsel, men omfatter også tidligere spontane aborter og flerfold (mere end et foster), samt medicinske og gynækologiske tilstande, såsom dårlig ernæringstilstand, infektion, diabetes, hypertensive lidelser, bicorn uterus mfl. (se fx: Goldenberg: 2008, Sweet:1997). Disse risikofaktorer ligger det imidlertid uden for denne fremstillings rammer at uddybe, i og med projektets fokus. Andre risikofaktorer, der er relevante i nærværende projekt, kan være arbejdsbelastninger såsom arbejde på kontrakt, lange arbejdsdage og arbejdsuger, fysisk krævende arbejde - særligt skiftehold og nattearbejde (Goldenberg: 2008, Niedhammer: 2009, Pompeii: 2005), psykosociale belastninger (Wisborg: 2008), demografiske forhold, socioøkonomiske og uddannelsesmæssige forhold (se fx: Goldenberg: 2008, Reagan: 2005, Collins: 2011), fattigdom (DeFranco: 2008), marginalisering (Downe: 2009) og livstilsbelastninger som rygning, alkohol mm (fx Sweet: 1997, Goldenberg: 2008, Niedhammer: 2009). Alle disse forhold kan øge risikoen for præterm fødsel, hvis den svangre er udsat herfor. I denne forbindelse skal det fremhæves, at op til ca. 40

% af de for tidlige fødsler kender man ikke årsagen til (Sweet: 1997, Iams: 2008). For tidlig fødsel er internationalt set meget ulige fordelt. I tredje verden er antallet af for tidlige fødsler generelt højt, mens det er lavere i den vestlige verden (Lawn: 2010). I Europa og andre udviklede lande er frekvensen af præterm fødsel mellem 5 og 9 %, mens frekvensen i USA er på 12.7 % (Goldenberg:2008) – for sorte kvinder på 16 -18 %, og på 5-9 % for hvide kvinder (ibid.)⁷.

Frekvensen af præterm fødsel er stigende i flere vestlige lande (Ananth: 2005, Tracy: 2007, Morken: 2008, Lawn: 2010), med fx en stigning fra 9,5 % i 1981 til 12,7 % i 2005 i USA (Goldenberg: 2008). En væsentlig årsag hertil er stigningen i antallet af indikerede præterme fødsler (pga. alvorlig sygdomme hos mor eller barn) og IVF graviditeter (Goldenberg: 2008). Fertilitetsbehandling, herunder reagensglasbefrugtning (In Vitro Fertilisation), har betydning i denne sammenhæng. Behandlingen er ofte forbundet med flerfoldsgraviditeter, fordi der ofte sættes mere end ét æg op ad gangen for at øge graviditetschancen. Flerfold øger, som nævnt, i sig selv risikoen for præterm fødsel, og også IVF singleton graviditeter har en øget risiko for præterm fødsel (Goldenberg: 2008). Fertilitetsbehandling alene forklarer imidlertid ikke den samlede stigning i antallet af for tidligt fødte, og langt fra i den omtalte periode, 1995-2004, her i Danmark (Langhoff-Roos:2006).

Der har gennem tiden været forsøgt mange tiltag for at forebygge for tidlig fødsel, men der har generelt været ringe succes med disse (Iams: 2008), her skal blot nævnes nogle eksempler. Da præterm fødsel og for tidlig vandafgang kan være forårsaget af infektion har man eksempelvis undersøgt værdien af screening for bakteriel vaginose hos alle gravide, men et meget velunderbygget review fandt ingen værdi heraf (Nygren: 2008).

Diagnosticeringen af en ændrede cervikale forhold er central i diagnosticeringen af præterm fødsel. Man har derfor i en række studier undersøgt, hvorvidt screening af de cervikale forhold hos alle gravide kunne forebygge for tidlig fødsel. Der er imidlertid ikke evidens herfor (Mortensen: 1987, Buekens: 1994, Berghella: 2009, Alexander: 2010).

7 Dette har betydet at man har kædet etnicitet og præterm fødsel sammen; men et nyligt offentliggjort studie fra USA viser at, Afro - Amerikanske mødres sociale mobilitet opad fra fattigdom tidlig i livet er associeret med en formindsket risiko for at de selv føder prætermt; fænomenet gælder dog ikke mødre, der selv er født med lav fødselsvægt (Collins: 2011).

En søgning i Cochrane databasen (senest marts 2011) viste, at der er utilstrækkelig evidens for, at en række tiltag til forebyggelse af for tidlig fødsel virker. Dette gælder således forebyggelsestiltag inden graviditeten (Whitworth: 2009), støtte under graviditet til kvinder med øget risiko for at føde lavvægtige børn (Hodnett: 2005) og antenatal uddannelse til forældre med henblik på forberedelse af fødsel og / eller forældreskab (Gagnon: 2009). De studier, der indgik, var dog vanskelige at fortolke, idet de testede effekten af forskellige interventioner på flere forskellige resultater, flere af studierne var små, og flere havde usikker metodisk kvalitet.

Enkelte programmer har dog vist positive resultater, således et med ”woman - Centered Care” (Ickovics: 2007, et randomiseret kontrolleret studie) og et med ”Patient – Centered” care (Newmann: 2008, et større case - controlstudie).

Kun få studier har beskæftiget sig med betydningen af kontekstuelle faktorer for forringede fødselsresultater. Støtte til udvikling af netværk i nabolaget synes at have en positiv betydning (Reagan: 2005), ligesom et Cochrane review over studier til reduktion af mødre og børns dødelighed og sygelighed, baseret på lokalsamfundsinterventioner, viste lovende resultater (Lassi: 2010).

Der er endvidere evidens for at rygestopkurser til gravide nedsætter risikoen signifikant for præterm fødsel, sandsynligvis fordi rygestopkurserne øger sandsynligheden for at kvinden ophører med at ryge (Lumley: 2009).

Til trods for øget viden om risikofaktorer og mekanismer, der er relateret til præterm fødsel, og introduktionen af interventionsprogrammer designet til at mindske antallet af for tidlige fødsler, er det imidlertid ikke lykkedes at mindske antallet af præterm fødsler (Lawn: 2010), ej heller i Danmark (Langhoff-Roos: 2006). Årsagen til stigningen i antallet af for tidlige fødsler her i Danmark kan, som nævnt i Kapitel 1, måske skyldes ændringer i den obstetriske praksis omkring forebyggelse af for tidlig fødsel. En nærmere undersøgelse af, om dette er tilfældet, fordrer imidlertid en mere almen sprogliggørelse af praksis i svangreomsorgen; en sådan vil blive forsøgt udfoldet nedenfor.

Om praksis – de sundhedsprofessionelle og deres arbejde i svangreomsorgen

I Norden, såvel som i Holland, England og Irland er jordemødre uddannet til at varetage svangreomsorgen for den kvinde, der har en normal graviditet, og jordemødrene er ligeledes uddannet til at konferere med / visitere til / påkalde obstetrisk assistance efter behov i tilfælde af mistanke om patologi. Obstetriske speciallæger har i de pågældende lande ansvaret for varetagelsen af svangreomsorg og fødselshjælp, såfremt der er mistanke om patologi. I praksis foregår denne varetagelse ofte i et tæt samarbejde med jordemødre. De medarbejdere, hvis arbejdspraksis, projektet omhandler, er således jordemødre, speciallæger og læger under uddannelse i obstetrik, men også sygehjælpere, der indgår i teamsamarbejdet på fødeafdelinger i Sverige såvel som Danmark.

Indledningsvist omtales i dette afsnit tilegnelsen af praksis, som den i hverdagen videregives til ”nye” i sundhedssektoren og som den anvendes i tilegnelsen af nye procedurer. Intentionen er at give læsere uden for sundhedssektoren et konkret indblik i praksis og dennes konkrete formidling i sundhedsvæsenet. Der er fokus på færdigheder, der konkret fremstår som rent praktiske, men som til stadighed udvikles over tid blandt andet ud fra forskning på området. Praksis, som den også udfordres og vedligeholdes i det kollegiale fællesskab omtales derfor også. Herefter følger en introduktion til den amerikanske forsker D Schöns opfattelse af reflekativ praksis – her eksemplificeret ved de sundhedsprofessionelles praksis i svangreomsorgen.

Om tilegnelse af og mesterskab i praksis

En række kliniske færdigheder tilegner man sig som kommende sundhedsprofessionel gennem praksis. Tilegnelsen af klinisk praksis anses derfor traditionelt for at forudsætte deltagelse i praksis. Det fremgår blandt andet af uddannelsesordninger i sundhedsprofessionerne. I dette læringsforløb, som vi alle har gentaget så ofte i vores uddannelse og efteruddannelse, at det forekommer elementært, er indlejret en indsigt i, og viden om, betydningen af praksis. Typisk foregår læringen i tre tempi:

- ”Nybegynderen ” ser på, medens den erfarne / ”mesteren” viser proceduren
- ”Nybegynderen” udfører selv proceduren, medens den erfarne ser på
- Personen, der nu ikke længere er ”Nybegynder” udfører proceduren selvstændigt

Længden af de forskellige trin og antallet af gentagelser, der findes påkrævet, inden man kan avancere til næste trin, afhænger selv sagt af sværhedsgraden af den pågældende procedure. Tilegnelsen af praksis foregår i en vekselvirkning mellem at se og opleve praksis, få lejlighed til at spørge ind til denne og selv udføre den - de første gange under supervision. En meget stor del af den viden, der videregives i de praktiske læreprocesser, formidles således gestisk - måske med nogle ledsagende kommentarer. Den viden, der ligger indlejret i gestikken forbliver dog ofte "tavs" - ikke udviklet eller artikuleret på et sprogligt niveau. Det er her vigtigt at gøre sig klart, at den gestiske viden både eksisterer på det plan, hvor "nybegynderen" tilegner sig fagets mest grundlæggende gestiske færdigheder - men også på mesterplanet. Polanyi har udforsket tavs viden og mener:

"... vi kan vite mer enn vi kan siMesteparten av denne kunnskapen kan vi dermed ikke formulere."

M. Polanyi: "Den Tause Dimensionsjonen" opr. 1966: 16

Spejling er derfor et vigtigt element i denne overdragelse af klinisk viden. Såfremt det drejer sig om en distinkt præcis procedure (som f. eks. anlæggelse af venflon) er spejlingen af afgørende betydning. Hvad angår mere avancerede færdigheder (som f.eks. håndgreb, der kan anvendes, når fødselshjælperen tager imod barnet), indgår spejlingen stadig i læringsprocessen. Men i denne læringsproces er mødet mellem "nybegynderen" og den erfarne - eller mellem de to erfarne, der er til stede ved fødslen - også væsentligt, idet læringsprocessen i praksis også kan være afhængig af relationen mellem "mester" og den lærende. Professionelle i sundhedsvæsenet modtager således ofte i deres kliniske uddannelse undervisning i en form for mesterlære.

Gennem ovenstående procedure opnår "nybegynderen" at tilegne sig praksis, og dermed at udvikle sin egen handlekompetence, i overensstemmelse med / på grundlag af den erfarne (mester)s praksis. Der kan være en fælles ambition for "mester" og "lærling" til stede i den konkrete samarbejdssituation, hvor "lærlingen" tilegner sig fagets grundlæggende færdigheder. Langt fra alle "mester / lærlinge - forhold" inden for sundhedsprofessionerne fungerer selv sagt ideelt. Men når de fungerer optimalt, har mester og lærling en fælles ambition om at bidrage til fagets bedste, dets udførelse og udvikling. Denne fælles faglige ambition kan også være til stede i den daglige praksis mellem kollegaer i en organisationskultur. For at give et indblik i hvad mesterskabet omfatter, vil jeg her citere en mester:

”Vi har alle sammen udviklet en særlig følsomhed i vores fag. Hvad enten vi er musikere, lærere, ledere eller læger, bedstemødre, golfspillere eller tømrere udvikler vi gennem årene et mesterskab, og mesterskaber er karakteriseret af to ting: ekstrem følsomhed for detaljer og evnen til at drage konklusioner på baggrund af et ekstremt differentieret og komplekst bevidsthedsfelt - Mesterskabet giver os adgang til et fuldstændigt nærvær, en fuldkommen koncentration”.

Bastian: 2011:83

Den omtalte måde at tilegne sig nye kliniske færdigheder anvendes også, efter uddannelserne er afsluttet. Som færdiguddannet vil man ofte kunne tilegne sig en ny procedure efter bare at have gennemført ovennævnte trin i tilegnelsen en enkelt gang. Visse kliniske ”færdigheder” kræver indledningsvist blot en enkelt visning på trin 1, fx en rundvisning i afdelingen, når man starter et nyt sted. Færdigheder på et mere avanceret niveau kan også udvikles ved hjælp af denne metode. For eksempel kan man som nyankommen jordemoder lære en del om, hvordan en afdeling fungerer, ved at ”gå sammen med” en kollega under de første to – tre dages introduktion⁸.

Den beskrevne ”tretrins- metode” til at tilegne sig kliniske færdigheder er således gennemprøvet. Den anses for en ”golden standard” som metode til at lære, tilegne sig og efterfølgende kunne udføre selv vanskeligere kliniske procedurer i sundhedsvæsenet. Praksis og handleberedskabet til at kunne udføre denne, skabes og genskabes så at sige hos den lærende gennem denne proces - Dette gælder også (organisations) kulturens praksis (jf. Bourdieu: 1995,1999, 2007). En klinisk færdighed mestres på et stedse højere niveau, gennem erfaring, til niveauet for mestring opnås. Færdigheden bliver så at sige indlejret i selve den kropslige praksis hos klinikerne (jf. Bourdieu: 2007). Disse forhold vil der blive redegjort yderligere for i næste kapitel.

Gennem kvalificeret erfaring, hvor den avancerede kliniske færdighed og forståelsen af denne til stadighed udvikles, i et dagligt samspil med andre klinikere, opnås og vedligeholdes niveauet for mestring af den pågældende færdighed. For eksempel må en kirurg nødvendigvis udføre et bestemt antal operationer årligt, for at vedligeholde og udvikle sin operationsteknik – og sit samarbejde med det

⁸ I det empiriske delprojekt i Ystad fik jeg således lejlighed til ”gå med” jordemødre både på Mödravården og Förlosningen.

øvrige anæstesi- og operationspersonale. Ligeledes vedligeholdes jordemødres og obstetrikernes færdighed, hvad angår vaginaleksploration blandt andet gennem samspillet med kolleger. Man har for eksempel her i Norden tradition for at få en ”second opinion” fra en kollega, i tilfælde af usikkerhed omkring eksplorationen (jvf.: Reiter:2012).

Udvikling af klinisk praksis kan eksempelvis foregå forbindelse med jobskifte. Ofte indledes her med en introduktionsperiode, hvor man som nyansat fungerer som ekstra personale og derved får mulighed for at tilegne sig praksis på den nye afdeling. Samtidig kan man få lejlighed til at ytre sig om sin allerede erhvervede praksis, og dette kan være en øjenåbner for den nye afdeling (!). Fra gammel tid har man vidst, at praksis kunne udvikles gennem et møde med tilsvarende ”praksisser” i andre kulturer. Jeg tænker her på naverne, der som del af en gammel tradition, beskæftiger sig med deres fag i en længere periode langt fra hjemstavnen. Den samme idé gennemsyrrer også klinisk uddannelse inden for sundhedsprofessionerne. Læger arbejder således gennem årene på flere forskellige afdelinger og sygehuse, inden de er færdige som speciallæger.

Sparring mellem kolleger og også tværfaglig sparring i daglig praksis kan således også fungere som katalysator for udvikling af praksis i det obstetriske team. I klinikken er praksis, som beskrevet, derfor også en erkendelsesmetode til faglig udvikling. Klinisk praksis ændrer sig over årene, dels pga. af nye forskningsresultater og anvendelsen af disse, men også som følge af den udvikling af (den lokale kontekstuelle) praksis, som praktikerne selv initierer.

I sundhedsvæsnet arbejder man ihærdigt på at finde forebyggelses- og behandlingsmetoder, der bygger på evidens på højt niveau. Ind til denne foreligger, går man efter at udvikle ”Best Practice” på et område, og denne er så vidt muligt baseret på evidens. En fokuseret udvikling af kliniske færdigheder kræver, at den sundhedsprofessionelle holder sig orienteret om udviklingen af ”best practice”. Dette kræver blandt andet, at kliniske færdigheder til stadighed vendes og udvikles i samspil med kolleger, der er i besiddelse af de samme eller lignende kvalifikationer med henblik på opnåelse af ”best practice” i en given afdeling. Man er ikke, som kliniker i den medicinske verden, en øde ø – kun i tæt samspil med det øvrige personale på afdelingen og i stadig udveksling med peers forbedres ens egen kliniske standard, sådan som beskrevet hos Schön nedenfor.

Om reflektiv praksis

Den amerikanske forsker D Schön har beskæftiget sig indgående med praksis. I sin bog "The Reflective Practitioner - How Professionals Think in Action" (1983) har han gjort rede for sin undersøgelse af, hvordan praktikere tænker i en konkret handlesituation, og hvordan denne måde at forholde sig til verden på, adskiller sig fra rationel videnskabelig tænkning. På baggrund af nøje beskrevne praktiske situationer, samt en række teoretiske overvejelser, redegør Schön for sin opfattelse af ligheder og forskelle mellem praktikerens reflekterede tænkning og handling i den konkrete situation og forskerens rolle i det kontrollerede videnskabelige eksperiment.

Dette projekt bygger på grundlæggende medicinsk forskning, men samtidig indtages studier af praksis. Forskelle og ligheder mellem praktikerens refleksioner i handlingen og den eksperimentelle forskers (praktikerens!) overvejelser, som Schön så nøje har beskrevet, skal derfor forsøges gengivet nedenfor. Ligeledes vil Schöns forståelse af mulighederne for refleksion – i - handling og betydningen af forståelsen af refleksion - i - praksis for forholdet mellem den professionelle og klienten blive omtalt. Schöns opfattelse vil blive illustreret med eksempler fra svangreomsorgen.

Om rationel videnskabelighed versus erkendelse i praksis

Rationel videnskabelig tænkning er traditionelt karakteriseret ved hypotesetestning, der kan foregå ved hjælp af tre forskellige fundamentale metoder (John Stuart Mill, her efter: Schön:1983:142ff).

Såfremt A, B og C eksempelvis er konkurrerende hypoteser til at forklare fænomenet Q er disse metoder:

- Overensstemmelsesmetoden, der viser at såfremt A (eller B eller C) er til stede er Q det også.
- Ulighedsmetoden, der viser, at såfremt A (eller B eller C) er til stede er Q det ikke.
- Metoden af tilsvarende variationer, der viser at variationer i A (eller B eller C) følges af sammenlignelige variationer i Q.

Den metode, der mest konsistent undgår at blive modbevist, accepteres. Accepten er imidlertid af foreløbig karakter, da en anden hypotese stadig kan tænkes mere succesfuldt at undgå at blive modbevist. Forskeren må være i stand til at isolere den eksperimentelle situation fra betydende ændringer i det omgivende

miljø, og forskeren må være i stand til at opnå selektive variationer af faktorer, navngivet af de konkurrerende hypoteser. Disse krav er centrale for funktionerne i forskningslaboratoriet. Det kontrollerede eksperiment kræver også et særligt udgangspunkt for undersøgelsen, forskeren må tilslutte sig de generelle normer for kontrol, objektivitet og distance, således at andre forskere ved anvendelse af tilsvarende metoder vil opnå de samme resultater.

I hverdagens handlepraksis vil normerne for det kontrollerede eksperiment kun i meget begrænset omfang kunne opnås (jvf. Schön: 1983: 143). Her kræves ofte en umiddelbar vurdering af situationen, en hurtig opsummering af denne, samt en mere eller mindre øjeblikkelig efterfølgende handling (hvilket meget ofte også vil være tilfældet i en obstetrisk afdeling (!)). Ofte ændres situationen hurtigt, og praktikerens har ikke nødvendigvis mulighed for at skærme situationen mod betydelig udefra kommende indflydelse. Væsentlige faktorer for situationen er tit sammenvævede, uden at praktikerens nødvendigvis kan skille dem ud fra hinanden. Den praktiske situation er således ofte usikker, i den betydning at man ikke med sikkerhed kan vide hvilke faktorer, der spiller ind på resultatet. Schön gør rede for, hvordan den ”refleksive praktiker” efterfølgende foretager en opsummerende evaluering af det, der skete. En opsummering der med fordel – også af faglig karakter – kan udføres i dialog med peers, altså kolleger på tilsvarende eller højere niveau, anfører han (jvf. den omtalte betydning af debriefing)⁹.

Modellen for teknisk rationalitet betoner betydningen af adskillelsen mellem forskning og praksis. Fra dette synspunkt er refleksion i praksis ikke noget reelt eksperiment (Schön: 1983: 145). Imidlertid mener Schön, at den ”på – pletten – eksperimenterende” karakter af ”refleksion - i – handling” i al væsentlighed anvender den samme logik i hypoteseafprøvningen som anvendes i en forskningskontekst, som ovenfor skitseret (ibid.:147 ff). Praksissammenhængen adskiller sig fra forskningskonteksten på flere væsentlige punkter, der alle har med relationen mellem at ændre forhold, og forståelsen af disse, at gøre. Praktikerens ønsker at ændre situationen til noget, han anser for bedre. Han har også en interesse i at forstå situationen, men denne interesse tjener hans ønske om at ændre denne. Hans (prøve)handlinger er derfor på én gang eksplorative, undersøgende over for ændringer – også dem han selv sætter i værk – og hypotesetestende.

9 Angående praksisfællesskabets betydning på en arbejdsplads med sidemandoplæring se evt.: Wenger: 2004.

Praktikeren forsøger at ”virkeliggøre” sine hypoteser (Schön: 1983: 149 ff) i den forstand, at hypotesetestningen består i handlinger, der ændrer fænomenet i overensstemmelse med hypotesen. Praktikeren går dermed ret imod det kontrollerede eksperiments kanon, som kræver objektivitet og distance og formodes udført af forskeren uafhængigt af hans præferencer og interesser. Eksperimentet har at gøre med en type af et naturligt forekommende fænomen, som studeres gennem en kunstig situation frembragt i laboratoriet. Praktikernes hypotesetestende eksperiment sker derimod, i og med situationen. De søger at få situationen til at konfirmere deres hypotese – men forbliver åbne over for muligheden af, at dette *ikke* er tilfældet (ibid.: 150). Den praktiske situation er ikke som ler, der kan formes med vilje, men ej heller et uafhængigt selvtilstrækkeligt studieobjekt, som forskeren fastholder sin distance fra. Praktikeren undersøger situationen ved at prøve at ændre den og anser ikke de resulterende ændringer som en fejl ved metoden men som selve essensen af dennes succes eller fiasko (ibid.: 151ff).

Praktikeren rolle er at skelne mellem væsentlige hypoteser, ind til det punkt, hvor værdien af hans iværksatte handlinger bliver bekræftet eller genererer nye vurderinger af situationen. Den primære interesse kan være at ændre situationen, men hvis praktikeren ignorerer modstanden mod ændring, falder praktikeren igen til ren selvopfyldende profeti. Gennem refleksion over en given situationel modstand må praktikeren i nogle tilfælde lære, at hans hypotese var inadækvat og hvorfor, eller at hans forståelse af situationen var adækvat og hvorfor. Problemer med at vælge eller træffe beslutninger løses i dette perspektiv ved at foretrække den bedste af mulige fremgangsmåder og / eller det bedste middel til at opfylde et givent formål.

Er et problem blevet formuleret, kan det være så specielt eller ustabil, at det ikke umiddelbart falder inden for den anvendte videnskabs område (Schön: 1983: 41). En læge kan f.eks. ikke anvende standard teknikker til et tilfælde, der ikke findes i bøgerne. Teknisk rationalitet handler om enighed om målene, når disse er klare, kan beslutningen forekomme at være et instrumentelt problem. Hvis målene er uklare eller modsætningsfyldte, er der endnu ikke et ”problem” at løse.

Det er snarere gennem den ikke - tekniske proces hvorigennem den problematiske situation begribes, at vi kan organisere og komme til indsigt i de ønskværdige mål og hvilke midler, vi har mulighed for at anvende for at nå disse. Når praktikere kommer overens med forskellige og modsætningsfyldte opfattelser af situationen,

er det gennem undersøgelser, der falder uden for modellen for teknisk rationalitet (Schön: 1983: 42). Arbejdet med at forstå og navngive situationen skaber de nødvendige betingelser for at udfolde den tekniske ekspertise. Velformede instrumentelle problemer er ikke på forhånd givet, men må ofte konstrueres ud fra sammensatte problematiske situationer (Ibid.:47ff).

Med fremhævnningen af løsningen af problemet, kan imidlertid betydningen af konteksten, processen hvorigennem beslutningen, der skal træffes og de mål, der skal nås og de midler, der kan vælges hertil glemmes, mener Schön. Den kan dermed blive til tavs viden om situationen jf. Polanyi citatet ovenfor.

En praktiker kan som oftest genkende fænomener – grupper af symptomer for eksempel associeret med en bestemt sygdom (Schön 1983: 49ff). Dette gælder også i svangreomsorgen. I hverdagens praksis træffes der beslutninger og afgørelser, hvor bevæggrundene ikke nødvendigvis ekspliciteres. Adskillige forskere, der har studeret erkendelsesteorien for praksis er blevet slået af den kendsgerning, at færdighedsbetonet handling ofte åbenbarer ”at vide er mere end vi kan sige” (ibid.: 51). Schön giver et par eksempler på kollektiv ”refleksion i handling”, der foregår i en gruppe af praktikere: baseball -spillere og jazz- musikere (ibid.: 54 ff).

Selv om refleksion – i - handling er en ekstraordinær proces, er det ikke en sjælden begivenhed. For nogle praktikere kan det være selve kernen i deres arbejde (Schön 1983:69). Imidlertid identificeres professionalisme hovedsagelig med teknisk ekspertise, hvorfor ”refleksion i handling” ikke generelt anses for en legitim form for professionel viden, knap nok af praktikerne selv. De kan føle sig usikre, fordi de ikke klart kan sige, hvordan de ved, hvad der skal gøres og dermed retfærdiggøre betydningen og kvaliteten heraf.

Gennem uintenderede effekter af en handling kan situationen så at sige svare tilbage (Schön: 83: 135). Praktikeren, der reflekterer over dette, kan dermed finde nye væsentlige betydninger og træk ved situationen, det kan lede vedkommende til en ny forståelse af denne. Derfor, når det drejer sig om situationen som helhed, vil den enkelte praktiker kategorisere denne, men samtidig behandle den som et særegent tilfælde for hvilket, der nødvendigvis må udarbejdes en særskilt beskrivelse (ibid.: 137ff). Dette forhold gør også sig gældende i såvel forebyggelse som diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel. Men hvordan kan man så bruge det, man allerede ved, i en undersøgelse af et særegent tilfælde? Schön mener, at

praktikeren gradvis udarbejder et repertoire af eksempler, billeder, forståelser og handlinger, som anvendes i en slags eksperimentel hypotesetestning i det enkelte tilfælde. Ud fra den problematiske situation konstrueres et håndterbart problem (ibid.:170). Schön peger på betydningen af *italesættelsen* af praksis, og i en og samme bevægelse pointerer han betydningen af, at denne italesættelse sker i dialog med peers, kolleger på samme eller højere niveau (ibid.: 243). Italesættelse, udviklet gennem samtale med peers, er endvidere forudsætningen for at praktikeren kan lære fra sig.

Dette udgør en del af baggrunden for at undersøge praksis i forebyggelse og diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel. En række svar på det usædvanlige fænomen, at antallet af for tidlige fødsler stiger med mere end 50 % på ti år i Danmark hos gruppen af førstegangsfødende fra lavrisikogruppen, kan sandsynligvis blive afdækket gennem en empirisk undersøgelse af praksis i en tæt dialog med praktikerne på området. Dels sidder de inde med konkret viden om, hvad der foregår, og dels kan selve italesættelsen af dette sandsynligvis bidrage til udvikling på området og dermed øge muligheden for, at eventuel ”tavs viden” kan blive videregivet.

Om bureaukrati og refleksion – i - handling

Schön anfører, at arbejdslivet for de professionelle i vores samfund i tiltagende grad er spundet ind i formelle bureaukratiske organisationer. Det gælder ingeniører, læger, advokater, lærere, socialarbejdere og mange flere, at bureaukratiet er den institutionelle ramme om arbejdslivet (Schön: 1983: 326ff). Da fødselshjælpen også på mange måder er blevet institutionaliseret i en mere bureaukratisk organisationsform, gennem de sidste fire årtier her i Danmark, vil jeg her omtale nogle væsentlige forhold ved en sådan bureaukratisering.

Afgørende organisationel læring, dvs. læring, der involverer betydelige ændringer i underliggende værdier og vidensstrukturerer, udgør altid en ubehagelig udfordring for organisationens situation (Schön:1983: 327). Det er nødvendigt for organisationens tilpasning, men det kan i alvorlig grad forstyrre ledelsen af organisationens liv, mener han.

”Refleksion – i – handling” er både en konsekvens og et resultat af overraskelse (Schön: 1983: 328). Når et medlem af et bureaukrati slår ind på en kurs, orienteret mod refleksiv praksis, hvor han tillader sig at opleve undren, forvirring og usikkerhed, idet han udsætter sin opfattelse af rammer og teorier for bevidst kritik og

ændringer, øger han muligvis sin kapacitet til at bidrage til betydelig organisationel læring. I samme øjeblik udvikler han sig også til en fare for det stabile system af regler og procedurer, hvori han forventes at aflevere sin tekniske ekspertise, mener Schön. Derfor tenderer almindelige bureaukratier til at modsætte sig en professionel persons forsøg på at bevæge sig fra teknisk ekspertise til reflektiv praksis. Faktisk anses industrien ofte som prototypen på den tekniske bureaukratiske rationalitet; men i vidt omfang fungerer store sociale og sundhedsmæssige enheder også i overensstemmelse med den tekniske bureaukratiske verden, mener Schön (ibid.: 336).

Inden for disse systemer kan praktikere i stigende grad hæmmes af tekniske fremskridt i målingen og "proceduraliseringen" af arbejdet. Nyere forskning omtaler således "resultatmålingers perverse effekter" (Krogstrup: 2011: 67ff); nogle eksempler herpå skal nævnes. Såfremt målingerne er forbundet med finansielle sanktioner, er der risiko for at man fokuserer på de interventioner, der er ressourceudløsende. Offentliggørelse af præstationer, der følges af rangordning og sammenligning, kan opleves som uretfærdige af de professionelle, idet kontekstuelle betingelser måske ikke indgår i målingen.

Den teknologiske udvidelse af bureaukratiet forstærker indsnævringen af professionelt arbejde til præcist definerede opgaver for teknisk ekspertise og understreger hermed muligheden for konflikt mellem bureaukrati og professionel identitet (Schön: 1983: 337). Hvordan kan professionelle inden for sådanne systemer tænke på sig selv som uafhængige praktikere? Hvordan kan de stræbe mod at opnå glimrende professionel standard, udvikle deres fag til kunsthøjniveau og bekymre sig om unikke træk ved en specifik sag, spørger Schön. I stedet opnår de en mere end overfladisk lighed med samlebåndsarbejdere, mener han.

Refleksion – i - handling tenderer ikke alene til at åbenbare forestillinger og teknikker, men også værdier og formål indlejret i den organisationelle viden (Schön: 1983:338). Såfremt en organisation søger at tilpasse sig i overensstemmelse med refleksion – i – handling, må dens professionelle udøvere nødvendigvis opfylde flere ekstraordinære betingelser, mener Schön. Fleksible procedurer, differentierede svar, kvalitativ forståelse af komplicerede processer og decentralisering af ansvar for bedømmelse og handling må indgå heri. I kontrast til den bureaukratiske institution, der lægger vægten på den tekniske rationalitet, må en reflektiv institution give plads til opmærksomhed over for konflikter om værdier og formål. Refleksion

– i – handling er essentiel for den proces, der fremmer individers mulighed for at bidrage med signifikant organisationel læring, men den er på samme tid en trussel mod organisationens stabilitet, mener Schön. Disse overvejelser er også interessante i forhold til Turners påvisning af at katastrofale hændelser var forudgået af en latensperiode med intern og / eller ekstern kritik (Turner: 1979, 1997).

Vi må anerkende, at professionel specialviden er indlejret i rammer, der er præget af menneskelige værdier og interesser, ligeledes må vi anerkende, at bidrag fra teknisk ekspertise er begrænset i tilfælde af situationer med usikkerhed, ustabilitet særegenhed og konflikt (Schön: 1983: 345). Når forskningsbaserede teorier og teknikker ikke kan anvendes, er den professionelle ikke ekspert, men særligt forberedt på refleksion – i – handling.

Bekymringen for negative, eller kontraproduktive, implikationer af den stadige udvikling af systemer til kontrol af arbejdet i offentlige institutioner, genfindes i nyere kritisk forskning omkring New Public Management, og dennes fokusering på præstations- og resultatmonitorering (fx: Krogstrup: 2011). Paradoksalt nok kan et ”opsvulmet” præstationsmålingssystem medføre en øget risiko for undvigelsesstrategier, men der vil også være en risiko for tilpasninger, der ikke levner plads til individuelle vurderinger (ibid.:70), der kunne være baseret på refleksion -i- handling!

Om forholdet mellem den professionelle og klienten

Den professionelle yder service i den sociale kontekst, hvori professionel praksis er accepteret, som rutine i vores samfund (Schön:1983:290). Dette sker i svangreomsorgen i samarbejdet mellem den sundhedsprofessionelle og den vordende moder og hendes nærmeste pårørende. Forholdet mellem den professionelle og klienten er således essentielt i det konkrete daglige arbejde med forebyggelse af præterm fødsel, og derfor vil jeg her kort omtale Schöns synspunkter herpå.

Det traditionelle professionel – klient – forhold, sammenvævet med den traditionelle erkendelse af praksis, kan beskrives som en kontrakt, et sæt af delte normer, der er bestemmende for begge parter adfærd i interaktionen (Schön: 1983: 291). Disse normer, hvoraf nogle er formelle og andre uformelle sætter den professionelle og klienten i stand til at vide, hvad de kan vente af hinanden, dog med rum for variationer. Ifølge den traditionelle kontrakt er det først og fremmest den professionelles kolleger, der vurderer værdien af vedkommendes

arbejde, idet de anses for at være bedst i stand hertil (Schön:293 ff). Forholdet mellem den professionelle og klienten er sædvanligvis karakteriseret af privathed, og der er ofte ingen rutineprægede måder, hvorpå den professionelle kolleger får adgang til den professionelle præstationer. Dette gælder også i en vis udstrækning i svangreomsorgen. Prototypen på denne kontrakt er mellem lægen og dennes patient, eller mellem advokaten og dennes klient, mener Schön (ibid.).

Radikal kritik af de professionelle indebærer betydelige implikationer for den omtalte kontrakt (Schön: 1983.:294). Det sker, fordi den fornægter legitimiteten af den professionelle autoritet og af klientens underlæggen sig denne, og hermed afviser fundamentale elementer i den traditionelle kontrakt. At insistere på patienters rettigheder er en måde at etablere en lighed mellem klient og professionel på, der styrker klienten, så vedkommende kan modstå den professionelle forsøg på kontrol. Dette kan dog medføre en ortodoksi, der overser andre forhold af betydning for konteksten, mener Schön. Ligeledes kan det afstedkomme en dyrkelse af uvidenheden, der ikke i tilstrækkelig grad anerkender de professionelle legitime krav på at besidde særlig viden, hvorved klienterne bliver ude af stand til at drage nytte af denne.

En refleksiv praksis i denne sammenhæng har betydning for kontrakten mellem den professionelle og klienten (Schön: 1983:295). Først og fremmest befrier den os ikke for behovet for at bekymre os om klientens rettigheder og mekanismer til vurdering af den professionelle indsats. Ligesom refleksiv praksis kan siges at tage form af en samtale med situationen, således tager også den refleksive praktikers forhold til klienten form af en refleksiv konversation. Den refleksive praktiker forsøger at opdage grænserne for sin egen ekspertise gennem samtalen med klienten (Schön: 1983:296), idet klienten selv sagt sidder inde med væsentlig information om sin egen situation, som praktikerens ikke på forhånd har kendskab til. Idet den professionelle anerkender, at handlinger kan have en anden betydning for klienten, forsøger den sundhedsprofessionelle at undersøge, hvilke disse kunne være. Der er således både en parathed og en kompetence til at undersøge betydningen, i lyset af patientens oplevelser og erfaringer (ibid.). Både den professionelle og klienten bringer deres personlige forståelse ind i relationen, som de kun delvist kan kommunikere til hinanden, og som de måske også kun selv delvist er fuldstændig klar over.

Klienten giver sit samtykke til, at den praktiserende professionelle spørger ind til den situation, for hvilken klienten søger hjælp, mens den professionelle for sin del vil yde kompetent behandling, inden for den begrænsning hans kapacitet sætter. Klienten godtager i dette forhold ikke bare den professionelles autoritet, men samtykker i at følge den professionelle ind i en undersøgelse af den situation, for hvilken vedkommende søger hjælp. I en sådan kontrakt er den professionelle mere direkte ansvarlig over for sin klient end i den traditionelle kontrakt (Schön: 1983:297).

Den professionelle kan måske give udtryk for de dilemmaer, han / hun føler, for eksempel ønsket om på den ene side at bidrage til at klienten udvikler sin forståelse af situationen, men på den anden side risikoen for at gøre klienten bange eller forvirret (Schön: 1983: 306). (En situation der langt fra er ukendt i svangreomsorgen eksempelvis når talen i svangrekonsultationen falder på fosterdiagnostik).

Der er ikke grund til at tro at man bare kan hoppe fra den gamle til den nye kontrakt (Schön: 1983: 307). Forventninger ændres kun vanskeligt - særligt i situationer med stress og angst, hvilket karakteriserer mange professionel – klient situationer. Det er derfor sandsynligt, at ændringen, når den sker, vil foregå gradvist, og med vanskeligheder efterhånden som professionelle og klienter øger deres vilje til at eksperimentere med nye interaktionsformer, øger deres tillid til at kunne yde denne nye form for adfærd og begynder at føle tilfredsstillelsen med den nye kontrakt (ibid.).

Sammenfatning

Forebyggelse af (truende) for tidlig fødsel foregår i hverdagen for den gravide i samarbejde med de nærmeste pårørende og kolleger på arbejdspladsen. Forebyggelsen af (truende) for tidlig fødsel i sundhedsvæsenet konstitueres i den daglige praksis, i svangreomsorgen, i samarbejdet mellem den vordende moder og hendes nærmeste pårørende og den/ de sundhedsprofessionelle.

Viden og indsigt opnås i praksis gennem relevant problemformulering og løsning, og som Schön anfører sker både formuleringen af problemstillingen og løsningen af problemet i dialog med såvel klienten som situationen. Gennem praksis, der bygger på uddannelse og sparring med kolleger, opnår de professionelle således en særlig erkendelse, som beskrevet af Schön. Denne viden og indsigt, der hermed opnås, er forskellig fra teknisk rationel viden, idet den er udviklet og erfaret i en situationel sammenhæng.

Gennem sit arbejde har Schön således peget på væsentlige erkendelser, der er specifikke for praksis, samt ligheder og forskelle mellem disse og videnskabelig rationel erkendelse. Italesættelsen af disse forhold kan bidrage til en almengørelse af de, for praksis, specifikke erkendelser. Intentionen med dette projekt er at fremdrage væsentlige erkendelser fra praksis omkring forebyggelse af utilsigtede hændelser, og specifikt forebyggelse af præterm fødsel for samtidigt at bidrage til en udvikling af denne. Sprogliggørelse af praksis kan bidrage til at øge indsigten i og dermed udviklingen af praksis.

I næste afsnit vil overordnede rammer for praksis i sundhedsvæsenet med betydning for svangreomsorgen blive omtalt.

Om rammerne for sundhedsvæsen og svangreomsorg

Indledning

Rammerne for svangreomsorgen er på mange måder de samme som for sundhedsvæsenet i almindelighed. Økonomisk styring af sundhedsvæsenets udgifter er central og i vid udstrækning rammesættende for de aktiviteter, der udbydes, og økonomisk evaluering anvendes ofte i forbindelse med beslutninger i sundhedsvæsenet. Målrettet deltagelse i sundhedsvæsenets udvikling kræver endvidere viden og færdigheder, der bl.a. kommer fra den forskning, som beskæftiger sig med sundhedsvæsenets struktur, funktioner og virkninger – sundhedstjenesteforskningen. Disse forskningsområder vil derfor her blive belyst på et overordnet plan for sundhedsvæsen og svangreomsorg. Afsnittet bygger hovedsagelig på arbejde, udført af danske forskere i sundhedsøkonomi og sundhedstjenesteforskning, og vil fortrinsvis være af introducerende og orienterende karakter.

Indledningsvist gøres der kort rede for flere forskellige måder at styre sundhedsvæsenet på: ved rationel styring, ved finansieringen af sundhedsvæsenet, ved resourcefordeling og endelig gennem krav til kvalitet og kvalitetskontrol. Derefter omtales ulighed i sundhed og forebyggelse og sundhedsfremme, særligt med henblik på reproduktionsområdet. Nogle problemer omkring sammenligninger af sundhedsvæsenet omtales. Forskelle imellem Danmark og Sverige vil blive belyst undervejs. Formålet med dette afsnit i projektet er, dels at give en introduktion til de nævnte forhold, dels at give et indblik i den komplicerede kontekst, de sundhedsprofessionelles praksis indgår i.

Om styring af sundhedsvæsenet

Begrebet sundhedsvæsen antyder, at der er tale om ét samlet væsen. Der er dog tale om en kompleks struktur, som man kan se som mange organisationer eller netværk med en form for fællesskab i opgavernes karakter (Vallgård et al: 2010: 55). Styring af sundhedsvæsenet udgør derfor en udfordring for samfundet. Om et udbredt rationale for styring i sundhedsvæsenet hedder det sammesteds:

”Den klassiske opfattelse af styring af organisationer er, at den bør være rationel. Det er ofte implicit, hvad man egentlig mener med ordet rationel, men da de fleste studier tager udgangspunkt i private virksomheder, lægges der op til at noget er rationelt, hvis det sikrer optimal profit”.

Vallgård et al: 2010: 61

Ensidig fokusering på profit kan kun med vanskelighed overføres til et offentligt sundhedsvæsen, der operer med målsætninger som forbedret folkesundhed, patienttilfredshed og politisk legitimitet (ibid.: 61ff). Ambitionen om, gennem rationel styring, at opnå ”optimering” af effektivitet og kvalitet i praksis, har mange organisationsfolk forsøgt at føre ud i livet ved at udarbejde forskellige analyseværktøjer til formålet (se evt. Hagedorn: 2003).

Ofte vil organisationsfolk, der arbejder på denne måde, have tendens til at betragte organisationen som en maskine, der skal være velsmurt og maksimalt ydende, eller en organisme, der skal holdes sund og underlagt hovedets (ledelsens) styring (Vallgård: 2010). Modsat har kritiske studier angrebet denne type tænkning og ledelsesforståelse for at gøre organisationen til en form for tyranni, der tendentielt undertrykker de ansatte og / eller patienterne.

De handlingsorienterede redskaber indebærer, at man kan komme frem til at sige noget om, hvad man bør gøre, at man tager stilling til, hvad der er godt og skidt, og ikke kun hvad der er sandt og falsk. Men der er ikke altid enighed om, hvad der er godt og skidt og dermed hvilke mål organisationen skal efterstræbe. Organisationsanalytikere, embedsmænd og politikere kan således have forskellige opfattelser af, hvad der vil være rationelt i sundhedsvæsenet. De kommer ofte til at anvende en økonomisk forståelse af rationel adfærd (ibid.:63). De glemmer dermed, at mennesker kan have mange andre mål, som de anser for rationelle at stræbe efter i sundhedsvæsenet - dette gælder også brugerne af sundhedsvæsenet, og de ansatte i sundhedsvæsenet.

Om finansiering af sundhedsvæsenet

Sundhedsøkonom Kjeld Møller Pedersen omtaler tre centrale parter i sundhedsvæsenet: patienterne, sundhedsvæsenets institutioner, der så at sige er ”produktionsapparatet”, og den finansierende tredjepart (KM Pedersen i Pedersen et al: 2005: 23ff). Disse tre bindes sammen af tre grundlæggende økonomiske mekanismer (ibid.:93, 94): patienternes egenbetaling, flytning af penge fra den finansierende tredjepart til sundhedsvæsenets producenter (afregningsmekanismen), og tilvejebringelse af midler til den finansierende tredjepart (fx: skatter). Der er hovedsagelig tre hovedtyper af finansiering af sundhedsvæsenet (ibid.:25):

- Integrerede og skattefinansierede (fx: Skandinavien, UK)
- Sundhedsvæsen finansieret via ”social forsikring” ligesom ”sygekassemodellen”, der tidligere var gældende i DK (fx: Tyskland, Frankrig, Nederlandene, Belgien)
- Markedsorienterede systemer (fx: USA og Schweiz).

Tendentielt stiger udgifterne til sundhedsvæsenet ned igennem disse tre hovedtyper. I reglen er der en høj grad af kollektiv finansiering af sundhedsvæsenet, for eksempel via skatter som i Skandinavien, eller mere eller mindre obligatorisk medlemskab af sygekasser, som i Tyskland (KM Pedersen: 2005: 91). I USA finansieres 45-50 % af sundhedsudgifterne via skatter, men omkring 35 mil. amerikanere er uden dækning (i 2005). Arbejdsgivere betaler her en stor del af sundhedsudgifterne via sygeforsikring for de ansatte. De får reelt et skattetilskud, fordi disse udgifter kan trækkes fra i driftsregnskabet. Kjeld Møller Pedersen mener, at det er finansieringen, der er den afgørende forskel mellem sundhedssystemerne (ibid.:92). Der er imidlertid en sammenhæng mellem bruttonationalprodukt pr. indbygger og sundhedsudgifter; jo mere velstående et land er, jo mere bruger man tendentielt på sundhedsudgifter (ibid.: 23ff).

Andre danske forskere mener også, at finansieringen af sundhedssystemer har afgørende betydning (Vallgård et al: 2010:13). Finansieringsformer er, ifølge disse forskere, et kriterium til vurdering af, om der er lighed i finansieringen. Forskerne mener ligesom KM Pedersen, at sociale forsikringer er dyrere at administrere end forsikringer finansieret over skatter (ibid.:20). Lande i Europa, med denne finansiering, har dog næsten total dækning gennem en kombination af forskellige medlemsordninger og offentlig medfinansiering. Ud over formaliserede former for brugerbetaling, forekommer der betaling efter evne, i form af naturalier og bestikkelse, i mange lande – hvad der medfører øget ulighed i adgang til ydelserne

(ibid.:21). Adgangen til sundhedsydelse er ifølge disse forskere afhængig af (21ff): udbud, rettigheder, brugerbetaling, afstand, viden, sociale og kulturelle normer og traditioner, sundhedstilstand og medicinske systemer – altså i vidt omfang af socioøkonomiske vilkår. Adgang til sundhedsydelse er i sig selv af afgørende betydning i forbindelse med svangreomsorg.

Om ressourcefordelingsformer som styringsredskaber

Traditionelt fik sygehusene i Danmark penge via et *rammebudget* eller en kontrakt. Administrationsomkostninger ved ressourcefordeling efter budgetter er lave, men der er ikke direkte incitamenter til høj aktivitet og omkostningsbevidsthed, hvorfor mange angiveligt mener, at de fører til lav produktivitet og dårlig ressourceudnyttelse (Vallgård et al:2010: 81). Rammebudgettet indeholder derimod ingen angivelse af hvor mange patienter, man skal behandle, men det gør kontrakten (KM Pedersen i Pedersen et al: 2005.:119). Kontrakterne var ikke juridisk bindende.

”Kontrakterne kan opfattes som eksempler på, at ledelsen nu kan måles på, hvor godt sygehuset fungerer ud fra kontraktens kriterier.”

KM Pedersen i Pedersen et al: 2005: 83

*Kontrakt*honoreringen kan medføre, at patienter ikke tilbydes optimal behandling, fordi sundhedsyderne ikke finder, at honoreringen er tilstrækkelig stor, eller fordi ydelsen er den samme, uanset kvaliteten af denne (Vallgård et al:86). Udbyderne har dog en risiko for ikke at få kontrakten fornyet. Kontraktstyring indebærer ofte, at køberne må etablere systemer til kvalitetskontrol, der kan dokumentere at kontrakten overholdes, men som også er kostbare at gennemføre. Sundhedsforsikringselskaber i USA har således udviklet kostbare kontrolsystemer, der i sig selv belaster sundhedssystemet økonomisk (ibid.).

Faktorer, der påvirker sygelighed, udover alder og kønsfordeling, kan være antallet af borgere med lav indtægt eller kort uddannelse, etnicitet mv. (Vallgård et al:2010: 82f). Ved at identificere og vægte faktorer med indflydelse på sygeligheden, vil man kunne fordele ressourcerne på en måde, der medvirker til større lighed i adgangen og dermed muligvis til en reduktion af ulighed i sundhed. Men dette forudsætter en sikker viden om hvilke faktorer, der fører til øget sygelighed og gode data om disse og hvor store sundhedsudgifter, de medfører. Det er dog sjældent tilfældet, at man har det. Der findes således næppe helt uproblematisk fordelingskriterier, derimod kombineres flere forskellige fordelingskriterier ofte (ibid.:83).

Aktivitetbaseret honorering er mest almindelig til fordeling af ressourcer hos private sundhedsudbydere (fx: privatpraktiserende læger i DK). Ydelseshonorering giver imidlertid ofte høj aktivitet og dermed vanskeligheder med at kontrollere udgifterne. Dette kan der tages højde for ved bl.a. at begrænse antallet af sundhedsudbydere. Aftaler om ydelsernes størrelse kan fastlægges gennem ensidig beslutning fra fx offentlige myndigheder; men den kan også udarbejdes på basis af forhandlinger mellem finansielle formidlere og sundhedsydere.

Antallet af indskrevne kan også være grundlag for honorering – en honoreringsform med lave administrationsomkostninger (Vallgård et al: 86). Mange konsultationer for den samme patient giver imidlertid ikke nødvendigvis højere honorering, hvilket kan give anledning til underproduktion eller viderehenvielse. Endelig er der *honorering via fast løn*; med mindre der er tale om resultatløns, ligger der ingen direkte økonomiske incitamenter til højere aktivitet eller god kvalitet i denne aflønningsform.

Fra år 2000 er man her i Danmark i et vist omfang overgået til aktivitetbaseret afregning; DRG-systemet (DRG: Diagnose – Relaterede – Grupper), der indeholder takster for stationære patienter og ambulanztakster (KM Pedersen i Pedersen et al: 2005:120f). Det er en udbredt opfattelse, at aktivitetbaseret afregning giver sygehusene bedre incitamenter til god sygehusdrift end rammebudgetter og kontraktstyring, men dette er dog ikke entydigt eftervist, hverken teoretisk eller empirisk (ibid.:121). Keld Møller Pedersen mener, at der ikke er tvivl om, at DRG-systemet giver større fleksibilitet og automatik end rammebudgetter. DRG-systemet indeholder grupper, der er klinisk meningsfulde, og flg. variable indgår oftest: aktionsdiagnose, bidiagnose, operationskoder, køn, alder og udskrivelsesmåde (Vallgård et al: 2010: 83). Denne honoreringsform kan imidlertid give anledning til, at institutionerne vælger at placere patienten i en dyrere gruppe, end vedkommende måske egentlig tilhører, eller man søger at undgå patienter, der er dyre at behandle (ibid.) Et eksempel herpå kan illustreres med følgende citat:

”I dag er det oplagt for sygehusene at spare på det forebyggende arbejde i svangreomsorgen, fordi det ikke medfører mindre DRG-afregning”

C Bjerre: Tidsskrift f Jordemødre juli / august 2011:12

DRG taksterne indenfor obstetrik er dog i øjeblikket under revision (ibid.).

Et andet eksempel er, at man udskriver patienten for derefter at genindlægge vedkommende, og få betaling for en ny indlæggelse (Vallgård et al: 2010: 83). Såfremt DRG betalingen er den samme til sygehuse, trods forskellige forpligtelser til, for eksempel at undervise eller at have en akutfunktion og dermed forpligtelse til at tage sig af alle patienter, vil honoreringen endvidere i praksis give forskellig udgiftsdækning. Kombinationen af aktivitetsbaseret honorering og patienternes valg kan ydermere give yderne incitament til at tiltrække de mest bevægelige og dermed ressourcestærke patienter. Dette kan gå ud over mindre mobile og resourcesvage patienter. Aktivitetsbaseret honorering udgår fra forestillingen om et rationelt valg og mennesket som mest optaget af at opnå størst mulig økonomisk fordel (ibid.:84). Tillægger man de faglige normer større vægt end normer, der er knyttet til reduktion i organisationens udgiftsniveau, kan man argumentere for at den aktivitetsbaserede honorering er med til at ændre de faglige normer; fra normer der tage udgangspunkt i patientplejen til normer, der i højere grad tager højde for organisationens udgiftsniveau.

Ressourcefordelingsmetoder vil ofte blive kombineret med henblik på at opnå positive virkninger og modvirke de negative. (Vallgård et al: 2010: 87). Andre forhold spiller imidlertid også ind på planlægningen i sundhedsvæsenet, eksempelvis lægernes meriteringssystem, den relative status som sygdomme og specialer har, og lobbyvirksomhed fra faglige organisationer og lægemiddelindustrien. Overordnet systemplanlægning er i de senere år fundet mindre egnet og erstattes i vidt omfang af markedsøkonomiske tilgange (ibid.:88) jf. Keld Møller Pedersens tredje eksempel på finansiering af sundhedsvæsenet, der anvendes i USA (se evt. ovenfor). Økonomisk styring af sundhedsvæsenet foregår også gennem aftaler og overenskomster, men omtalen heraf ligger uden for denne fremstillings rammer (se evt. Vallgård et al.: 66.).

Sundhedsvæsenet styres således i vidt omfang ud fra *økonomiske rationaler*, knyttet til en stor virksomhed, og formålet er ofte formuleret som ”mest sundhed for færrest mulige penge”. Men som beskrevet af sundhedsøkonomer, er der en betragtelig del af befolkningen, der også ønsker lighed i sundhed (Lauridsen og Pedersen et al: 2009).

Om kvalitet og kvalitetskontrol

Kvalitet begyndte man at tale om halvfemserne (Pedersen KM: 2005:37), men først fra 1993 begynder man systematisk at interessere sig for kvalitetsudvikling

her i DK – uden dog at iværksætte landsdækkende initiativer. Først fra 2000 er der sket en bevægelse fra ord til handling.

Kvalitetsbaseret belønning er indført til sygehuse, som måles til at have ydelser af høj kvalitet med henblik på økonomisk incitament til kvalitetsforbedring (Vallgård et al:85). Forudsætningen er dog, at der er enighed om, hvad der er kvalitet, og hvordan denne kan måles. Der kan være en risiko for, at sygehuse, der ikke belønnes, forringes yderligere, når de får relativt set færre ressourcer. Ligeledes vil afdelinger måske fravælge ”vanskelige patienter”, hvor resultatet ikke bliver meget godt.

Centrale tiltag til kvalitetsforbedring og kontrol kan virke indskrænkende på det lokale råderum (Vallgård et al: 2010: 88). Visse styringsformer for eksempel aktivitetsbaseret finansiering, står i kontrast til normerne i den brede rammelovgivning, vi har for sundhedsvæsenet. Denne lægger op til lægelig selvforvaltning, mener Vallgård et al, og endvidere:

”Styring er aldrig entydig, og ethvert tiltag kan forventes at have utilsigtede virkninger”

Vallgård et al: 2010: 88

Et eksempel herpå er styring, der beror på vurdering af kvalitet, som omtales nedenfor. Kvalitet er der tilsyneladende enighed om, at man kan anskue ud fra tre forskellige perspektiver: patientoplevelset, faglig og organisatorisk kvalitet (KM Pedersen i Pedersen et al: 2005:37:38). Sidstnævnte kan omhandle arbejdsforhold for de ansatte, organisering af patientforløb og uddannelse af de forskellige faggrupper (ibid.:93). KM Pedersen anfører imidlertid, at der på nuværende tidspunkt (2005 *er*) kun foreligger sporadisk dokumentation for den faglige kvalitet, primært fra Det Nationale Indikatorprojekt (www.nip.dk) og Den Gode Medicinske Afdeling (www.dgma.dk). Det står bedre til med den patientoplevede kvalitet, idet der er foretaget landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser baseret på 30.000 spørgeskemaer med en svarprocent på 55 i 2000, 2002 og 2004 (ibid.:39). Det generelle indtryk er, at folk er tilfredse - omkring 90 % udtrykker således tilfredshed med det samlede indtryk af indlæggelsen, og omkring 95 % med plejepersonalets faglige dygtighed - dog er der mindre tilfredshed, for eksempel med ventetider. Danmark ligger, hvad alt dette angår, pænt i en international sammenligning, men KM Pedersen anfører, at sådanne undersøgelser skal fortolkes med varsomhed, da kulturelle forskelle kan spille ind.

Kvalitetssikring kan anvendes som et styringsredskab i sundhedsvæsnet (Vallgård et al.: 2010: 66). Det lyder godt med mere kvalitet såvel som mere etik i sundhedsvæsnet (ibid.: 76), men det er ikke altid så entydigt, hvad begrebet dækker. Kvalitetssikring omfatter metoder til vurdering af kvalitet, analyser af afvigelser fra kvalitetsmål, ændring af procedurer, der påvirker kvaliteten, og revurdering af kvalitet. Kvalitetssikring er således en fortløbende proces. Begrebet stammer fra industrien, hvor det er udviklet med henblik på dokumentation af produktion og service. Modellerne er derefter overtaget af sundhedsvæsnet, og forsøgt tilpasset dets særlige processer og ”produkter”. Interne kvalitetssikringstiltag har som målsætning, at man selv i organisationen bliver opmærksom på problemer og lærer af dem, mens ekstern kvalitetssikring forsøger, gennem dokumentation af standarder, at opnå godkendelse af udefrakommende instanser.

Akkreditering er eksempel på ekstern kvalitetssikring. Det omfatter et godkendelsessystem, hvor sygehuset over for et nationalt / internationalt, offentligt eller privat agentur dokumenterer, at de lever op til bestemte standarder. Det er en reguleringsform, der er i vækst (Vallgård et al.:2010:77). Dermed er det private agenturs standarder afgørende for hvem, der kan tilbyde sundhedsydelser, og der er dermed et eksempel på at privatisering sjældent fører til færre regler eller mindre styring, mener forfatterne. Måling af kvalitet, og offentliggørelse heraf er genstand for en del kontroverser. Kvalitet er vanskelig at måle, der er uenighed om, hvad kvalitet er, og endelig kan fokusering på få udvalgte variable medføre u hensigtsmæssig adfærd hos dem, der måles. Personalet kan således ændre fokus fra, hvad der er den bedste faglige standard i den givne situation til, hvad der kan forhindre, at de bliver taget i at afvige fra standarder. De tilpasser sig kontrolsystemet, i stedet for at kontrolsystemet tilpassede sig til opgaven. Man kan ikke måle alting af betydning for kvaliteten. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på at det, man beslutter sig for at måle, kan fjerne opmærksomheden fra andre måske vigtige opgaver. For eksempel kan man i et skema måle om sygeplejersken har givet medicin, men ikke om, eller hvordan, hun har talt med patienten om eventuelle bivirkninger ved medicinen.

I nogle lande er man begyndt at *offentliggøre kvalitetsmålinger* - ofte reduceret til et tal (Vallgård et al.:2010:78f). Argumentet er, at det giver borgene mulighed for at vælge, og dermed skabes der konkurrence mellem hospitalerne. Det sker ud fra den antagelse, at organisationen og dens medlemmer skal have (økonomiske) incitamenter for at præstere bedst muligt. En sådan mistillid til personalet står i

modsætning til den tillid til de sundhedsprofessionel, som reguleringen, via ramme Lovgivning og tillid til faglig selvjustits, traditionelt bygger på her i Danmark, ifølge Vallgård et al. Kvalitetssikring som styringsmetode kan, gennem den mistillid til personalet, den implicit indeholder, underminere den professionelle ansvarsfølelse som øvrige styringsmetoder i sundhedsvæsenet bygger på (ibid.:79). Desuden centraliserer man innovationsprocessen, hvilket vanskeliggør processen i den enkelte afdeling med at forbedre afdelingens rutiner. Der er *andre problemer vedrørende kvalitetsmålinger* – først og fremmest er det ikke en let sag at definere entydigt, hvad der er god kvalitet, forskellige aktører kan have forskellig opfattelse heraf. Endvidere kan der være tekniske problemer forbundet med at måle kvalitet – infektionsfrekvens og dødelighed afhænger for eksempel ikke bare af kvaliteten i behandlingen, men også af patientens tilstand ved indlæggelsen. Såfremt målingerne ikke tager højde herfor, kan man risikere, at afdelingerne undgår de mest krævende patienter.

Kliniske standarder er vejledninger for god faglig standard. Der udarbejdes således systematiske bestemt sygdomsbeskrivelser af de elementer, der bør indgå i undersøgelse, behandling og pleje af en sygdom (Vallgård et al:2010:79). Fortalerne herfor ser standarderne som en støtte i forbedring af indsatsen, mens kritikerne ser dem som et indgreb i den kliniske frihed. Spørgsmålet er endvidere, hvem der skal udarbejde standarderne, og hvilken dokumentation der skal kræves. I Danmark og også internationalt er der en udvikling i gang inden for udarbejdelsen af standarder og generelle nationale kliniske programmer for en række sygdomme og sygdomsforløb – og også for fødslen (se evt.: www.nip.dk¹⁰). Reelt ser man eksempler på dobbeltstandarder (ibid.:79 f): til hverdag følger man et sæt regler, og man øver sig så på de formelle regler umiddelbart inden, man får besøg af akkrediteringsagenturet. Akkrediteringsprocedurer kan dog også ses som et middel til at vurdere og forbedre egen indsats i lyset af internationale kvalitetsmål samt dokumentation af egne aktiviteter og resultater. Man kan sige at:

”forskellige styringsmetoder bygger på forskellige grader af tillid til de sundhedsprofessionelle”

Vallgård et al:2010: 76

10 Den eneste standard der indgår heri, vedrørende for tidlig fødsel, er imidlertid, hvorvidt der er tale om præterm fødsel eller ej dvs. fødsel før fulde 37 ugers svangerskab.

Man er rimeligt enige om, at forskellige styringsmetoder påvirker adfærden forskelligt, men ikke hvordan (ibid.). Nogle beslutningstagere af den rationelle skole mener således, at kun ekstern kvalitetssikring, der har økonomiske konsekvenser, kan skabe forandrede vaner hos personalet. Andre mener, at kun ved at tage udgangspunkt i de sundhedsprofessionelles egen faglige stolthed og lyst til (intern) læring kan man fremme kvaliteten.

Om ulighed i sundhed

Studier har påvist, at der i alle lande i EU er ulighed i selvvrurderet sundhedsstatus, til fordel for de bedrestillede (Christiansen et al:2009: 19). En undersøgelse har imidlertid vist det overraskende resultat, at mens Danmark og Grækenland lå i toppen, hvad angår niveauet for selvvrurderet helbred, lå Danmark lå i bunden sammen med Portugal med hensyn til indkomstrelateret ulighed i sundhed. Dette var uventet dels på grund af generel høj vurdering af sundhed, og dels fordi indkomstfordelingen i Danmark er blandt de mest lige.

Socioøkonomisk status måles typisk ud fra erhverv, indkomst, uddannelse eller social klasse (Nielsen JA: 2009:35). Sociale forskelle i sundhed kan eftervises, uanset hvilken af disse parametre, der anvendes. Forskning tyder på, at uddannelse har en særlig betydning i forhold til sundhed. (ibid.:42). Det er primært gennem påvirkning af sundhedsadfærd, at danske politiktiltag forsøger at begrænse social ulighed i sundhed. Der har i mange år her i landet været fokus på at mindske uligheden gennem en *down – stream* – politiktilgang, det vil sige ved at forsøge at ændre sundhedsadfærden hos personer fra lavere sociale grupper (ibid.:42). Forskning viser, at indsatser til forbedring af sundhedsadfærd dog hurtigst tages i brug af højt uddannede. I Danmark er der siden midten af 90-erne sket en forøgelse af ulighed i sundhed, på trods af stigende fokus på levetid og social forskelle i sundhed.

Den tidligere regering havde bekæmpelse af ulighed i sundhed som topprioritet. Alligevel er det iøjnefaldende, hvor lidt sociale strukturer er nævnt eksplicit i den nationale handleplan ”Sund hele livet” fra 2002 (ibid.:34). I denne sammenhæng skal det atter nævnes, at obstetriske studier viser, at præterm fødsel hænger sammen med socioøkonomiske og uddannelsesmæssige forhold (Goldenberg: 2008) og fattigdom (DeFranco: 2008).

Om forebyggelse og sundhedsfremme

Der eksisterer ikke samlet statistik over området (KM Pedersen i Pedersen et al: 2005: 47). Grundproblemet er, at forebyggelse og sundhedsfremme er en integreret del af det behandlende sundhedsvæsen, og at en del af den forebyggende og sundhedsfremmende indsats foregår uden for sundhedsvæsnet.

I forbindelse med forebyggelse og sundhedsfremme forsøger myndighederne at få borgerne til at vælge forskellige former for adfærd, som omtalt ovenfor. Dette gøres blandt andet gennem kampagner, der opfordrer borgerne til at vælge en bestemt adfærd (Vallgård et al: 2010: 40). Hvad angår sundhedspersonalet, forsøger politikere og overordnede ansvarlige myndigheder at påvirke personalets adfærd, ved at appellere til deres ansvarlighed, lydighed og ønsket om økonomisk nytte (ibid.: 40).

” Magten udøves gennem en kategorisering af sundhedspersonalet som mere eller mindre kompetent og af borgerne som normale eller afvigende. Myndighederne søger med andre ord at forme mennesker, bl.a. ved at definere, hvilke egenskaber der skal til, for at de bliver betragtet som fuldgældige og ligeværdige borgere eller kompetente og ansvarlige sundhedsprofessionelle”

Vallgård et al: 2010: 41¹¹

I Danmark lægges der generelt forebyggelsespolitikken vægt på indsatsen i sundhedsvæsnet, og påvirkningen af den enkeltes adfærd har været central. Det har gjort det nærliggende for politikere og myndigheder at se adfærdsformer som årsag til social ulighed i sundhed (ibid.:42f).

Folkesundhedspolitik i Sverige handler i høj grad også om at forandre menneskers levekår, arbejdsforhold, boligforhold og økonomisk tryghed. I Sverige og Norge taler man mere om at levevilkårene skal ændres, og dermed lægges der større ansvar over på politikerne for at ændre disse kår. Folkesundhedspolitikken generelle fokus har således også betydning for indsatsen over for social ulighed i sundhed i samfundet.

Svangreomsorgen er selv sagt en del af sundhedsvæsnets forebyggende indsats. Reproduktionsområdet er måske et vigtigt sted at starte (Petterson: 2000:142). De praktiserende læger sygemelder af mange grunde en del gravide. Mange flere, end

11 S. Vallgård var medlem af Magtudredningens forskningsledelse fra 1997-2003

det burde være nødvendigt, er sygemeldt i kortere og længere perioder. Sygemelding i dagens Danmark betyder, at kvinden fjernes fra sit hverdagslige netværk til ensomhed (ibid.), kvindens forældre og venner er jo i arbejde. Denne sårbarhed hos den gravide kvinde øges af det pres, som manglende vikardækning i tilfælde af sygdom, lægger på de ansatte - ikke mindst i offentlige stillinger som for eksempel i sundhedsvæsenet. Nedskæringer inden for det offentlige betyder, at kvinder meget oftere er svært belastede, og føler sig klemte mellem en prioritering af kollegerne og hensynet til ufødte og syge børn (ibid.:146). Vi har ikke de samme gode forhold som i de øvrige nordiske lande (ibid.:145), hvor man i højere grad er beskyttet mod afskedigelser. Kvinder med børn, der ofte har været syge, er således blevet afskediget på grund af fraværsdage, der i virkeligheden skyldtes barnets sygdom, ved afprøvning i retssystemet har kvinderne ikke fået medhold. Svenske kvinder har i modsætning hertil ret til flere måneders fravær, hvis barnet er sygt, og dette gælder helt op til barnets 12.år. Opsummerende hedder det samme steds:

”Vi er langt bagud i omsorgen for det ufødte barn. Til gengæld bruges i stigende grad ressourcer på den tekniske omsorg, dvs. kontrol af barnet med fx scanninger, moderkageprøver, fostervandsprøver osv.”

Petterson: 2000: 146

Om sammenligning af sundhedsvæsen

Man kan spørge om Danmark har verdens bedste sundhedsvæsen (KM Pedersen i Pedersen et al: 2005: 43). Der er imidlertid et utal af problemer forbundet med at sammenligne sundhedsvæsen, for måler og registrerer man det samme? Og mere principielt: hvordan måler man resultatet af indsatsen i sundhedsvæsenet? Ofte anvendes forventet *middellevetid* for 0-årige – dette er dog et ufuldstændigt udtryk for sundhedsvæsenets resultater ifølge KM Pedersen. I 60-erne indtog Danmark sammen med de øvrige skandinaviske lande en førende plads, hvad angår middellevetid, Danmark blev dog overgået af Sverige og Norge; men fra omkring 1990 sakkede Danmark agterud også i forhold til Finland og UK (ibid.:44). Forklaringer på Danmarks lave placering, hvad angår middellevetid, er undersøgt i Middellevetidsudvalget og Statens Institut for Folkesundhed. Men på grund af store metodiske og praktiske problemer er

”systematiske og holdbare sammenligninger af sundhedsvæsen kun i sin vorden”

KM Pedersen i Pedersen et al 2005: 45

Angående internationale sammenligninger anfører Vallgård et al følgende problemstillinger (31f):Hvad sammenlignes? Er institutioner eller aktiviteter, der sammenlignes, nogenlunde ens? Definition af sundhedsvæsen er afgørende for resultatet af sammenligningen. Endvidere omtales kontekstens betydning (ibid.:35f).

Sammenfatning

En række væsentlige træk ved rammerne for sundhedsvæsenet, og styringen af dette er hermed ridset op. Hensigten har først og fremmest været at bidrage til en indsigt i den kompleksitet, som praksis i svangreomsorgen indgår i, og de vilkår, som den er underlagt. Sundhedsvæsenet styres, som beskrevet, i vidt omfang ud fra økonomiske rationaler, men som anført – også af sundhedsøkonomer - mener en anseelig del af befolkningen, at ønsket om lighed i sundhed også bør indgå i styringsovervejelserne (jvf.: Lauridsen og Pedersen et al: 2009).

Tilsyneladende savnes der hos fremtrædende forskere, der beskæftiger sig med styring og kvalitetsudvikling inden for sundhedsvæsenet en dybere indsigt i, den viden og erkendelse, der eksisterer i den kliniske praksis. I denne opfattelse synes medarbejderne i sundhedsvæsenet blot at indgå som en del af ”produktionsapparatet” (KM Pedersen: 2005: 23ff).

I en anden sammenhæng betragtes de sundhedsprofessionelle dog som aktører i sundhedsvæsenet på linje med brugere, embedsmænd og politikere, der alle besidder hver sin form for rationalitet (Vallgård: 2010:63). Denne synsvinkel er ikke ukendt i professionsforskning. Professionaliseringsbestrebelse hos de sundhedsprofessionelle kan imidlertid også opfattes som en reaktion på øget rutinisering og kontrol, og de kan dermed også være udtryk for en kritisk opposition til situationen i sundhedsvæsenet (jvf.: Hjort: 2005).

Reguleringen i Danmark bygger traditionelt på tillid til de sundhedsprofessionelle og deres faglige selvsjette (jf.: Vallgård: 2010:78f). Anvendelsen af kvalitetssikring som et styringsinstrument kan desværre, som omtalt, betyde at medarbejderne oplever, at myndighederne sætter spørgsmålstejn ved såvel deres kompetence som ansvarlighed. Der er tale om en form for magtudøvelse (jvf. Vallgård et al: 2010: 41) der næppe virker befordrende på professionel nytænkning. Nyere forskning på området omtaler i denne forbindelse ligefrem resultatmålingers perverse effekter (Krogstrup: 2011: 66ff).

Sammenfatning

Uden at gå nærmere ind på de oplevelser, der fylder hos familiemedlemmerne i forbindelse med præterm fødsel, er der i dette kapitel givet et indblik i fundamentale forståelser af modtagerne af svangreomsorgen - forståelser som de sundhedsprofessionelles praksis hviler på.

Den obstetriske forståelse af præterm fødsel, risikofaktorer herfor, forebyggelse og diagnosticering er der ligeledes her givet en introduktion til.

Problemstillinger, der er generelle for ansatte i sundhedsvæsenet og andre steder, der er præget af en refleksiv praksis er forsøgt begrebsliggjort ud fra et forskningsmæssigt udgangspunkt, der fokuserer på generelle og overordnede problemstillinger (Schön: 1983). Praksis foregår i dialogisk samtale med patienten / klienten, men også med situationen som sådan; der eksisterer således ikke generelle angrebsvinkler, der uformidlet kan anvendes hertil. Modsætningen mellem den samfundsmæssige anerkendelse og prioritering af teoretisk viden, kontra den tendentielt næsten usynliggørende nedprioritering af konkret viden og erfaring er blevet belyst.

Endelig er den samfundsmæssige sammenhæng, som praksis i svangreomsorgen indgår i skitseret. Fænomener i svangreomsorgen kan imidlertid ikke forklares alene ud fra den struktur, de indgår i. Tænkes sundhedsvæsenet udelukkende ud fra modeller og systemer, overses let, at sundhedsprofessionel praksis ikke kan reduceres til et spørgsmål om regler og overholdelse af disse, som ovenfor udfoldet i afsnittet om refleksiv praksis. Ligeledes kan forholdet mellem organisationskulturen i den enkelte sygehusafdeling og de samfundsmæssige rammer for sundhedsvæsenet ikke reduceres til et spørgsmål om struktur, systemer og modeller.

Praksis på området er således ikke endegyldigt defineret – det lader sig vanskeligt gøre. Væsentlige forudsætninger for praksis i svangreomsorgen og en konkret forståelse heraf er ridset op i dette kapitel, og der er dermed søgt at skabe transparens i forståelsen af denne praksis. I næste kapitel vil samspillet mellem praksis og den samfundsmæssige sammenhæng, den indgår i, særligt organisationskulturen, blive belyst og forsøgt teoretisk afklaret. Konkrete eksempler fra svangreomsorgen vil i et vist omfang illustrere kapitlet.

Litteratur

- Alexander S: Repeat digital cervical assessment for identifying women at risk of preterm labour. Cochrane. 2010. Issue 6
- Ananth, C.V. et al: Trends in preterm birth and perinatal Mortality among Singletons: United States, 1989 through 2000.in *Obstet Gynecol.*2005 May; 105 (5 Pt1)1084-91
- Anisfeld E, Kennell JH, Klaus HM et al: Maternal – Infant Bonding a Joint Rebuttal. *Paediatrics.* Oct 83. Vol 72 no4:569-72.
- Bastian P: Mesterlære. En livsfortælling. Gyldendal. 2011.
- Berghella V et al: Cervical assessment by ultrasound for preventing preterm delivery (Review). Cochrane 2009. Issue 3.
- Bourdieu P.: Distinktionen. Pax.1995
- Bourdieu P.: Den praktiske sans. Kbh. 2007.
- Buekens S: Randomized controlled trial of routine cervical examinations in pregnancy. *Lancet.*1994; 344:841-4
- Brodén M: Mor og barn i ingenmandsland. Kbh. 1991.
- Cattaneo L, Rizzolatti G: The Mirror Neuron System. *Arch Neurol / Vol 66(No.5) May 2009:557-60.*
- Christiansen, T et al: Ulighed i sundhed i Danmark i EU – perspektiv. I Lauridsen JT & Pedersen KM (red.): *Sundhedsøkonomi Fra teori til praksis. DJØF. DK. 2009*
- Collins JW et al: African American Women's Lifetime Upward Economic Mobility and Preterm Birth: The Effect of Fetal Programming. *American Journal of Public Health.* April 2011. Vol 101; No. 4:714-719.
- Damasio A.: *Descartes' Error.* USA. 1994. Chap. 1- 4 + 10.
- DeFranco E et al. Area-level poverty and preterm birth: A population based multilevel analysis. *BMC. Public Health.* 2008; 8:316
- Den Gode Medicinske Afdeling (www.dgma.dk)
- Det Nationale Indikatorprojekt (www.nip.dk)
- Downe S et al: 'Weighing up and balancing out'. A Meta synthesis of barriers to antenatal care for marginalised women in high income countries. *BJOG.* 2009; 116:518-29)
- Foucault M: *Klinikkens fødsel.* Kbh. 2000.
- Gagnon: Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood or both (review). Cochrane. 2009. Issue 2
- Gallese V, Fadiga L, Fogassi L, Rizzolatti G: Action recognition in the premotor cortex. *Brain* (1996), 119:593-609.

- Goldenberg, RL et al: epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet* 2008; 361:75-84.
- Guise JM: Teamwork in obstetrical critical care. *Best Practice & research Clinical Obstetrics and Gynecology*. Vol.22 No.5:937-51.2008
- Hjort K: Professionaliseringen i den offentlige sektor. Roskilde universitetsforlag. Roskilde. 2005
- Hodnett E et al: Support during pregnancy for women at increased risk of low birth weight babies. *Cochrane*. 2005.
- Huddy CL et al: Educational and behavioural problems in babies of 32-35 weeks gestation. *Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed.* 2001; 85:23-28.
- Iacobini: Imitation, Empathy and Mirror Neurons. *Annu. Rev. Psychol.*2009.60:653-70
- Iams, JD et al: Preterm Birth 2. Primary, secondary and tertiary interventions to reduce the morbidity and mortality of preterm birth. *Lancet* 2008; 371: 164-75.
- Ickovics JR et al: Group Prenatal Care and Perinatal Outcomes. A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics and Gynecology*. Vol 110.No.2 Part1, August 2007.
- Klaus MH, Kennell JK: *Maternal –infant bonding*. USA. 1976. Mosby.
- Krogstrup, HK: *Kampen om evidens. Resultatmåling, effektvurdering og evidens*. Reitzel. Viborg 2011.
- Lamb ME: Early Contact and Maternal-Infant Bonding One Decade Later. *Pediatrics*.1982.Vol. 70: 763-768
- Langhoff-Roos, J. et al: Spontaneous preterm delivery in primiparous women at low risk in Denmark: population based study. In *British Medical Journal*, 2006; 332:937-39
- Lauridsen JT & Pedersen KM (red.): *Sundhedsøkonomi fra teori til praksis*. DJØF. DK. 2009.
- Lassi ZS et al: Community based intervention packages for reducing maternal and neonatal morbidity and mortality and improving neonatal outcomes. *Cochrane*.2010. Issue11
- Lawn, JE et al: Global report on preterm birth and stillbirth (1). Definitions, description of the burden and opportunities to improve data. *BMC Pregnancy and childbirth* 2010, 10 (Suppl. 1):S1
- Lumley J: Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy (Review). *Cochrane*.2009.Issue 2.
- Lvoff NM, Lvoff V, Klaus MH: Effect of the Baby-Friendly Initiative on Infant Abandonment in a Russian Hospital. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2000; 154:474-477.
- Madsen SA: *Bånd der brister bånd der bindes*. Kbh. 1996.
- Mann S et al: Role of Clinician Involvement in Patient Safety in Obstetrics and Gynecology. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 2010 Vol. 58 (3): 559-575.
- Miljøministeriet: *God kemi er ikke altid nok*. Miljøstyrelsen DK. 2009.
- Moberg KU: *Afspænding, ro og berøring. Om oxytocins helbredende virkning I kroppen*. Akademisk forlag. Kbh. 2006.

- Morken NH et al: Reference population for international comparisons and time trend surveillance of preterm delivery proportions in three countries. [http:// www.biomedcentral.com/1472-6874/8/16](http://www.biomedcentral.com/1472-6874/8/16)
- Mortensen OA: Prediction of preterm birth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 1987.66 (6):507-12
- Newmann RB et al: South Carolina Partners for Preterm Birth Prevention: a regional perinatal initiative for the reduction of premature birth in a Medicaid population. *AM J Obstet Gynecol* 2008; 199:393.e1-393.e8.
- Niedhammer, I et al: Occupational predictors of pregnancy outcomes in Irish working Women in the Life ways cohort. *BJOG* 2009 June; 116 (7): 943-52.
- Nielsen JA: Forebygger uddannelse sygdomme? - om sociale forskelle i sundhed I Lauridsen JT & Pedersen KM (red.): Sundhedsøkonomi fra teori til praksis. DJØF. DK. 2009.
- Nygren P et al: Evidence on the benefits and Harms of Screening and Treating Pregnant Women Who are Asymptomatic for Bacterial Vaginosis: An Update Review for the U. S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal medicine* 5. Feb. 2008. Vol. 148 (3):220-233
- Pedersen KM (red.) et al: Sundhedsvæsnets økonomi, organisation og ledelse. Gads Forlag. DK 2005.
- Petterson B: Jagten på det sunde liv. Kbh. 2000
- Polanyi M. : Den tause dimensjonen. Norge. 2000. Original: The Tacit Dimension. 1966.
- Pompeii LA et al. Physical Exertion at work and the Risk of Preterm Delivery and Small-for Gestational-Age Obstetrics and Gynecology VOL.106.(6) December 2005: 1279-1288.
- Reagan P & Salsberry PJ: Race and ethnic differences in determinants of preterm birth in the USA: broadening the social Context. *Social Science & Medicine* 60 (2005) 2217-2228.
- Reiter E: Fertilitetsbehandling i praksis – mellem lovgivning og teknologi. RUC, Tek Sam 2003
- Reiter E et al: Digital examination and transvaginal scan - competing or complementary for predicting preterm birth? *Acta Obstetrica ET Gynecologica Scandinavica*. Available online Feb 2012.
- Saigal, S: Preterm Birth 3: An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. *Lancet* 2008; 371: 261-69.
- Schön D: The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action. GB.1983.
- Sommer D: Barndomspsykologi. Udvikling i en forandret verden Reitzel. Gylling, DK. 2003.
- Stern DN: Moderskabskonstellationen. Reitzel. Kbh.1997. (Orig.:1995).
- Stern DN: Spædbarnets Interpersonelle Verden. 2. udg. Reitzel. Kbh. 2000. Original: The inter-personal World of the Infant USA 1985).
- Sweet, BR (Ed): Mayes Midwifery. 1997. Baillière Tindall. London.

- Tracy SK et al: Spontaneous preterm birth of live born infants in women at low risk in Australia over 10 years: a population based study. In *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2007 Jun; 114(6):731-5.
- Turner, B. et al: *Man-made Disasters*. First Ed. 1979. Sec. Ed. Oxford 1997.
- Wenger, E: *Praksisfællesskaber. Læring, mening og identitet* Reitzel. København. 2004.
- Whitworth M et al: Routine pre-pregnancy health promotion for improving pregnancy outcomes (review). *Cochrane*. 2009. Issue 4.
- Vallgård S & Krasnik A (Red.). *Sundhedsvæsen og sundhedspolitik*. Munksgård. 2010
- Wisborg K et al: Psychological stress during pregnancy and stillbirth. *BJOG*. 2008; 115; 882-885.
- Zahavi D: *Fænomenologi*. Roskilde. 2003

Teoretiske udgangspunkter

Indledning

I Kapitel 3 blev praksis i svangreomsorgen omtalt og belyst. Der foregår selv sagt et samspil mellem praksis og den kontekst, hvori den er indlejret. I nærværende sammenhæng foregår der således et samspil mellem praksis og organisationskulturen i svangreomsorgen. Samspillet med de overordnede rammer formidles så at sige gennem organisationskulturen. I dette kapitel søges en overordnet teoretisk afklaring af organisationskultur og praksis, og samspillet dem imellem. Den empiriske metode, der er anvendt i projektet, er udviklet på baggrund af denne teoretiske afklaringsproces og de inspirationer, denne har afstedkommet.

Forebyggelse af utilsigtede hændelser kan, som omtalt i Kapitel 1, betragtes som en praksis, der sigter mod højnelse af patientsikkerhed. Herhjemme blev den mulige sammenhæng mellem patientsikkerhed og organisationskultur introduceret for omkring 10 år siden (Pedersen et al: 2003). Også i international sundhedsvidenskabelig litteratur kædes patientsikkerhed sammen med organisationskultur (fx Mannion: 2005, Konteh: 2008, Parmelli: 2010). I et britisk studie fra hospitaler tilknyttet NHS (National Health Service, svarer til sundhedsstyrelsen i Danmark *er*), anså således 98 % af personer, der havde med ledelsesmæssig forvaltning at gøre, organisationskultur for væsentlig i udviklingen af patientsikkerhed (Konteh: 2008).

Den franske forsker P Bourdieu har i en række arbejder beskæftiget sig med praksis og den samfundsmæssige sammenhæng praksis indgår i, samt samspillet dem imellem (fx Bourdieu: 1995a, b, 1999, 2007). Den omtalte begrebslige afklaringsproces vil tage sit udgangspunkt i dette arbejde.

Flere forskere har beskæftiget sig med organisationskultur (fx: Alvesson: 2002, 2009, Schein: 1987, 1994, Schultz: 2003), og nogle, som nævnt med organisati-

onskultur i sundhedsvæsnet, og de vil derfor blive introduceret. Antropologien har jo udviklet metode til studie af såvel praksis og kultur som samspillet dem imellem, gennem mere end et århundrede. For at nuancere en teoretisk forståelse af samspillet mellem organisationskultur og praksis inddrages antropologisk viden og indsigt (Hastrup 2003, 2004, 2004b, Bourdieu: 2007; Mead: 1950, Baarts: 2003, 2004, Whyte: 1943 m.fl.).

I disse tilgange er praksis, kultur og samspillet dem imellem, studieobjekt for forskningen. De mennesker, der i dagligdagen udfører praksis, har imidlertid, som omtalt i Kapitel 3, en særlig indsigt i og viden om praksis. I Aktionsforskning kan praksis under forandring ideelt set være et fælles undersøgelsesobjekt for forskeren og deltagerne (se fx: Olsén: 2003, Nielsen & Nielsen: 2006, 2007, Schwantz: 2001, Lykes: 2006). Da intentionen med projektet er, om muligt, at bidrage til en udvikling af praksis, er denne forskningsvinkel derfor også inddraget.

Om praksis og samspillet med konteksten

Bourdieu har i en række studier af antropologisk karakter vist, hvordan samfundets praksis på et givet område skabes og genskabes igennem individets individuelle indsats – samtidig med at individets handleberedskab (habitus) skabes og genskabes (Bourdieu: 1995 b, 2007).

Bourdieu foretog tidligt i sin karriere en række meget omhyggelige og detaljerede studier af landbrugssamfundet i Kabylien i Nordafrika af etnografisk karakter (Bourdieu: 1995a, 2007)¹. Bourdieu viser, på baggrund heraf, helt konkret og særdeles overbevisende, hvordan den daglige praksis i hverdagen er en del af samfundets / kulturens praksis - og hvordan denne praksis skabes og genskabes gennem hverdagens arbejdsopgaver, samtidig med, og i og med, at individets handleberedskab (habitus) skabes og genskabes. Handleberedskabet hos det enkelte individ kan så at sige indlejres gennem praksis i kroppen (tænk for eksempel på at køre på cykel, at spise med kniv og gaffel, at skrive på computer, eller på at

1 Bourdieu kommer selv i sit forfatterskab ind på at hans egen "habitus" har betydning for hans videnskabelige arbejde. Således anfører han, at hans personlige forudsætninger for at forstå kabylerne i Nordafrika i vid udstrækning stammer fra hans interne kendskab til bjergbønder i Sydfrankrig – et traditionelt patriarkalsk landbrugssamfund i Middelhavsområdet ligesom Kabylien (Bourdieu: 2007: Den praktiske sans: Indledningen).

lægge en venflon eller tilegne sig viden om, hvor tingene befinder sig på en ny arbejdsplads). Den kropsligt indlejrede praksis, individets ”habitus”, bidrager til at forankre individet i det sociale fællesskab, hvori det er vokset op, og samtidig i det sociale fællesskab, hvori det aktuelt indgår.

Individets handleberedskab er først og fremmest udviklet, fordi det i sådanne situationer har været praktisk og hensigtsmæssigt at handle på den givne måde. Den samfundsmæssige praksis er på samme måde udviklet, fordi det i tilsvarende situationer har været anset for praktisk og hensigtsmæssigt at handle på disse måder. I Bourdieus omhyggelige og detaljerede studie af praksis i det statiske samfund i Kabylien er fokus imidlertid ikke på, hvordan eventuelle ændringer i praksis opstår. I et senere arbejde fra Frankrig viser Bourdieu (og hans forsker kolleger), hvordan individets praksis på en lang række områder, omkring bolig- og tøjstil med meget mere, er bestemt, dels af den baggrund, individet kommer fra, og dels af den erhvervs-mæssige sammenhæng, individet indgår i (se fx: Bourdieu:1995: 54ff, 1999: 77ff, 2007: 123, 164). Samtidig viser studierne, hvordan individets habitus – handleberedskab – på de undersøgte områder bidrager til at opretholde tingenes tilstand, både hvad angår køn og klasse. Det påpeges, at baggrund, ægteskab og erhvervsstatus i mange tilfælde udgør en social helhed, og bidrager dermed til en forståelse af, hvad praksis er (og bør være) hos individet. Individet er udviklet til fuldgyldigt medlem - kunne man også sige – af, og i og med den pågældende (sub) kultur i samfundet. Bourdieu og co. viser således, hvordan skel og hierarkier i det franske samfund skabes og genskabes gennem individets individuelle daglige praksis.

Bourdies arbejde begrebsliggør og tydeliggør dermed, hvordan daglig praksis er indlejret i konteksten - i den overordnede samfundsmæssige sammenhæng. Samtidig illustreres samspillet imellem kontekst og praksis gennem en rigdom af detaljerede og konkrete eksempler. Hvordan ændringer i praksis overhovedet kan finde sted, er derimod knapt så detaljeret beskrevet. I overensstemmelse med en antropologisk synsvinkel har Bourdieu imidlertid blik for de transitioner, som især drenge gennemgår på rejsen gennem barndom til voksenliv. Således beskrives for eksempel praksis omkring forberedelsen til, og drengens første rejse til markedet, der markerer hans adskillelse fra moderen og optagelse i mændenes fællesskab (Bourdieu: 2007: 339f). Dette sker, når drengen er 6-10 år gammel. Inden rejsen påbegyndes, klipper faderen ham. Er han ikke så gammel, er det dog kun håret i højre tinding, der klippes. Bourdieu har således blik for, hvordan den individuelle udformning af ritualer sker i praksis. En nærmere personlig,

empatisk funderet indsigt i personernes oplevelser hermed er dog kun sparsomt beskrevet. I stedet lægges vægten på beskrivelsen af, hvordan denne praksis indgår i den samfundsmæssige praksis omkring opretholdelsen af kønsrollemønstre etc. Bourdieu lægger også i anden sammenhæng vægt på at beskrive, hvordan praksis i den konkrete situation udvikles og udspilles, på baggrund af reglerne herfor, men dog uden at disse nødvendigvis følges slavisk for eksempel i forbindelse med ægteskabsforhandlinger (ibid.: 255). Bourdieu anfører i denne forbindelse, at forhandlingerne overdrages til en person, der kun i ringe grad repræsenterer gruppen, og derfor ikke binder denne med sine løfter. For eksempel kan det være en gammel kvinde; men denne kvinde kunne jo, teoretisk set, være i besiddelse af betydelig refleksiv erfaring indlejret i hendes handleberedskab gennem adskillige forhandlinger af tilsvarende karakter. Bourdieus manglende fokus på det personlige oplevelsesmæssige perspektiv medfører således tendentielt, at hans arbejde ikke i detaljer redegør for mulig kompetenceudvikling, hverken ud fra en individuel eller en fællesskabsorienteret synsvinkel.

Da hverdagens praksis skabes og genskabes dagligt af det enkelte individ, som dermed bidrager til skabelsen og genskabelsen af det sociale fællesskab og de handlepraksisser, der konkret eksisterer i dette, er praksis selv sagt præget af nogen inerti. Dette ses måske tydeligst i et statisk samfund som Kabylien (Bourdieu: 2007). Praksis er imidlertid ikke ”kun” apriorisk givet. Det er muligt for medlemmerne i en given (organisations)kultur at iværksætte ændringer af denne (se f.eks.: Hastrup: 2004: 202ff). Et konkret eksempel herpå blev beskrevet i Kapitel 3, hvor græsrodsorganisationer og sundhedsprofessionelle på baggrund af Klaus og Kennels banebrydende arbejde, initierede en fuldstændig anderledes praksis i svangreomsorgen.

Den sundhedsprofessionelles individuelle praksis medvirker således til at skabe og genskabe svangreomsorgens praksis, samtidig med at den sundhedsprofessionelles personlige handleberedskab skabes og genskabes. Som omtalt i Kapitel 3 er den sundhedsprofessionelles praksis refleksiv – den indgår i ”samtale”, så at sige, med såvel situationen som med klienten. Udvikling af praksis kan finde sted såvel på baggrund heraf som på baggrund af refleksion mellem ”peers”. Dette sker for eksempel ofte i sundhedsvæsenet i forbindelse med undersøgelse, diagnosticering og behandling af en patient. Udvikling af praksis kan imidlertid også forårsages af top - down orienterede tiltag (for eksempel i forbindelse med besparelser). Udviklingen af praksis er således tæt knyttet til den kontekst den indgår i – her

- organisationskulturen. Begrebet organisationskultur kan omfatte, såvel praksis og den konkrete udvikling af denne, som samspillet mellem praksis og organisationskultur. Samtidig kan det rumme medarbejderes og ledelsens oplevelser med, og perspektivering af, praksis. Nedenfor skal nogle væsentlige teoretiske bidrag til forståelsen af organisationskultur omtales.

Om organisationskultur

Organisationskultur begrebsliggør og rummer således, såvel den komplekse kontekstualitet, svangreomsorgen indgår i, som forebyggelsen af utilsigtede hændelser, og specifikt forebyggelsen af (truende) for tidlig fødsel. I dagligdagen formidler organisationskulturen endvidere samspillet mellem praksis og den samfundsmæssige sammenhæng, som svangreomsorg og sundhedsvæsenet udgør.

E. Schein satte allerede tidligt fokus på begrebet organisationskultur (Schein 1994), og han er fortsat en væsentlig inspirationskilde for en række studier i organisationskultur i sundhedsvæsenet (se fx: Pedersen: 2003, Mannion: 2009, Konteh: 2008, Parmelli: 2010).

Schein tilbragte, i forbindelse med sin phd i socialpsykologi, et år på et militærhospital, hvor han blev bekendt med klinikerens rolle: at øge viden og at trække på klinisk indsigt (Schein: 1987). I starten af sin karriere stiftede Schein bekendtskab med arvtagerne fra Kurt Lewin, forskere der arbejdede med at udarbejde en teknologi, som byggede på eksperimentelle metoder til udvikling af lederskab og gruppetræning. Den teoretiske forståelse af samspillet mellem klinisk arbejde og forskning blev yderligere uddybet gennem mødet med repræsentanter for Tavistock instituttet (ibid.). En anden vigtig inspirationskilde for Schein, i hans arbejde med organisationskultur, er hans lange karriere som konsulent for firmaer, der bad om hjælp til omorganisering af arbejdet. Hovedværket hedder da også: "Organisationskultur og ledelse" (Schein: 1994). Nogle hovedtræk i dette skal kort gennemgås nedenfor.

For Schein er kulturdannelse udtryk for en stræben hen imod struktur og integration - organisationskulturen afspejler de grundlæggende problemer, som en gruppe møder: at håndtere såvel ekstern kontakt, som intern integration. Kulturen omfatter alt det, som gruppen er nødt til at håndtere. Schein mener, at det er ledelsen,

der har skabt det kulturindhold, som gruppen ender med at have (Schein 1994: 54). Der er to væsentlige årsager til at undersøge og tyde en organisations kultur: videnskabelige årsager og årsager, der er forbundet med at hjælpe ledere til at lede kulturforhold i deres organisation, angiver Schein (ibid.: 141).

Gennem teoretiske og analytiske undersøgelser udvikler Schein en metode til undersøgelse af organisationskulturen, sådan som han opfatter den. Ved hjælp af en analyse af organisationens synlige organisatoriske strukturer og processer (artefakter) og synlige værdier (strategier, mål og filosofier) afdækkes organisationens grundlæggende underliggende antagelser (ubevidste anskuelser, tanker og følelser) (ibid.: 24). Disse kategorier bør dog ikke anvendes som en spørgeguide, inden man selv lader sig påvirke af kulturen, gennem systematisk observation og ved at støde på overraskelser - forskellige fra, hvad man forventede (ibid.: 163ff). Det er afgørende, mener Schein, hvordan man afslører sine overraskelser over for insideren. Ved at holde sig tæt til sine personlige reaktioner på hændelserne opnår man at give udtryk for, at det kan være en selv, snarere end "kulturkræfterne", der har forårsaget overraskelsen - insideren vil så forsøge at forklare, hvad overraskelsen kan skyldes (ibid.). Andre kilder til undersøgelse af organisationskulturen kan være individuelle - og gruppe - interviews, strukturanalyse af organisationen, myter, sagn, historier og formel skriftlig formidling (ibid.).

Schein mener, at kulturen grundlæggende stammer fra tre kilder: organisationsgrundlæggerens holdninger, normer og antagelser, de erfaringer som organisationens medlemmer gør sig, efterhånden som organisationen udvikler sig, og nye overbevisninger og antagelser, som tilføres af nye medlemmer (ibid.: 197). Schein omtaler en række mekanismer, hvorved lederen påvirker organisationen og efterhånden kan få indlejret sine værdier i organisationens kulturelle praksis (ibid.: 213ff). En af disse handler om lederens reaktioner på kritiske hændelser:

*"Den måde, som ledere håndterer en sådan krise på, afslører deres antagelser om betydningen af mennesker og deres syn på den menneskelige natur"*²

Schein 1994: 222

2 Det er ikke ukendt i sundhedsvæsenet at vurdere sine ledere på, hvordan de handler i krisesituationer; hvordan sker fx håndteringen af utilsigtede hændelser og personalets reaktioner i forbindelse hermed.

Den måde, hvorpå ledelsen tildeler ressourcer, og de kriterier de lægger til grund for ansættelse, udvælgelse, forfremmelse og udstødelse er også væsentlige (ibid.: 235). Schein omtaler endvidere de problemer, der kan opstå i forbindelse med fusioner og overtagelse. To organisationskulturer kan blandes, uden at nogen af dem behøver at blive anset for fremherskende; men hvis den overtagende organisation blot overtager den anden organisation, så vil den overtagede organisation repræsentere en subkultur, og den kan føle sig truet og i forsvarsposition (ibid.:250). Idealet kunne afspejles i flg.: citat:

”Måske er kernen i det vi kalder generel ledelse, denne evne til at samle folk fra forskellige subkulturer og få dem til at arbejde godt sammen med hinanden”

Schein: 1994: 256

Schein omtaler en række ændringsmekanismer for organisationskulturen (ibid.: 278-290). I starten af organisationens historie tackles ændringer gennem indsigt og udvikling. Senere i organisationens historie kan ”optøning” af organisationskulturen anvendes gennem for eksempel: teknologisk forførelse, skandaler, punktering af myter og frivillig tvang. Derefter må ledelsen gerne sætte *skam* og *skyld* på dagsordenen. Schein mener dog, at dette må afbalanceres med en psykologisk tryghed (!) Det er nødvendigt, at ledelsen har et realistisk bud på, hvordan forandringerne vil kunne byde på større tryghed for medarbejderne i fremtiden. Hvad angår læringskultur, angiver Schein betydningen af tillid i organisationen, og han betoner, at præcis og relevant information skal kunne flyde frit i et fuldt integreret netværk (ibid..341). Læring er ikke noget man kan påtvinge mennesker.

Schein vedkender sig sin gæld til antropologien (ibid.: 140, 161ff), han mener imidlertid at deltagende observation er for tidskrævende - og næppe heller nødvendig. I stedet foreslår han møder med ledelse og afdelingsledelse, interviews med informanter, der har overblik over organisationen, samt en kortere observationsperiode på ½-1dag. Analytisk indleder han også med at holde møder med ledelsen, og samspillet med ledelsen er væsentligt i alle analysens faser.

Schein tager således klart sit udgangspunkt i ledelsens synsvinkel. Schein er imidlertid klar over, at organisationen indgår i en samfundsmæssig sammenhæng, og at nye medarbejdere kan have andre erfaringer og opfattelser, der (også) kan berige organisationen, som nævnt. Der savnes dog hos Schein en mere nuanceret overordnet teoretisk forståelse af dette forhold.

En af grundene hertil kan være, at Schein meget ofte kommer ind i organisationskulturen gennem ledelsen, og at han ikke i sine studier foretager en nærmere undersøgelse af organisationskulturens praksis, men derimod lægger vægt på at studere organisationskulturens synlige strukturer, processer og værdier mm (Schein: 1995: 24 f).

Schein bidrager således med sine konkrete metoder til afdækning af organisationskulturen og til ledelsestiltag til udvikling af denne.

Schein har kun få overvejelser over, hvilken betydning det kan have for hans forskerrolle og – resultater, at han meget ofte er betalt af ledelsen for at udføre sine studier; han angiver dog, som nævnt, at jobbet som konsulent har været en vigtig inspirationskilde for ham.

Forståelsen af organisationskultur i sundhedsvæsn

Scheins arbejde er, som nævnt, en væsentlig inspirationskilde i forskning i organisationskultur og patientsikkerhed inden for den medicinske verden. Det er ligeledes tilfældet i en Cochrane review protokol om strategier til ændring af organisationskultur med henblik på forbedring af performance (Parmelli: 2010, 2011). Nogle få af de i protokollen refererede studier vedrørende organisationskultur, omtales kort nedenfor, for således at give et indtryk af en velanset og udbredt opfattelse af organisationskultur i sundhedsvæsn.

I 2003 blev det fastslået, at ledelse af organisationskultur er væsentlig i forbindelse med reform af sundhedsvæsn. Samtidig blev det påpeget, at en transformation af et sundhedssystem som det britiske NHS (National Health Service, UK), ville kræve en kompleks og usikker proces på mange niveauer, der ville gå over flere år (Scott: 2003). Samme år blev vanskelighederne med at definere og operationalisere både ”kultur” og ”performance” imidlertid pointeret i en review artikel (Scott: 2003b).

Interessant i denne forbindelse er det tidligere omtalte studie af High og low performing hospitals i NHS (National Health Service) fra UK, hvor performance blev målt efter nationalt rating system (Mannion: 2005). Hospitaler med high performance havde tradition for at opsætte klare mål for organisationen og etablering af robust intern monitorering for at støtte dette mål. De øverste ledere var personligt meget optaget af at forbedre hospitalets resultater, og man havde klar

rollefordeling. Desuden arbejdede man med at uddelegere ansvar og fremme en decentraliseret og deltagelsesorienteret ledelsesstil. Disse hospitaler havde en ledelsesstil, orienteret mod samarbejde og en lav udskiftningsrate af personale, resultatbelønning og ingen udtrykte tabuer. Derimod var de lavt rangerende hospitaler karakteriseret ved en professionel karismatisk ledelsesstil med høj udskiftningsrate af seniorledere. I Low performing Hospitals var nøglebeslutninger adskilt fra overvejelser vedrørende praksis, og klinisk performance var en professionel, snarere end en ledelsesmæssig opgave. Man syntes endvidere næsten at ignorere medarbejderudvikling og – fastholdelse. Belønninger blev givet i overensstemmelse med ledelsens opfattelse, og der var tabu mod udfordring af seniorledelsen. Studiets forfattere mener derfor, at kunne konkludere, at det kunne være interessant nærmere at undersøge konsekvenser af ledelsesstil for performance, personale og patienter.

Som tidligere omtalt fastslog et studie, på basis af en national spørgeskemaundersøgelse i England, at et overvældende flertal af personer, der beskæftigede sig med ledelses forvaltning i sundhedsvæsnet, så et behov for at måle den lokale kultur med henblik på at skabe forbedringer af de opnåede resultater (Konteh: 2008). Studiet viste en udbredt praktisk interesse i at vurdere og lede lokale sundhedskulturer for dermed at understøtte klinisk ledelse og kvalitetsforbedringstiltag. Det fastslog samtidig behovet for redskaber til at vurdere kulturen med.

Et senere studie - også fra England - undersøgte redskaber til vurderingen af organisationskultur og brugen af disse i højnelsen af kvalitet og sikkerhed i det engelske sundhedsvæsen (Mannion: 2009). Spørgeskemaer blev sendt til 275 NHS -organisationer og 77 % svarede, 1/3 af disse anvendte, på det pågældende tidspunkt, et kulturvurderingsinstrument til at understøtte deres kliniske ledelsesaktivitet. Det dominerende fokus var på sikkerhed, snarere end en holistisk vurdering af dimensioner i sundhedskvalitet og performance. De anvendte instrumenter til vurdering af kulturen var hovedsageligt forskellige spørgeskemaer, men investering i mennesker og generel praksislæring forekom i nogle få tilfælde.

Den omtalte Cochrane review protokol, om organisationskultur og strategier til udvikling af performance i sundhedsvæsnet, fandt ingen relevante studier af tilstrækkelig evidens (Parmelli: 2010, 2011). Der kunne derfor ikke drages nogen konklusioner vedrørende effektiviteten af strategier til at ændre organisationskulturen med henblik på at forbedre performance. Forskerne anfører, at fremtidig

forskning bør fokusere på at styrke evidensen omkring effektiviteten af forskellige strategier til at ændre organisationskulturen.

Forskningen i organisationskultur er således på det sundhedsvidenskabelige område funktionalistisk i den forstand, at den i høj grad er fokuseret på organisationskultur, som et instrument til effektivisering og / eller forbedring af performance i organisationen. I denne optik bliver en forskningsindsats rettet mod udvikling af konkrete instrumenter, som ledelsen kan / bør anvende i effektiviseringen af organisationskulturen.

Majken Schultz (MS) stiller Scheins funktionalistiske og pragmatiske tilgang til begrebet organisationskultur over for en symbolsk forståelse af organisationskultur, der anvender en hermeneutisk metode til afdækning af forhold i organisationskulturen (Schultz: 2003). MS anfører således at kulturbegrebet har rettet fokus på nye fænomener i organisationen (ibid.: 14). Medlemmernes følelser og oplevelser er blevet vigtige for at forstå organisationen. Kulturbegrebet omfatter også vane-forestillinger, tabuer mm, der kan stille sig i vejen for udvikling af organisationen. Forståelsen af organisationen som en kultur har inviteret til nye muligheder for forandring af denne, mener MS. Hun anfører, at der, trods den stærke optagethed af kulturbegrebet, endnu ikke er blevet etableret et alment accepteret begrebsapparat til analyse af organisations kultur (ibid.:16).

MS introducerer to væsensforskellige opfattelser af kultur: Kultur er noget organisationen *har*, en variabel på linje med struktur, opgaver og teknologi; en variabel, der kan gradbøjes. Kulturanalysen antages at kunne indplacere den pågældende kultur på en værdiskala fx efter hvor effektiv, den er (Schultz: 2003: 17f). Kulturen er en egenskab, der kan manipuleres i denne opfattelse. Her overfor står opfattelsen af kultur, som noget man er, hvor kulturen er en basal metafor til begribelse af det liv, der leves i en organisation.

MS omtaler et rationalistisk, et funktionalistisk og et symbolsk perspektiv på organisationskulturen (Schultz: 2003:19ff). Det rationalistiske perspektiv anser effektivisering af organisationskulturen for et middel til effektiv mål opfyldelse – en opfattelse, der billedligt talt, ser organisationskulturen som en maskine. Dette perspektiv reducerer tendentielt de udviklingsmuligheder som kulturbegrebet kan indeholde, mener MS. Den funktionalistiske opfattelse af organisationskulturen, som man blandt andet kan finde hos Schein, opfatter organisationen som et kollek-

tivt system, der varetager overlevelsen via en række nødvendige funktioner. Denne opfattelse undersøger, hvad kulturen gør, hvilke funktioner den har, hvordan den udvikler og ændrer sig, og den kan derigennem angive forskellige kategorier, der mere konkret kan begrebsliggøre organisationskulturen. Endelig beskriver MS det symbolske perspektiv på forståelsen af organisationskultur, hvori organisationer opfattes som menneskelige systemer, hvor handlinger finder sted ud fra sociale forestillinger om, hvilken betydning forskellige handlinger har. *Hverdagslivet* i organisationen fortolkes, og da handling kan tilskrives forskellige betydninger, giver det symbolske perspektiv større mulighed for at studere tvetydighed og forvirring, blandt andet ved hjælp af metaforer fortolket igennem den hermeneutiske spiral.

Empirisk undersøger MS herefter et offentligt bureaukrati fra centraladministrationen i et departement og i en styrelse i et ministerium, ud fra såvel et funktionalistisk kulturperspektiv, som ud fra et symbolsk perspektiv på organisationskulturen (Schultz: 2003:23ff). Ministeriet står over for at skulle tilpasse sig en række nye opgaver og er derfor velegnet til undersøgelse af forandringsmuligheder i en organisation. De to forskellige kulturforståelser, der i dette studie operationaliseres, ser efter forskellige fænomener og anvender forskellige udpluk af data. MS konkluderer, at en samtidig anvendelse af de to perspektiver udvider forståelsen af udviklingsmuligheder i organisationen (ibid.: 154).

Gennem den funktionalistiske undersøgelsesmetode opnår man umiddelbart at få fokus på interventionsområder i kulturen, der kan "angribes" af kendte interventionsværktøjer til organisationsudvikling (eksempler der er nævnt ovenfor i afsnittet om Schein: teknologisk forførelse, skandaler, punktering af myter og frivillig tvang). Gennem association mellem de forskellige symboler i kulturen forsøger den symbolske kulturfortolkning derimod at igangsætte udviklingsspiraler ved bevidst udnyttelse af sammenhænge i kulturen. Symbolismen påpeger ifølge MS, at interventioner kan indeholde både faldgruber og udviklingsmuligheder. Ydermere er det symbolske perspektiv også i langt højere grad i stand til at prioritere mellem interventionsmulighederne. MS mener, at de to perspektiver tilsammen øger mulighederne for planlagte ændringer i organisationskulturen.

Både *Schein* og *Schultz* belyser organisationskulturen og dens mulige forandringspotentiale ud fra konsulentens synsvinkel. Schein er endvidere, som nævnt, interesseret i organisationskultur ud fra et videnskabeligt perspektiv. Der savnes imidlertid en vinkel på organisationskulturen, der oplyser daglig praksis i orga-

nisationen. Scheins adgang til organisationskulturen, gennem ledelsen, medfører ikke ligefrem et fokus på medarbejdernes opfattelse af den daglige praksis i organisationskulturen. Majken Schultz har en rigdom i sin beskrivelse og billedlige fortolkning af organisationskulturen, og hun har også et blik for hverdagslivet i organisationen. Hun fremhæver, at billeder og metaforer i den symbolske forståelse af organisationskulturen, kan anvendes som et udgangspunkt for dialog mellem konsulent og organisationsmedlemmer (Schultz: 2003: 153). Men der savnes nærmere kendskab til, hvordan adgangen til organisationskulturen fremkom og dermed hvilket udgangspunkt, fortolkningerne foretages fra.

Mats Alvesson anfører, at traditionel organisationsteori ofte har været objektiverende og abstrakt, hvorimod organisationskultur adresserer folks levede oplevelser (Alvesson: 2002:7ff). Der eksisterer et bredt spekter af tilgange til at undersøge organisationskultur, men Alvesson anerkender, at kultur ikke bare er noget, der kan mobiliseres for at få medarbejderne til at tænke, føle og handle i overensstemmelse med ledelsens ønsker.

Organisationskultur er et af kerneområderne i studier af ledelse, organisation og praksis, mener Alvesson, og det kalder på forståelse, der ikke kan presses ned i en bestemt model eller formel. Empirisk og begrebslig åbenhed over for, hvad kulturelle fortolkninger kan bidrage med omkring mangfoldigheden og kompleksiteten af betydninger og symboler kan således være frugtbar (Alvesson: 2002: 92). Nedenfor vil jeg uddybe hans synspunkter netop for at åbne forståelsen af organisationskultur og dennes betydning, i forhold til problemstillingerne i dette projekt og den empiriske undersøgelse af disse.

Rigdommen hvormed kulturelle mønstre i en organisation har indflydelse på alle handlinger og relationer både eksternt og internt, gør det klart, at kultur spiller en væsentlig rolle for såvel ledelsesmæssige som andre handlinger, uden at en enkel kausal sammenhæng mellem organisationskultur og performance kan etableres (Alvesson: 2002: 69). Vanskelighederne med at skabe resultater, og med at sammenkæde disse med bestemte aktører, bidrager til behovet for at fokusere opmærksomheden på, hvordan vurderingen af performance, værdier og utilstrækkeligheder eksisterer i en lokal kontekst (Ibid.:65). Ofte er det ikke let at sige, hvor godt eller dårligt en specifik afdeling performer – tilfælde, held og mere komplekse sammenhænge kan jo spille ind; men ofte tilskrives resultater bestemte individer. Sammenhængen mellem organisationskultur og performance vil ofte bedst kunne

belyses ved at fokusere på de kulturelle aspekter af en given performance, i relation til individuelle aktører og mindre enheder (Ibid.: 64).

Den kulturelle analyse af, hvordan forskellige ideer, betydninger og argumenter spiller ind på en bestemt performance, er interessant og væsentligt. Der er kun skrevet lidt om dette på et begrebsligt niveau, og der eksisterer kun få empiriske studier (Ibid.: 65), og emnet er ikke omtalt i store dele af litteraturen om organisationskultur og performance.

Gode resultater på kort sigt kan imidlertid føre til problemer og dårlige resultater på langt sigt. Dette kaldes ”malkning” og kan blive mere eller mindre systematisk anvendt og tolereret i forskellige organisationer (Alvesson: 2002: 66). ”Malkning” er af stor interesse set fra et kulturelt perspektiv, fordi det kan sætte rationalistiske ideer om antal og resultater i perspektiv. I denne forbindelse er det også interessant, hvorvidt de kulturelle regler i organisationen tillader en åben diskussion af ”malkningstemaet”. Klager kan for eksempel let blive vendt mod den klagende selv og opfattet som uvillighed til at arbejde, har Alvesson set eksempler på i sin egen empiri (Alvesson: 2002: 67). Situationen kan imidlertid være vanskelig at udrede, blandt andet på grund af problemer med at forudse de nødvendige ressourcer til et givet projekt, og vanskeligheder med at skelne mellem ”malkning” og hårde, men finansielt sunde rationaliseringer.

Alvesson mener, at kun få studier har fulgt initiativer til kulturelle ændringer, idet disse ofte kun følges i en kort periode og på et niveau, der er for overfladisk til at drage konklusioner (Alvesson: 2002: 184ff). Idealet om ”quick fixes” og presset på mange organisationer for at levere gode resultater i løbet af kort tid går direkte imod kulturelle ændringer, da disse normalt tager tid og kræver betragtelig færdighed, udholdenhed og entusiasme for at lykkes. Vi støder her på et fascinerende paradoks: den store værdi og det håb, der tillægges nyhed og ændring, underminerer chancerne for at opnå signifikante ændringer. Desillusion, erosion af tillid og modstand mod forandring er mulige konsekvenser af ændringsprogrammer, der ikke føres til ende, hvorfor der er god grund til at være selektiv over for disse. Kulturelle ændringer kræver kollektiv modtagelighed over for nye ideer, værdier og betydninger – uden disse er radikale ændringer i kulturen vanskelige at gennemføre.

En del organisationslitteratur giver ledelsesperspektivet på kulturen forrang på grundlag af en antagelse om, at ledelsen handler i almenvellets interesse (Alvesson:

2002: 123ff). Medarbejdere uden for ledelsesstaben inddrages, ifølge Alvesson, i denne litteratur som objekter for ledelsen eller som en konservativ kraft, der, ifølge ledelsen, kan modarbejde kulturelle ændringsforsøg. Risikoen for at ledelsen kan have ”forkerte” værdier, og at den kulturelle modstand kan give god mening for en specifik gruppe underkendes ofte af denne litteratur. En del af disse studier tager, ifølge Alvesson, ikke de potentielle negative konsekvenser af at være udsat for kulturel kontrol alvorligt.

Forholdet mellem ledelse og kultur er komplekst, og i belysningen af samspillet mellem dem er forskellige vinkler selv sagt mulige (Alvesson: 2002: 105ff). Den kulturelle kontekst kan så at sige guide lederen i udførelsen af lederskabet. Den kulturdrevne side af lederskab overses ofte i litteraturen, mener Alvesson, og det overses ofte, at næsten alle ledere selv er underordnet et ovenfor stående hierarkisk niveau i organisationen. En kulturel forståelse af lederskab kalder på en anerkendelse af lokal betydning, og forståelse af lederskab kalder på en nuanceret fortolkning af relationen og interaktionen mellem over – og underordnede (ibid.:114ff). At lede kultur er ofte ligestillet med at ændre kultur, hvor kulturen ses som noget problematisk, der trænger til revision (Alvesson: 2002: 176ff), men denne store interesse i ændringer er måske overdrevet. Organisationer er del af en verden under stadig forandring. Såvel fusioneringer som nedskæringer påvirker kulturen, og ændringer i størrelse synes at påvirke de kulturelle orienteringer. Opretholdelse af kultur er en vigtig ledelsesopgave og en del af næsten alle hverdagslivets aktiviteter. Tendensen til at se på kultur som en ressource eller et instrument til effektivisering, overser ”dybere” lag i organisationskulturen, som den kulturelle kontekst, den indgår i, idet dette tages for givet (Alvesson: 2002: 128ff). Kun få organisationsforskere har således, ifølge Alvesson, bemærket optagetheden af ledelse og effektivitet som mulige hovedtræk i en vestlig kulturforståelse.

Når *ledere* fremmer handlinger, der alle er baseret på værdier, som tages for givet, udøves en forfintet og ofte gennemtrængende form for *magt* (Alvesson: 2002: 118ff). Asymmetriske magtrelationer og dominerende ideologier, der repræsenterer specielle interesser, medvirker til at folk orienterer sig i en bestemt retning - uden reelt at have gennemtænkt konsekvenserne. På denne måde forhindrer kulturen folk i kritisk at undersøge, hvorfor man gør, som man gør, og fra reelt at forholde sig til alternative måder at gøre tingene på. Denne ledelsesmæssige tilgang kan således betyde en reduktion i mangfoldigheden i opfattelsen af, hvordan organisationelle forhold kan forstås. Der kan både være praktisk - organisatoriske

og psykologisk - eksistentielle grunde til, at kulturen virker hæmmende, eller direkte fornægter, åbenhed over for en diskussion af praksis. Kritisk undersøgelse af kulturel betydning kan være brugbar, ikke alene for at fremme folks evne til selvstændig stillingtagen, men også med henblik på at bidrage til organisationelle ændringer rettet mod at forbedre performance.

At forbinde kultur med *magt, politik og konflikt* udfordrer den gængse opfattelse af, at kultur hovedsagelig skaber konsensus og harmoni (Alvesson: 2002: 123ff). Kultur kan ikke alene ses som konsensuskabende, sammenhængende og integrerende, men den kan også fortolkes ud fra modsætninger, (skjulte) konflikter og dominerende ideologier som for eksempel angår køn. (Skjult) magtudøvelse kan for eksempel være på spil i et tilsyneladende konfliktfrit rum, selv om funktionen og effekten af magten ikke er intenderet. Alvesson lægger selv her hovedvægten på kulturelt -symbolske former for magt. I denne forbindelse skal det nævnes, at Foucault har understreget, at også visse former for viden kan involvere magtudøvelse gennem kapaciteten til at definere, hvad der er sandt og falsk og normalt (Foucault: 1994, 2000). Ligeledes skal der her anføres, at danske forskere har påvist, hvordan politikere og overordnede ansvarlige myndigheder forsøger at påvirke såvel borgeres, som sundhedspersonales adfærd i en form for magtudøvelse jf. det i Kapitel 3 omtalte citat:

” Magten udøves gennem en kategorisering af sundhedspersonalet som mere eller mindre kompetent og af borgerne som normale eller afvigende. Myndighederne søger med andre ord at forme mennesker, bl.a. ved at definere, hvilke egenskaber der skal til, for at de bliver betragtet som fuldgældige og ligeværdige borgere eller kompetente og ansvarlige sundhedsprofessionelle”

Vallgård et al: 2010: 41

Kulturelle manifestationer, der deles af et større kollektiv, kan udgøre en væsentlig modvægt til de muligheder, en topfigur har for at udøve indflydelse på folks tanker og følelser (Alvesson: 2002: 183). Et afgørende motiv for en kulturel tilgang, i forståelsen af organisationskultur, er derfor potentialet for at bidrage til medarbejdernes selvstændige stillingtagen (Alvesson: 2002: 142).

Folk kan i varierende grad være underlagt den hæmmende effekt af, at man tager formodninger og betydningsmønstre for givet. En sådan opfattelse af kulturelle værdier kan hæmme refleksion, undren og dialog. Der er derfor stærke argumenter

for en kritisk belysning af kulturelle værdier og manifestationer i organisationer. Alvesson anfører dog i denne forbindelse, at hvis organisationskulturen er for negativ overfor følgerne af væsentlig kritik, kan det være klogt at forlade den (!) (Alvesson: 2002: 143).

Kultur kan tilbyde retning, men også forhindre os i ”at se” og forestille os noget (Alvesson: 2002: 194). Kultur reflekterer og forstærker ikke bare konsensus, men også dominans, og det er næppe muligt at undersøge alle disse dimensioner på én gang. Kultur anvendes bedst til at fortolke meninger og betydninger, der deles kollektivt (ibid.: 187). Alvessons overbevisning er, at kulturforståelse kræver en fortolkende tilgang, og at der ikke eksisterer en klar ramme med tydelige procedurer herfor. Ofte ignoreres sammenhængen mellem kultur, social praksis og de materielle aspekter af folks organisationelle liv, mener Alvesson (Alvesson: 2002:194).

Forskere kunne med fordel distancere sig selv fra de fænomener, de undersøger, og dette kan også gøres ud fra et funktionalistisk perspektiv, mener Alvesson. Det betyder ikke at spørgeskemaer er at foretrække, tværtimod kan disse kun alt for let reproducere kulturen som taget for givet. Snarere burde den forskningsmæssige tilgang kombinere nærhed og distance. Antropologiske studier af organisationer, med det formål at undersøge grundlæggende antagelser og værdier, kan forholde sig til rationalitet ud fra et kritisk perspektiv (Alvesson: 2002: 132).

Mats Alvesson anlægger således et bredt og samfundsmæssigt forankret syn på organisationskultur i sit arbejde. Organisationen er en organisk del af det omliggende samfund og dette samfunds kultur. Som eksempel herpå, skitserer han dette, uddybende og konkret, i forbindelse med kønsproblematikken og dyrkelsen af rationalitet og effektivitet i den vestlige verden. Det er selv sagt ikke muligt i en organisation at opnå ligestilling mellem kønnene, hvis dette ikke eksisterer som en mulighed i det omliggende samfund (Alvesson: 126ff).

Den funktionalistiske kulturanalyse, som Schein har udviklet gennem sin tilgang til organisationskultur – oftest tilvejebragt af ledelsen - kan tendentielt favorisere ledelsens synsvinkel qua designet. Den uudsagte fortælling om adgangsvejen til organisationskulturen hos Majken Schultz og den manglende beskrivelse af eget udgangspunkt for undersøgelsen af organisationskulturen, kan måske give denne et skær af neutralitet. Alvesson angiver imidlertid ikke, i sin organisationskulturelle tilgang, konkrete metoder til undersøgelse af en organisationskultur og dennes praksis.

Antropologisk forskning, med traditionen for at tage udgangspunkt i feltarbejdet, er i dette projekt en vigtig inspirations kilde. Ud fra et ståsted, der er antropologisk inspireret og informeret, kan organisationens struktur, sociale samspil og praksis også ses fra et mere overordnet kulturbegreb. Det følgende afsnit vil derfor give en introduktion til antropologisk forståelse af dette samspil samt til antropologisk metode.

Om antropologi og antropologisk metode

Antropologien har fokus på mennesket i et socialt fællesskab og på spændingsfeltet mellem den enkelte og fællesskabet (Hastrup: 2003: 9ff, Baarts: 2003, Mead: 1950, Bourdieu: 1995a m.fl.). Vidensprojektet er at redegøre for gensidigheden og dynamikken mellem det enkelte handlende menneske og det komplekse, sociale fællesskab med udgangspunkt i det helt almindelige liv, som det leves og opfattes af folk selv. Et væsentligt bidrag hertil er feltarbejdet, hvor antropologen selv indgår som en blandt andre i det fællesskab, der undersøges; feltarbejdet kvalificeres blandt andet gennem analytisk praksis og teoretisk ambition.

Traditionelt udførtes antropologiske studier af ikke – europæiske samfund. Det gjaldt om at rejse ud i verden, selv undersøge den og bringe ny viden hjem til det fortsatte videnskabelige arbejde; men de finder nu sted over hele verden i forskellig målestok (Hastrup: 2003:11). Observationerne af de fremmede folk ændredes efterhånden til deltagerobservation (ibid.:13). På grund af deres globale opmærksomhed kunne antropologerne efterhånden dokumentere, at både personer og samfund er uendeligt fleksible. Allerede inden for kolonialismens rammer kunne antropologer vise, at ”de andre” ikke er mindre menneskelige end ”os”. Her lægges altså en anderledes vinkel på samspillet mellem den enkelte og fællesskabet, end i Bourdieus optagethed af inertien i dette forhold.

Antropologen har altid en anden vidensinteresse end fællesskabet, der studeres - en antropologisk videnskabelig interesse (Hastrup: 2003:12) Videnskabeligheden garanteres gennem empirisk fokusering og systematisk vidensindsamling. Feltarbejdet i et socialt fællesskab er stadig afgørende i antropologien, men fællesskabet kan være om identitet og interesse, kultur eller forretning, om et samfund eller noget ganske andet (ibid.:15). Tidligere havde antropologien en ambition om at indfange helheden i kulturen, i dag er det

"empiriske objekt ... den del af verden, som antropologen konkret undersøger"

Hastrup:2003:15

Det empiriske må nødvendigvis beskæres, for at der kan opnås en helhed i projektet, og det

"..analytiske objekt er ... den ramme antropologen selv sætter for sit projekt og dets betydning"

Hastrup: 2003:15

Det er således udtryk for antropologens selektive opmærksomhed og er afgørende for, hvad opmærksomheden rettes mod, samtidig med at det medvirker til at gøre felten overskuelig (ibid.: 15ff). Det fællesskab, antropologien beskæftiger sig med, må følgelig være overskueligt, man kan forvente, at det fællesskab, der undersøges, svarer til den overskuelighed, som de mennesker, der indgår i fællesskabet, oplever (ibid.:19).

Antropologien sætter spørgsmålstejn ved det givne, hvordan har det fået denne karakter, og hvordan er det kommet til at mærke folks tanker og handlinger, ligesom den ser på, hvad "det almindelige" gemmer (Hastrup: 2003: 21). Antropologiens videns interesse knytter sig til den praksis, der skaber og udvikler det sociale, og den har samtidig en opmærksomhed på det personlige og de personlige relationer i det sociale felt (ibid.:22). Antropologien har således en teoretisk ambition om at nå til en generel indsigt i forholdet mellem den enkelte og fællesskabet (ibid.:23), et forhold der er karakteriseret ved kompleksitet. Antropologien opfatter, ifølge Hastrup, samfundet som opstået nedefra, det findes ikke præprogrammeret i et system, der sikrer at alle handler på en bestemt måde (ibid.:24), men dele af samfundsmæssigheden kan findes indfældet i institutioner.

Relationer i samfundet kan ikke ses og dokumenteres i sædvanlig forstand, men de kan *erfares* i praksis, på denne måde bliver feltarbejdet antropologiens altdominerende kilde (Hastrup: 2003: 25ff). Erfaringen er således central, og den knytter sig til både krop og tanke. Denne prioritering af menneskelig erfaring som lige så væsentlig som kognitiv viden, når det gælder en forståelse af samfundet, har ført til en ny videnskabelig interesse for følelser, fornemmelser og stemninger i tillæg til den mere traditionelle interesse for rationalitet og intentioner. Fortolkningen af verden, og det teoretiske udtryk for denne, kan tilføje noget til verden - en opfat-

telse der bryder med traditionel forståelse af videnskab som opklarende. Gennem det teoretiske projekt, udsprunget af et direkte kropsligt engagement i verden, kan det allerede givne, gennem antropologisk forskning, således transformeres til en teoretisk forståelse, der uddyber det, vi allerede ved.

Metode kan forstås som en betegnelse for den systematik, forskeren anvender i sin søgen for at nå nye indsigter. Videnskabelighed i antropologien er et spørgsmål om, hvordan man ”kommer til” verden, og hvordan man sikrer sig, at det man fremlægger rent faktisk har noget med verden at gøre (Hastrup: 2003:29). troværdigheden af metoden står og falder med dens gennemsigtighed. Et væsentligt metodiske redskab er sproget, men Hastrup mener, at ordenes betydning ikke kan fastslås uden en opmærksomhed over for den tilknyttede praktiske erfaring (ibid.:207ff). Tilegnelsen af sproget blev da også traditionelt anset for en forudsætning for at udføre feltarbejde, der ansås for et sprogligt møde mellem antropologen og informanterne i den undersøgte kultur.

Den kulturelle viden omfatter imidlertid, som nævnt, andet og mere end sprog. Sproget er selv sagt et vigtigt redskab i kommunikationen, men kulturel viden kan også komme til udtryk i handlinger og også - i fraværet af handlinger. Antropologer påpeger betydningen af direkte erfaring med sociale og sproglige fællesskaber, fordi ”kulturel” viden er så meget mere end ord. Gennem tilstedeværelse og aktiv medleven forsøger antropologen at få et sammenhængende billede ud af de komplekse indtryk. Forståelse er således ikke udelukkende et spørgsmål om sproglig tilegnelse, men også om fornemmelse for ”situationens kontekst” (Hastrup:212ff). Livet viser sig også i sprækkerne mellem ordene. Mennesker evner at forestille sig hinanden på tværs af sprogforskelle, samtalen er et redskab til at fremme denne gensidige forestillingsevne. I og med samtalen opholder antropologen og feltets mennesker sig i det samme rum, og kan trække på denne evne til at forestille sig hinanden. På denne måde kan parterne i samtalen lade

”... intersubjektiviteten mediere mellem det partikulære og det universelle”

(Hastrup:2003: 217)

Særlig væsentlig i den antropologiske forståelse er fornemmelsen for ikke - overensstemmelse mellem forskellige betydningsfastlæggelser (ibid.:217ff). Man kan ikke på forhånd vide, hvor betydningerne findes. Det er derfor afgørende, at man ikke bare går ud fra, at man forstår - muligheden for misforståelse må stå åben.

Konteksten, der danner ramme for vores forståelse, er ikke semantisk men praktisk, hvorfor kultur ikke kan "oversættes" – én kultur kan ikke direkte gøres tilgængelig i en anden kulturs begreber (ibid.: 219ff). For Hastrup er den antropologiske opgave at fastholde forskelle i verden som en

"... vej til erkendelse af fx forskellige måder at behandle verden på..."

Hastrup:2003: 221

Diskussion om kulturel oversættelse hænger således snævert sammen med den komparative metode i antropologien, ofte opfattet som en sammenligning af enheder, der kunne stå lige i verden; men de kan aldrig være helt lige, og en regelret sammenligning forudsætter et fast punkt ud fra hvilket, man kan måle de relevante forskelle (ibid.). Videnskabssproget bør kunne opfatte forskellene i et og samme sprog. Videnskabelig viden er imidlertid altid både mere og mindre, end det, det præsenterer (ibid.:222), og det videnskabelige sprog må belyse det, der er hinsides sproget, men som ikke er i det.

Kirsten Hastrup uddyber og nuancerer således de krav, der stilles til og de muligheder, der åbner sig gennem antropologisk forskning i dag. Samtidig med at det fortsat er afgørende, at forskeren tilegner sig sproget i feltet, betones også betydningen af deltagelse og erfaring. Gennem deltagelse i daglig praksis opnår forskeren en anden – mere ligeværdig – kontakt til feltets beboere. Som aktivt medlevende i den daglige praksis opnår forskeren et praktisk samspil med feltets beboere i tillæg til det sproglige. Flere forskere angiver da også, at kontakten til feltet kvalificeres afgørende, i og med at forskeren bliver del af en daglig praksis (Ex: Baarts: 2003, 2004, Bundgaard: 2003, Hastrup: 2004).

I antropologisk forskningsmetode er det væsentligt, at forskeren beskriver sit eget ståsted, tilligemed er det i stigende grad kutyme, at forskeren beskriver sin vej ind i det antropologiske felt.

Antropologiske forskere som P. Bourdieu, Knud Rasmussen og M. Mead har alle anvendt det specifikke ståsted i deres egen kultur som udgangspunkt for feltarbejdet i den "fremmede kultur". Således har de kunnet kaste lys over kulturelle sammenhænge, som de selv havde et personligt funderet kendskab til. Samtidig har deres kulturanalyse udvist en vis "blindhed" f. eks. i forhold til det modsatte køns vilkår i den "fremmede kultur" (Rasmussen: 1932, Bourdieu: 2007, Mead: 1950).

Ligeledes har det betydning for dette forskningsprojekt, at jeg er jordemoder og har arbejdet inden for fødselshjælpen i mere end 20 år. Min opfattelse af organisationskulturen kan derfor tendentielt favorisere et mere empatisk syn på jordemoderens rolle i organisationen (!) men samtidig oplyse organisationskulturen fra dette ståsted. På et mere dybtliggende plan er mine forudsætninger i forhold til dette projekt, at jeg lykkeligvis har født tre normale børn til tiden – ved tre normale fødsler. Men jeg er selv kommet til verden ved en meget besværlig fødsel, hvortil obstetrisk assistance på højt niveau var påkrævet. Mine egne personlige erfaringer med fødselshjælp er således udsædelt mellem det patologiske, hvor angsten for, at det hele skal gå galt, er næsten synligt til stede i rummet og det helt normale – lykkelige, hvor denne angst nok er til stede, men overkommelig og langt fra dominerende.

Den antropologiske forsker har selv sagt mulighed for at validere sine observationer ved at vende dem med feltets beboere (i og med at vedkommende har et sprogligt fællesskab med dem), men det er forskeren selv, der foretager analysen af data og herigennem udvælger fokuspunkter i fremstillingen af disse. Den antropologiske ambition om, gennem forskningsprojektet at udvikle den generelle viden om menneskets forhold til verden, kan betyde, at forskeren ikke deler udgangspunkt og normativitet i den hverdagslige praksis, som han /hun indgår i, med feltets beboere.

Intentionen i dette projekt er som nævnt at udforske en konkret praksis i en organisationskultur. Årsagerne til utilsigtede hændelser kan muligvis ligge skjult bag en kulturelt etableret praksis for håndtering af de udfordringer, som patienterne på mange forskellige måder stiller sygehuspersonalet. I anerkendelse af den viden og indsigt, som de sundhedsprofessionelle har, er det af betydning for mig at knytte an til en forskningstradition, der har erfaring med at skabe et rum, hvor alle deltagere har mulighed for at komme til orde og italesætte også eventuel tavs viden, der til hverdag ”bare” er indlejret i praksis. Aktionsforskning vil derfor blive introduceret nedenfor.

Om aktionsforskning og metode i aktionsforskningen

Aktionsforskning har, som tidligere omtalt, tradition for at forsøge at få deltagere med ejerskab til det udforskede område på banen (Olsén et al: 2003, Nielsen et al: 2007, Lykes: 2006 m.fl.). Aktionsforskningen antages almindeligvis at have

sin oprindelse i Kurt Lewins arbejde fra 40-erne (Nielsen og Nielsen: 2006, Westlander: 2006).

Kurt Lewin inviterede de mennesker, der indgik i hans undersøgelser, til at deltage i analysen og evalueringen af undersøgelsesresultaterne, og således så Aktionsforskningen dagens lys. Intentionen i samarbejdet om forskningsprojektet mellem aktionsforsker(e) og de berørte i aktionsforskningen, er ideelt set at udforske forhold og problemstillinger i dialog med de mennesker, disse omfatter / angår, for samtidig at forsvare og fremme demokratiske værdier (Westlander: 2006). I en lang række af konkrete forskningsprojekter er denne forskningsmæssige tilgang blevet udviklet (se fx: Nielsen og Svensson: 2006, Reason et al (red): 2001). Fælles for disse forskningsprojekter er en demokratisk og medinddragende holdning til deltagerne i forskningsprojekterne. Man har derfor udviklet en række koncepter og tiltag, der kan bidrage til at etablere en ligeværdig demokratisk dialog (se fx.: Eikeland: 2006, Lykes: 2006, Nielsen og Nielsen: 2005, 2006, 2007, Schwantz: 2001). Forskning med, og ikke på, mennesker er det lidt slagordsagtigt blevet formuleret. Et metodisk udgangspunkt for kritisk utopisk – aktionsforskning er, at forskeren deler en normativitet med ”beboerne” i felten, og denne er præget af ambitionen af, som forsker, at være deltager snarere end tilskuer (Skjervheim:2002) til de processer, der indgår i forskningen (Nielsen og Nielsen: 2005, 2006, 2007; Drewes Nielsen: 2010).

Aktionsforskning er en forskningstradition, der ser samfundet som skabt af menneskelig handling, hvorfor det også kan ændres gennem menneskelig handling (fx. Nielsen & Nielsen: 2006: 66f). Det er en basal idé i aktionsforskningen, at såvel forskning som ændring af samfundet, skal foregå på demokratisk vis. En af aktionsforskerens opgaver er derfor at medvirke til, at forskningsprocessen kan foregå på demokratisk vis. Konsekvent insisteren på at inddrage deltagerne i forskningsprocessen betyder, at aktionsforskningen i vid udstrækning genererer viden i samarbejde med deltagerne. Samarbejdet med deltagerne kan principielt foregå i alle dele af forskningsprocessen: planlægning, design, indsamling af data og den endelige analyse.

Dette forskningsmæssige koncept er efterhånden blevet anvendt over det meste af verden og har siden udviklet sig i flere forskellige retninger (fx: Reason og Bradbury: 2006). Inspirationen fra Aktionsforskning i dette projekt stammer fra grene af aktionsforskningen, der insisterer på et demokratisk udgangspunkt.

Den viden og færdighed, som forsker(e) og deltagere besidder, anses for at være lige betydningsfuld, og forsker(e) og deltagere stilles derfor så vidt muligt lige i forskningsprocessen. Det drejer sig hovedsagelig om Participatory Action Research, der har været anvendt flere steder i 3. verden (fx.: Lykes, 2006, Schwantz: 2001) og har Freire som en vigtig inspirationskilde (ibid.), og Kritisk – Utopisk aktionsforskning, der står stærkest i Skandinavien - i Danmark, og er inspireret af blandt andet Negt og Jungk (ex: Nielsen og Nielsen: 2005, 2006, 2007, Drewes Nielsen et al: 2010, Husted et al: 2006).

Sammenfatning

I Kapitel 3 blev praksis i svangreomsorgen forsøgt begrebsliggjort. I dette kapitel er praksis' indlejring i og samspil med den samfundsmæssige kontekst blevet forsøgt afklaret teoretisk på et mere overordnet plan. Organisationskulturen er den kontekst som praksis i svangreomsorgen i hverdagen er indlejret i og spiller sammen med. Organisationskultur er søgt begrebsligt afklaret gennem en teoretisk introduktion fra flere synsvinkler, i disse spiller daglig praksis en forskellig rolle, og de har derfor forskellige metodemæssige muligheder og begrænsninger i forhold til undersøgelse af praksis.

Antropologisk indsigt og metode er blevet introduceret i anerkendelse af denne videnskabsteoretiske tilgang til forståelse og udforskning af praksis og kultur. Fællesskabet, der undersøges, forventes at svare til den overskuelighed, som de mennesker, der indgår i fællesskabet, oplever (Hastrup: 2003:19). Organisationskulturen i afdelingen i svangreomsorgen kan opfattes som et sådant fællesskab, i de afdelinger, der indgår i dette projekt. Antropologien har tradition for at sætte spørgsmålstegn ved det givne og for at se på den praksis, der skaber og udvikler det sociale (Hastrup: 2003: 21f). Metodemæssigt er et vigtigt forhold i en teoretisk forståelse af praksis selv sagt, hvordan man overhovedet kan undersøge praksis på grund af dennes processuelle og flygtige karakter (jf. Hastrup: 2004: 199). I denne forbindelse skal det nævnes, at antropologiens observationer af de fremmede folk gennem tiden efterhånden ændredes til deltagende observation (Hastrup: 2003.:13). Sproget spiller en afgørende rolle, forskeren forventes at kunne kommunikere med feltets beboere på deres sprog, men kulturel viden kan også komme til udtryk i handlinger og - i fraværet af handlinger (ibid.: 207ff). Antropologer påpeger derfor betydningen af direkte erfaring med sociale og sproglige

fællesskaber - gennem tilstedeværelse og aktiv medleven muliggøres dannelsen af et sammenhængende billede ud af de komplekse indtryk af kulturen.

Don't go native har været et vigtigt imperativ i antropologien, men Kirsten Hastrup anfører, at det ikke er muligt at vælge mellem medleven og distance (Hastrup: 2004: 419). Samtidig med, at vi deltager i verden, må vi søge viden om den, og herigennem intervenserer vi i det sociale. Antropologen har altid en anden videns interesse end fællesskabet, der studeres, nemlig den antropologiske videnskabelige interesse (Hastrup: 2003:12).

Kritisk – utopisk aktionsforskning betoner betydningen af, at forsker og deltagere har en fælles normativitet. I svangreomsorgen er de sundhedsprofessionelle interesserede i at højne patientsikkerheden så færre børn fødes for tidligt, samt i at tage ved lære af utilsigtede hændelser – men at gøre dette i respekt for de implicerede parter (Jf.: Aasland: 2005). På mange måder deler jeg således normativitet med deltagerne (jf.: Skjervheim: 2002), ligesom vi i vidt omfang deler sprog og erfaring. Aktionsforskningens tradition, for at insistere på et ligeværdigt samarbejde mellem forsker og deltagere, åbner i denne sammenhæng særlige muligheder for at få et konkret indtryk af praksis og en reel diskussion af denne. Tilgangen til udvikling af viden ligger ikke så langt fra den udvikling af patientsikkerhed, jeg som jordemoder har deltaget i på obstetriske afdelinger, der er karakteriseret ved en åben ledelsesstil med tradition for medarbejder - inddragelse og fortløbende udvikling af praksis gennem dialog. Det empiriske projekt i dette projekt er således metodemæssigt stærkt inspireret af aktionsforskning, hvorfor dialogen med deltagerne står centralt.

På baggrund af ovenstående overvejelser er projektets metode og designet, i de empiriske delprojekter, udviklet – for en nærmere redegørelse herfor se venligst Kapitel 2.

Litteratur

ACOG COMMITTEE OPINION: Disclosure and Discussion of Adverse Events. *Obstet Gynecol.* Vol. 110 (4) Oct. 2007

Alvesson, M.: *Understanding Organisational Culture.* Sage. 2002.

- Alvesson, M et al: *Critical Methodology in Management and Organization Research*. In Buchanan et al (ed.): *Organizational research Methods*. Sage. 2009
- Aasland, O.G. et al: *Impact of feeling responsible for adverse events on doctor's personal and professional lives: the importance of being open to criticism from colleagues*. In *Qual Saf Health Care* 2005, 14, 13-17
- Baarts, C.: *Håndværket. Opbygning af viden*. I Hastrup, K. (red.): *Ind i Verden. En grundbog i antropologisk metode*. Kbh. 2003.
- Baarts, C.: *Solidaritet Arbejdsdeling og tillid*. I Hastrup, K. (red.): *Ind i Verden. En grundbog i antropologisk metode*. Kbh. 2003. 2. Udgave Kbh. 2010.
- Bourdieu, P: *Det mandlige herredømme I middelhavskulturen*. I *Centrale tekster inden for sociologi og kulturteori*. (Red. Callewaert, S). Kbh.1995a
- Bourdieu, P.: *Distinktionen*. Pax.1995b
- Bourdieu, P.: *Den Maskuline Dominans*. Kbh. 1999
- Bourdieu, P.: *Den praktiske sans*. Kbh. 2007.
- Bundgaard H.: *Lærlingen. Den formative erfaring*. I Hastrup, K. (red.): *Ind i Verden. En grundbog i antropologisk metode*. Kbh. 2003.
- Drewes Nielsen et al: *Fleksibilitet, flygtighed og frirum*. RU 2010
- Eikeland, O: *Validity of Action Research and Validity in Action Research*. In Nielsen K.A. et al: *Action and Interactive Research*. Netherlands. 2006.
- Gluck, PA. *Medical Error Theory*. In *Patient safety in obstetrics and gynecology: improving Outcomes, reducing Risks*. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. March 2008. Vol 35 No 1:11-17
- Goldenberg, R. L. et al (1): *Preterm Birth 1. Epidemiology and causes of preterm birth*. *The Lancet*. Vol. 371. Jan 5, 2008. 75-84.
- Goldenberg, R. L. et al (2): *Preterm Birth 2. Primary, secondary and tertiary interventions to reduce the morbidity and mortality of preterm birth*. *The Lancet*. Vol. 371. Jan 12, 2008. 164-75.
- Hastrup, K. (Red.): *Ind i Verden. En grundbog i antropologisk metode*. Kbh. 2003. 2. Udgave Kbh. 2010.
- Hastrup, K.: *Kultur – det fleksible fællesskab*. Kbh. 2004.
- Hastrup, K. (Red.): *Viden om Verden. En grundbog i antropologisk analyse*. Kbh. 2004b.
- Hagedorn P: *Forandring som vare*. RUC.2003.
- Husted M and Tofteng D: *The common third*. In Nielsen, K.A. and Nielsen, B. S.: *Methodologies in Action Research*. In Nielsen, K.A. et al: *Action and interactive research*. Netherlands. 2006
- Jungk R, Mülert NR: *Håndbog i Fremtidsværksteder*. Århus 1989
- Klaus MH, Kennell JK: *Maternal –infant bonding*. USA. 1976. Mosby.

- Konteh FH et al.: Clinical governance views on culture and quality improvement. *Clinical Governance: An International Journal* Vol.13 no3, 2008: 200-207
- Kontekst (1978) nr.35: "Glocksee – skolen som erfaringsproces".
- Langhoff-Roos, J. et al: Spontaneous preterm delivery in primiparous women at low risk in Denmark: population based study. In *British Medical Journal*, 2006; 332:937-39
- Lawn JE, Gravett MG, Nunes TM, Rubens CE, Stanton C, GAPPS Review Group: Global Report on preterm birth and stillbirth (1 of 7): definitions, description of the burden and opportunities to improve data. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2010, 10(Suppl 1): S1.
- Lykes, MB: Creative Arts and Photography in Participatory Action research in Guatemala. *Handbook of Action Research*. Concise Paperback Edition. London. 2006.
- Lvoff NM, Lvoff V, Klaus MH: Effect of the Baby-Friendly Initiative on Infant Abandonment in a Russian Hospital. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000; 154:474-477
- Mannion R et al: Cultural characteristics of "high" and "low" performing hospitals. *Journal of Health Organization and Management*. Vol.19 No 6, 2005.
- Mannion R et al: assessing organizational culture for quality and safety improvements: a national survey of tools and tool use. In *Qual Saf health Care* 2009 18: 153-156.
- Mead M: Mand – Kvinde i tre primitive samfund. Kbh: 1950.
- Nielsen LD: The Methods and Implications of Action Research. In Nielsen KA and Svensson L (Eds.): *Action and interactive Research beyond practice and theory*. Shaker. Netherlands 2006.
- Nielsen KA og Nielsen BS: Kritisk-utopisk aktionsforskning. I Bechmann Jensen, T. et al: *Psykologiske og pædagogiske metoder*. RU. 2005.
- Nielsen KA and Nielsen B.: Methodologies in Action Research. In Nielsen, K.A. et al: *Action and Interactive Research*. Netherlands. 2006.
- Nielsen BS, Nielsen KA: *Demokrati og naturbeskyttelse*. Frydenlund. Kbh: 2007.
- Nielsen KA, Svensson L: (a) Introduction and Background. In Nielsen KA and Svensson L (Eds.): *Action and interactive Research beyond practice and theory*. Shaker. Netherlands 2006.
- Nielsen KA, Svensson L: (b) A Framework for the Book. Nielsen KA and Svensson L (Eds.): *Action and interactive Research beyond practice and theory*. Shaker. Netherlands 2006.
- Negt O.: *Levnedsbeskrivelse*. I Weber, K. et al (red.): *Modet til fremtiden*. RUC 1997.
- Negt O: *Fordrivelse, adskillelse, drømme*. I Weber, K. et al (red.): *Modet til fremtiden*. RUC. 1997.
- Olsén P, Nielsen, BS, Nielsen, KA: *Demokrati og bæredygtighed*. Roskilde 2003.
- Parmelli E et al: The effectiveness of strategies to change organizational culture to improve health-care performance (Protocol). *Cochrane Library*. 2010. Issue 4.
- Parmelli E et al: The effectiveness of strategies to change organizational culture to improve health-care performance. *Cochrane Library*. 2011. Issue 1.
- Pedersen, B. L. et al. (red): *Patientsikkerhed fra sanktion til læring*. Kbh. 2003

- Rasmussen, K.: Den Store Slæderejse. Kbh. 1932.
- Reason, J.: Managing the Risks of Organizational Accidents. Chap. 1-4. UK. 1997.
- Reason, J: Understanding adverse events: The human Factor *in* Vincent, C (Ed): Clinical risk management. BMJ. London 2001.
- Reason, P. and Bradbury, H (red.): Handbook of Action Research. The Concise Paperback Edition. London. 2006.
- Reiter, E.: Patientsikkerhed og organisationskultur i sundhedsvæsenet. RUC. Speciale. 2004.
- Richardus, J.H.: et al: Differences in perinatal mortality and suboptimal care between 10 European regions: results of an international audit. BJOG. Feb 2003, vol. 110 p 97-105.
- Saigal, S. et al: an overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. The Lancet Vol. 372. 9608.19 Jan 2008. 261-69.
- Saigal, S et al: Measurement of Quality of Life of Survivors of Neonatal Intensive care. Critique and Implications. Seminars on Perinatology. Vol. 32. Issue 1 Febr 2008:59-66.
- Scott T et al: Implementing culture change in health care: theory and practice. International Journal for Quality in Health care. 2003, Vol 15 (2):111-118.
- Scott T et al (b): Does organisational culture influence health care performance? A review of the evidence. Journal of Health Services Research 6 Policy Vol 8 No 2, 2003: 105-17
- Schein, E.: Organisationskultur og ledelse. 2. udg. Kbh. 1994.
- Schein, E.: The clinical perspective in fieldwork. Sage. USA. 1987.
- Schultz, M.: Kultur i organisationer. Kbh. 1990. 8. Oplag 2003.
- Schwartz, ML et al: Participatory Action research in Southern Tanzania, with special Reference to Women. *In* Reason, P. and Bradbury, H.: Handbook of Action Research. London 2001.
- Skjervheim, H: Deltakar og tilskodar. I Skjervheim, H: Mennesket. Oslo 2002
- Svensson, L and Nielsen, KA: Action and Interactive Research. Nielsen K A & Svensson L (red.). : Action and Interactive Research. Shaker. Maastricht. 2006
- Turner, B. et al: Man-made Disasters. First Ed 1979. Sec. Ed. Oxford 1997.
- Vallgård S & Krasnik A (Red.). Sundhedsvæsen og sundhedspolitik. Munksgård. 2010
- Weber, K et al: Modet til fremtiden. I Weber et al (red.): Modet til fremtiden – inspirationen fra Oskar Negt. Frederiksberg. 1997.
- Westlander, G: Researcher roles in Action Research. In Nielsen, K.A. et al: Action and Interactive Research. Netherlands. 2006
- Whyte WF: Street Corner Society. Chicago 1943.
- Zahavi, D.: Fænomenologi. Roskilde. 2003

Resultater fra Fokusgruppeinterviewundersøgelse Fremlagt og godkendt på tilbagemeldingsmøder i Horsens dec. 08

Baggrunden for interviewundersøgelsen er at antallet af præterme fødsler hos førstegangsfødende i lavrisiko steg med 51 % i perioden 1995-2004. Hos fleregangsfødende i lavrisikogruppen steg antallet af præterme fødsler med 22 % i den samme periode (Langhoff-Roos et al:2006). Stigningen er baseret på tal fra det nationale fødselsregister i Danmark, der omfatter 99,8 % af fødslerne fra 1995-2004 (ibid.).

Børn der er født før tiden udgør den største del af de nyfødte, der må hospitaliseres, ligesom de udgør en stor del af de børn der omkommer kort efter fødslen (Goldenberg: 2008).

Dette projekt omfatter de førstegangsfødende fra lavrisikogruppen. I denne gruppe kan en præmatur fødsel være resultatet af en utilsigtet hændelse. Det kan jo være belastende for frontpersonalet at være involveret i en utilsigtet hændelse (Aasland: 2005, Wu: 2000)

Interviewundersøgelsen fokuserer på forebyggelse og diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel. Kan håndteringen heraf forbedres, vil antallet af præmature fødsler falde, og personalet vil sjældnere komme i front i forbindelse med en sådan utilsigtet hændelse.

Generelt var stemningen i fokusgrupperne livlig og engageret, og vi deltog alle med vågen interesse i at udforske spørgsmålene om præmature fødsler, hvad gjorde vi før og hvad gør vi nu? Hvilke ændringer i organisationskulturen har haft betydning for forebyggelse og diagnosticering af truende for tidlig af truende for tidlig fødsel, og hvad har disse ændringer betydet for personalets oplevelse af hverdagslivet på fødegangen?

Undersøgelsen repræsenterer et stort og fyldigt materiale, som først og fremmest giver et spændende indblik følgende temaer:

- Svangreomsorgens organisering før og omkring 1995 og omkring 2004 og derefter.
- Medarbejdernes oplevelse af arbejdet i svangreforsorgen før og omkring 1995 og omkring 2004, deres personlige oplevelser og deres oplevelse af team-samarbejdet i "Team: svangreforsorg" både her på hospitalet og i sundhedsvæsenet som sådan blev belyst i alle grupperne.
- Diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel før og omkring 1995 og omkring 2004 og derefter.
- Medarbejdernes oplevelse af arbejdssituationen omkring diagnosticering (og behandling) af (truende) for tidlig fødsel før og omkring 1995 og omkring 2004 og derefter.

En række andre temaer er berørt i materialet, men det er de nævnte, der er i fokus i dette papir. Resultaterne viser en del om, hvordan organisationskulturen og rammerne for denne har udviklet sig gennem perioden, og hvad dette har betydet for patientsikkerhed og medarbejdertrivsel på området.

Jeg har bestræbt mig på i en kort og tydelig form at gengive undersøgelsens resultater. Resultaterne er forsøgt gengivet så forskelle og modsætninger træder frem, derfor kan dette papir måske forekomme lidt "firkantet". Det er mit håb at det kan inspirere til gode og frugtbringende diskussioner om patientsikkerhed og medarbejdertrivsel fremover.

*Svangreomsorgens organisering (før) 1995 og omkring 2004 (og derefter) –
Og medarbejdernes oplevelse heraf.*

På baggrund af interviewmaterialet (og min egen erfaring som jordemoder gennem de sidste 20 år) har jeg på næste side skitseret svangreomsorgens udvikling i den nævnte periode. På skitsen er de besøg, som den normal gravide kvinde (1.p) aflægger i sundhedsvæsnet anført. Jeg håber dermed at kunne give et overblik over udviklingen, der dog hverken i Horsens eller på landsplan i Danmark er helt entydig. (Det enkelte amt og det enkelte sygehus har således haft et vist handlerum for udfærdigelsen af egen praksis i hele perioden).

Jeg vil gerne fremhæve følgende realiteter:

1. Den gravides anamnese blev (i hvert fald op til ca. 1990) optaget af en obstetriker. Derefter overgik "jobbet" til egen læge. Herefter deltog obstetriker ikke i svangreomsorgen for normale 1.p. Dette sker i hele Danmark.
2. Såvel før 1995 som efter 2004 foregår 3 graviditetskontroller hos E. L.
3. I perioden 1995 – 2004 er antallet af scanninger / gravid steget. Rutinescanninger (for normale 1p) udføres ofte af sygeplejersker.
4. I perioden 1995 – 2004 har (også) den obstetriske organisation været udsat for et konstant krav om besparelser på ca. 1 % årligt her i Horsens (interview m ledelsen).
5. Antallet af jordemoderundersøgelsestimer / gravid er sandsynligvis faldet i periode, som antydnet på skitsen nedenfor. Der eksisterer dog regionale forskelle (og forskelle inden for jeres egen region). Omfanget af informationer, som jordemoderen er forpligtet til at give den gravide er steget markant – måske er det i dag 4 x så stort i omfang (interview m ledelsen). En stor del af de gravide går nu i gruppe – konsultation (der kan være netværksskabende).
6. I perioden er antallet fødselsforberedelsestimer / gravid sandsynligvis faldet.
7. Gruppen af kvinder der "bare kommer ind og føder" præmaturt kommer næsten altid hjemmefra eller fra egen læge (interview m ledelsen).

Det angives i interviewundersøgelsen at man forlader sig på den af egen læge optagne anamnese. Såvel bagvagter som jordemødre angiver, at de kun sjældent "sparrer" med egen læge, og i så fald kun om "mindre ting".

Såvel bagvagter som jordemødre giver i interviewene udtryk for, at de har meget mindre tid nu sammen med de gravide – end de kunne ønske sig. Det kan derfor være vanskeligt at få "langet alle de gode råd og vejledninger bl.a. om livsførelse, der forebygger (truende) for tidlig fødsel over bordet".

Såvel bagvagter som jordemødre udtrykker bekymring for, hvorvidt "maskerne i nettet er blevet for store til at kunne opfange væsentlige problemer" - her f. eks. evt. belastning, som kan medføre (truende) for tidlig fødsel. (Hvad sker der f. eks. med den gruppe af gravide, der ikke læser for godt?)

Endelig skal det anføres, at man anser svangreundersøgelser for et tilbud til gravide i dag. Tidligere forekom det at jordemoderen efter at have prøvet at finde årsagen til udeblivelsen evt. tilbød hjemmebesøg (Sundhedsstyrelsen: 1998 s 49).

Svangreomsorgens organisering i Horsens (normale 1p.)

	(Før) 1995		2004 (og derefter)
Før graviditet	E. L.		E. L.
1. graviditetsundersøgelse	E. L.		E.L.
Anamnese	Obstetriker	E.L.	E. L.
Scanning	Max 1 (2) Placenta, Gemelli, Termin		Nakkefold- og Gennemscanning
Tidlig Jdm.		12-14 (Retningslinjer:98, indført omkr. 97)	
Midtvejs Jdm.	20-22	i aftagende	-
Gruppekons. (Tidlig)		23-24	-
Fødselsforberedelse (Jdm.): Start:	Efter uge 30		Efter uge 30. Fra 2004: Temadage
24. uge	E.L		E.L.
27-28. uge	Jdm.	(Gr.kons)	Jdm. (Gr.kons)
32-33. uge	Jdm.	(Gr.kons)	Jdm. (Gr.kons)
Rygestop-Kursus		Jdm.	Fælles m hele Sygehuset Fra 2008:-

Abortgrænsen ændrede ved lov i marts 2004 fra 28 fulde uger til 23 fulde uger (Retsinformation.dk - Lov nr. 133 af 02/03/2004).

Diagnosticering af truende for tidlig fødsel (før) 1995 og omkring 2004 (og derefter)

Diagnosticeringen af (truende) for tidlig fødsel var både før 1995 og er også i dag en opgave, der kalder på specialistkompetencer.

Kvindens egen oplevelse / viden om at der kan være tale om (truende) for tidlig fødsel er naturligvis afgørende for, om hun søger hjælp og får kontakt til mennesker med sådanne kompetencer.

For dette specifikke projekt er det imidlertid snarere gråzoneområdet, den latente fase / den måske latente fase af fødslen, det drejer sig om. Her kan det måske endnu være muligt at forebygge, at den truende for tidlig fødsel udvikler sig til en præmatur fødsel

Selv for kvinder, der har gået tiden ud kan tidspunktet for fødselens start imidlertid som bekendt være svært at fastlægge.

Rettidig diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel er afgørende for prognosen, og dette er naturligvis af endnu større betydning jo lavere gestationsalder, der er tale om.

Diagnosticeringen er nu som før koncentreret om

- Erkendelse af evt. veer / sammentrækninger
- Evt. progression af de cervikale forhold

Jeg vil nedenfor på baggrund af interviewmaterialet beskrive - i store (og grove) træk – forskellene i diagnosticeringsmetoder før og nu. Kvinden, der omtales er selvfølgelig, da hun optræder i dette projekt 1.p og har hidtil haft en ukompliceret graviditet. Der er ikke tale om præmatur vandafgang.

Diagnosticering af præterm fødsel i Horsens

(før) 1995 og omkring 2004 (og derefter)

(Før) 1995:

- Kvinden, der kan være i (truende) for tidlig fødsel bliver meldt, jordemoder og læger orienteres
- Den gravide kvinde kommer ind og vil som oftest blive taget imod af jordemoderen
- Jordemoderen vil hurtigt forsøge at danne sig et helhedsbillede af, hvad der foregår og vigtigst: er kvinden måske i fødsel?
- Jordemoderen vil forsigtigt foretage udvendig undersøgelse, lytte hjertelyd mm og derefter palpere uterus med hånden på abdomen i ca. ½ time. Imens taler hun med kvinden og vir.
- Kan der være tale om veer vil jordemoderen herefter forsigtigt foretage vaginaleksploration
- Er der tale om truende for tidlig fødsel kaldes lægerne
- Der påsættes CTG mhp dokumentation og yderligere vurdering af vemønsteret v. jdm.

Omkring 2004 (og derefter)

- Kvinden der kan være i (truende) for tidlig fødsel bliver meldt, jordemoder og læger orienteres. Vaginal scanneren sættes frem.
- Den gravide kvinde kommer ind og vil blive taget imod af jordemoderen eller lægen (forvagt?)
- Den sundhedsprofessionelle vil hurtigt forsøge at danne sig et helhedsbillede af, hvad der foregår og vigtigst: er kvinden måske i fødsel?
- Der foretages forsigtig udvendig undersøgelse, lyttes hjertelyd mm
- Der foretages vaginalscanning ved læge (forvagt eller bagvagt)
- Ved forkortet cervixlængde og / eller mistanke om præmature veer:
- Der påsættes CTG – v. Jdm. mhp. dokumentation og yderligere vurdering af vemønsteret.

Forskelle i praksis mellem før og nu og medarbejdernes oplevelse heraf

Før (1995) var jordemoderen hovedpersonen i indledningen af diagnosticeringen af (truende) for tidlig fødsel. Hun kaldte selvklart lægerne på mistanke om (truende) for tidlig fødsel. Jordemoderen anvendte palpation af uterus og vaginaeksploration som diagnosticeringsmetoder. CTG anvendtes hovedsagelig efter at diagnosen: "Truende for tidlig fødsel" var blevet stillet eller i hvert fald ikke kunne afvises.

Omkring 2004 og herefter kan det stadig være jordemoderen, der tager imod kvinden. Cervixscanning anvendes til diagnosticeringen. Den foretages af en læge (forvagt eller bagvagt?) Kan mistanken om diagnosen: "Truende for tidlig fødsel" ikke afvises i og med cervixscanningen påsættes CTG – af jordemoderen. Rollerne i teamet er således ændret over en årrække – jordemoderen er ikke længere hovedpersonen i diagnosticeringen af (truende) for tidlig fødsel – det må vel snarere siges at være lægen?

Teknologien har fået en langt mere fremtrædende og central rolle i dag. I jeres procedure i dag på Horsens Kvindeafdeling står der således udtrykkeligt at cervixscanning og CTG anvendes ved diagnosticeringen af (truende) for tidlig fødsel (Regionshospitalet Horsens: Kliniske Retningslinjer: Truende for tidlig fødsel m. eller uden vandafgang 1-9-08).

Medarbejderne har en noget forskellig opfattelse af denne udvikling afhængig af hvilken faggruppe de tilhører og hvilken aldersgruppe de tilhører.

Fælles for medarbejderne – og ledelsen er imidlertid oplevelsen af at der generelt var bedre tid førhen i afdelingen, og måske større fortrolighed / nærhed medarbejderne imellem og mellem den gravide, hendes familie og afdelingens personale.

Jordemødre, der var i afdelingen før 1995 angiver samstemmende, at de tillægger abdominal palpation af veer stor værdi. Man får herved informationer, som en CTG ikke kan give, mener de. De vil derfor også i dag anvende en sådan abdominal palpation af vemønsteret, hvis de får en kvinde ind i (truende) for tidlig fødsel.

Også de yngre jordemødre danner sig selvfølgelig et overblik over, hvor de mener, kvinden er henne i fødslen, men for dem har abdominal palpation af veerne over f. eks. ½ time en knap så central placering i diagnosticeringen af partus præmaturus.

Jordemodergruppen angiver samstemmende, at bagvagterne er meget interesserede i, hvordan de vurderer kvindens vemønster.

Forvagterne er angiveligt først og fremmest interesserede i CTG- en, mener jordemodergruppen Abdominal palpation af vemønsteret er ikke nævnt i afdelingens retningslinjer i forbindelse med diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel.

Jordemødre, der var i afdelingen før 1995 angiver ligeledes samstemmende kvaliteten ved vaginaeksploration. De er ikke i tvivl om at man går glip af væsentlig information ved at udelade vaginaeksploration (cervix' position, konsistens og tryk på nedre segment). Når jordemoderen ikke vaginaeksplorerer, har hun ikke den samme fornemmelse af en evt. progression af de cervikale forhold. (Det fremhæves, at evt. vaginaeksploration skal udføres med forsigtighed).

Dette synspunkt genfindes ikke hos de læger (bagvagter) der arbejdede med gynækologi og obstetrik i 1995. I denne medarbejdergruppe påpeges den synsvinkel, at vaginaeksploration kan provokere kontraktioner af uterus.

Siden 1995 er speciallægerne blevet opdelt i gynækologisk og obstetrisk søjle. Gynækologer ser i dag stort set ikke de gravide, førend de skal føde og i så fald kun hvis der er problemer. De giver udtryk for at det kan være lidt svært at forstå de unge gravide kvinder i dag.

Forvagterne er især bekymrede for deres kliniske uddannelse, de synes f.eks. at det er vanskeligt at få tid til at følges de obligatoriske 2 uger m jordemoder for at indblik i den normale fødselsmekanisme.

De unge jordemødre kunne godt tænke sig at retningslinjerne alle var opdaterede og lagt ud på nettet.

De kunne også godt tænke sig at alt informationsmateriale til de gravide var lagt ud på nettet.

Hjælperne fremhæver at man næsten altid kan kalde ekstra jordemødre ind – dog var det vist nok lidt svært i sommer. Ellers kommer Lisbeth!!

Til sidst vil jeg gerne fremhæve, at det står lysende klart i interviewmaterialet, at omsorgen for børn, der ikke klarer skærene, deres familier og de medarbejdere, der tager hånd om dem er forbedret over de sidste årtier.

Medarbejdergruppen er meget glade for mulighederne for debriefing også i en sådan forbindelse.

Litteratur

- Aasland, O.G. et al: Impact of feeling responsible for adverse events on doctor's personal and professional lives: the importance of being open to criticism from colleagues. In *Qual Saf Health Care* 2005, 14, 13-17
- Alvesson, M.: *Understanding Organisational Culture*. Sage. 2002.
- Ananth, C.V. et al: Trends in preterm birth and perinatal Mortality among Singletons: United States, 1989 through 2000. In *Obstet Gynecol.* 2005 May; 105 (5 Pt1):1084-91
- Andersen, A.S. et al: Præterm fødsel. Sandbjerg Guidelines. Revideret ihht diskussion på Sandbjerg 2000 og 2001
- Baarts, C. Solidaritet. Arbejdsdeling og tillid. I Hastrup, K. (red.) *Viden om Verden. En grundbog i antropologisk analyse*. Kbh. 2004.
- Brennan, T.A. et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Haward Medical Practice Study. In *The New England Journal of Medicine*. Feb. 1991.
- Fog, J.: *Med samtalen som udgangspunkt*. Viborg 1994.
- Folketinget: Lov om patienters retsstilling. LBK nr. 482 af 01/07/1998.
- Folketinget: Lov om patientsikkerhed i sundhedsvæsenet. LOV nr. 429 af 10/06/2003.
- Folketinget: Bekendtgørelse om rapportering af utilsigtede hændelser i sygehusvæsenet. Bek. nr. 1018 af 10/12/03.
- Folketinget: Bek. Af lov om udøvelse af lægegerning. LBK nr. 272 19/04/2001.
- Folketinget: Sundhedsloven. LBK nr. 95 af 07 702/ 2008 (Downloaded 13.05.08).
- Goldenberg, R. L. et al (1): Preterm Birth 1. Epidemiology and causes of preterm birth. *The Lancet*. Vol. 371. Jan 5, 2008. *The Lancet*. Vol. 371. Jan 12, 2008.
- Goldenberg, R. L. et al (2): Preterm Birth 2. Primary, secondary and tertiary interventions to reduce the morbidity and mortality of preterm birth
- Hastrup, K. (red.): *Ind i Verden. En grundbog i antropologisk metode*. Kbh. 2003
- Hastrup, K.: *Kultur – det fleksible fællesskab*. Kbh. 2004
- Hastrup, K. (Red.): *Viden om Verden. En grundbog i antropologisk analyse*. Kbh. 2004b
- Husted M and Tofteng D: The common third. In Nielsen, K.A. and Nielsen, B. S.: *Methodologies in Action Research*. In Nielsen, K.A. et al: *Action and interactive research*. Netherlands. 2006
- Kvale, S.: *Kvalitative interviewundersøgelser*. København. 1995.
- Langhoff-Roos, J. et al: Spontaneous preterm delivery in primiparous women at low risk in Denmark: population based study. In *British Medical Journal*, 2006;332:937-39
- Pedersen, B. L. et al (red.) *patientsikkerhed fra sanktion til læring*. Kbh. 2003
- Richardus, J. H. et al: Differences in perinatal mortality and suboptimal care between 10 European regions: results of an international audit. In *BJOG* febr. 2003 vol. 110:97-105
- Nygren, P. et al: Evidence on the benefits and harm of Screening and treating pregnant women who are asymptomatic for Bacterial Vaginosis: An update review for the U.S: Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine*: 2008
- Reiter, E.: *Patientsikkerhed og Organisationskultur i Sundhedsvæsenet*. RUC. Speciale. 2004.
- Saigal, S et al: An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. In *The Lancet*. Vol 371. Issue 9608. 19 jan 2008.p261-69
- Schein, E.H: *Organisationskultur og ledelse*. Kbh.1994.
- Schiøler, T. et al: Forekomsten af utilsigtede hændelser på sygehuse. En retrospektiv gennemgang af journaler. *Ugeskr. Læger* 2001. 163 (39): 5370-8.
- Schultz, M. *Kultur i Organisationer*. Kbh.2003
- Stern, D.: *Barnets interpersonelle univers*. Kbh. 2000
- Stern, D.: *Det nuværende øjeblik i psykoterapi og hverdagsliv*. Kbh. 2004
- Sundhedsstyrelsen: "Retningslinjer for svangerskabshygijne og fødselshjælp" Kbh. 1998
- Thomas, E.J. et al: Incidence and Types of Adverse Events and Negligent Care in Utah and Colorado. In *Medical Care* 2000. 38 (3): 261-271
- Tracy, SK et al: Spontaneous preterm birth of live born infants in women at low risk in Australia over 10 years: a population based study. In *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2007 Jun; 114(6):731-5.
- Wu, A.V.: Medical Error: The second victim. In *British Medical Journal* 2000, 320; 726-27

Resultater fra Studie af organisationskulturen i Mödravård og Förlösning

Fremlagt og godkendt på tilbagemeldingsmøde i Ystad maj 09

Baggrunden

for studiet er at antallet af præmature fødsler i Danmark er steget med 20 % fra 1995 til 2004 (Langhoff-Roos et al: 2006). I den samme periode er antallet af præmature fødsler født af førstegangsfødende mødre i lavrisikogruppen steget med 50 %.

Præmature fødsler bidrager i afgørende grad til såvel perinatal mortalitet som morbiditet. (Saigal: 2008). Præmatur fødsel hos en lavrisikofødende kan være en utilsigtet hændelse.

Det kan være belastende som frontpersonale at være involveret i en utilsigtet hændelse (Aasland:2005, Wu: 2000)

Studiet er finansieret af Kvindekliviken på Horsens Sygehus Region Midt, Videnskabsministeriet og Roskilde Universitet.

I Sverige er der ikke sket en stigning i antallet af præmature fødsler i den samme periode (Socialstyrelsen: 2007)

Et større europæisk journalstudie (Richardus et al: 2003) viser at, hvor Region Sydsverige har en perinatal mortalitet på ca. 3,5 promille har vi i Danmark en perinatal mortalitet på ca. 7,1 promille. Ydermere viser studiet at peergrupper vurderer at ca. 35 % af disse tilfælde i Region Sydsverige havde været udsat for "suboptimal care", men det tilsvarende tal i Danmark var 51 %.

Da resultaterne for fødselshjælpen i Sydsverige er bedre end i Danmark ønskede jeg at studere hvordan I i jeres organisationskultur tager hånd om forebyggelse og diagnosticering af præmatur fødsel. Dette studie er derfor en konkret undersøgelse af organisationskulturens praksis omkring forebyggelse og diagnosticering af truende for tidlig fødsel i Sverige og Danmark.

Studiets problemformulering er derfor:

Præmature fødsler - forebyggelse og diagnosticering - hvilke muligheder og begrænsninger er der i organisationskulturen for højnelse af patientsikkerhed og personaletrivsel?

Af materialet jeg har fået af cheffjordmoderen Birgitta Schooner fremgår det at der ikke i 2007 har været nogen præmature fødsler i Ystad. Men I Horsens har der været 3 % præmature fødsler i samme tidsrum iflg. cheffjordmoder Lisbeth Drews. Lignende forskelle gør sig gældende på nationalt plan. Dette peger på at der kan være forskelle i praksis vedrørende forebyggelse af præmatur fødsel i Danmark og Sverige.

Det er i det daglige arbejde at organisationskulturens praksis skabes og genskabes (Bourdieu: 2007). Jeg vil derfor gerne her benytte lejligheden til at takke jer alle fordi I gav mig lejlighed til at få indblik i jeres daglige praksis specielt på dette område.

Studiets fokus er på førstegangsfødende i lavrisikogruppen og beskæftiger sig derfor ikke med den patologiske graviditet og den præmature fødsel men med forebyggelse og diagnosticering af truende for tidlig fødsel og dermed også med det gråzoneområde, hvor fødslen kan være i den latente fase.

Ystad

Phd-studiets anden del er en undersøgelse af organisationskulturen i Ystad med særligt henblik på forebyggelse og diagnosticering af partus præmaturus (imminens) og personalets trivsel i forbindelse hermed. Studiet bygger dels på 4 perioder af 2-3 dages varighed med deltagende observation, dels på kvalitative interviews med læge og barnmorska på Mödravården og på Förlosningen. Studiet er inspireret af antropologisk forskning og aktionsforskning og gjort i samarbejde med personalet.

I dette papir vil jeg omtale de mest konkrete resultater af studiet.

Ystad er en mellemstor svensk fødeafdeling med 12-1300 fødsler årligt. Man har neonatallæger i døgnavt som på alle andre fødeafdelinger i Sverige. Men man har ikke egen neonatalafdeling.

Graviditeten

I Ystad får den normale førstegangsvægtede gravide følgende tilbud:

- Alle gravide kan ses af bagvagt en gang i graviditeten, hvis de selv vil. Desuden ved behov og på indikation
- Anamnese optages af barnmorskan ved livsstilssamtale i uge 6-7, der anvendes i denne forbindelse Motivated Interview teknik
- Dette første besøg hos barnmorskan varer 30 minutter
- Andet besøg hos barnmorskan i uge 12-14 – inskrivningssamtale varer 1 time. Her suppleres med sygdomsanamnesen.
- Efterfølgende besøg hos barnmorskan varer 30 minutter
- Tredje besøg hos barnmorskan i uge 25
- Fjerde besøg hos barnmorskan i uge 28
- Barnmorskabesøg i uge 31,33, 35 – alle af cirka 30 minutters varighed
- Ved behov: yderligere barnmorskabesøg i uge 20. Ingen gravide afvises, hvis de gerne vil se barnmorskan.
- Forældreforberedelse og fødselsforberedelse i vand tilbydes til alle gravide med start ca 8 uger før termin.

(Da studiet beskæftiger sig med forebyggelse og diagnosticering af partus præmaturus (imminens) er graviditetens sidste undersøgelser ikke medtaget)

Derudover tilbydes alle gravide scanning i uge 18 med henblik på terminsfastsættelse, placentas lokalisering, evt. flerfold og gennemscanning af organer. Scanning for fosterstilling, vægt, fostervand og gennemscanning i uge 32 tilbydes alle.

Gravide over 33 år tilbydes risikovurdering (på basis af nakkefoldsscanning, blodprøve og moderens alder). Scanningerne foretages af barnmorska. Barnmorskan er således den sundhedsperson, der varetager omsorgen for den normale førstegangsfødende gennem hele graviditeten.

Eventuel sygemelding sker oftest hos Mödravårdens læge, der er specialistuddannet. Sygemelding kan også ske hos distriktslækaren. Kulturen tillader imidlertid distriktslækaren at henvise den gravide til Mödravården, om han ikke mener at han har kompetence til at tage sig af den gravide. Distriktslækaren kan komme i "Praktik" på Mödravården for at blive opdateret i gynækologi og obstetrik.

Barnmorskan har altid i sit arbejde på Mödravården, förlosningen ock BB og gynækologisk afdeling supervision af specialist. Denne læge er specialist på gynækologi eller obstetrik. Barnmorskan kan således altid henvise en kvinde til en specialist til (akut) behandling og dette sker naturligvis ved patologiske tilstande.

På mödravården i Ystad har man endvidere en Specialistmödravård (består af læger og barnmorskor), der tager hånd om de kvinder, der frembyder patologi. Man har endvidere en speciel Mödravårdsgruppe, der består af specialister (obstetrik og medicin + en barnmorska) Ved behov mødes kvinden, hendes partner og dette team, men kvinden fortsætter hos egen barnmorska som vanligt herefter. Kun ved diabetes henvises kvinden til det regionale diabetescenter. Barnmorskan vinder ved denne praksis tryghed og faglig udvikling i sit job.

I Sverige har man principielt tre forskellige slags barnmorskor, dem der arbejder på Mödravården og dem, der arbejder på förlosningen og BB og dem, der arbejder på gynækologisk afdeling.

Mödravården har 2 kuratorer ansat til hele kvindeklinikken i Ystad. Kuratorerne har altid tid, hvis der er en kvinde der har behov for samtale eller hjælp. Kuratoren kan henvise til psykolog eller psykiater. Kuratorerne giver fast supervision til barnmorskorna på Mödravården. Endvidere kan barnmorskan altid ringe til kuratoren og få en samtale, hvis hun har behov herfor. Denne mulighed for supervision af kurator i hverdagen har barnmorskorna på Förlosningen og BB (barselsafsnittet) ikke på samme måde.

Barnmorskorna som arbejder på Mödravården giver også præventionsvejledning, udskriver recept på prævention, lægger spiraler op, tager smearprøver og vejleder kvinden i klimakteriet. Barnmorskorna som arbejder på Mödravården har kun sjældent vagter på Förlosningen og Barselsafsnittet, men det sker i enkelte tilfælde. Det anses for at være for hårdt.

Endelig skal det ungdomsmottakningen omtales. Her arbejder barnmorskor som på Mödravården. Der er tilbud om gratis prævention og gratis fortrydelsespiller til og med udgangen af det 20. år. Har ungdomsmottakningen lukket, kan teenageren få gratis fortrydelsespille på Förlosningen. Enhver teenager med behov for en fortrydelsespille kan straks få en tid.

Det er min vurdering, at arbejdet på Förlosningen på mange måder foregår som på en dansk fødeafdeling. Studiets fokus ligger ikke her men enkelte forhold omkring personalets samarbejde skal omtales, ligesom visse iøjnefaldende forskelle mellem arbejdsforholdene på Förlosningen og på Mödravården.

Barnmorskorna på Förlosningen har et computerprogram til skemalægningen af vagter. Her skriver de alle deres ønsker ind, hvorefter én af deres kolleger udarbejder det færdige vagtskema – så vidt muligt i overensstemmelse med deres ønsker.

Ved vagtskiftet på Förlosningen sidder barnmorskor og underskoterskor der skal i vagt rundt om bordet. Man fortæller kun sjældent, hvordan man har det, om ens barn er syg eller lignende. Barnmorskor der går fra vagt kommer enkeltvis ind og rapporterer stående om den / de patienter, de har passet. Rapporten sker som en udmelding fra den "afgående barnmorska" og den fremkalder kun sjældent nogen form for sparring eller diskussion mellem kollegerne.

Der er ikke jordemødre til sted på lægernes morgenkonference på Förlosningen i Ystad.

Pauser er på förlosningen, når arbejdet tillader det, men man passer det ind, så alle barnmorskor og underskoterskor så vidt muligt kan deltage. Det kan forekomme at læger, forvagter og bagvagter holder pause sammen med personalet på Förlosningen. På Mödravården er der derimod faste pauser, og læger, barnmorskor og andre personalegrupper holder pause sammen; man stempler ind og ud i forbindelse med pauserne. På begge afdelinger stempler man ind og ud når man kommer og går.

Barnmorskorna på Mödravården har (som den eneste personalegruppe) fast "handledning" (en slags supervision) med en af Mödravårdens kuratorer og nogle få andre kolleger.

I tilfælde af hændelser, der har været vanskelige og / eller alvorlige kan det ske at man holder debriefing for alle personaler der var på fødestuen ofte med bistand af en kurator.

På internettet er der fri adgang til Den svenske Socialstyrelses medicinske fødselsregister

Hvad angår *diagnosticering* af partus præmaturus (imminens) sker denne i samarbejde mellem barnmorska ock specialläkare. Langt de fleste barnmorskor i Mödravården vil på mistanke om eventuel partus præmaturus imminens sende kvinden ind til check på Specialistmödravården.

Det er selvfølgelig væsentligt at afklare om kvinden har vandafgang, infektion, veaktivitet og / eller progression af de cervikale forhold. Der foretages steril undersøgelse og podning med henblik på dyrkning og resistens bestemmelse (odling) ved speciallægen. Endvidere vurderes veaktiviteten og speciallægen vurderer de cervikale forhold v.h.j.a. cervixscanning.

Såfremt der ingen veaktivitet er og de cervikale forhold fremtræder umodne kan speciallægen foretage vaginal eksploration. Såfremt jordemoderen har tilstrækkelig erfaring kan hun også gøre dette (iflg. Jochen Brunner, overlæge på Mödravården), men mange jordemødre på Mödravården har ikke tilstrækkelig erfaring med dette.

Jeg har haft rig lejlighed til at studere forebyggelsen af partus præmaturus imminens i Ystad. Men jeg har kun haft få samtaler omkring diagnosticering af truende for tidlig fødsel. Det er et klart indtryk jeg har fået af at denne komplikation kun forekommer sjældent i Ystad, og som det fremgår, mener jeg, at det er på baggrund den forebyggelsesindsats, der ydes, at dette skal ses.

PM angående basprogram för gravida i Mödrahälsovården

Basprogrammet är ett erbjudande – ingenting är obligatoriskt (men blodgruppering bör man försöka övertala patienten till). När kvinnan efter information avstår från något moment skall detta dokumenteras.

Livsstilsamtal	Var god se särskilt PM (PM – handläggningsplan för alkohol förebyggande arbete under graviditet).
Inskrivning	Vecka 8-12. Inskrivningssamtalet kan delas upp på två tillfällen med några veckors mellanrum. Bedömning skall ske av inskrivande barnmorska om patienten skall kontrolleras enligt basprogrammet eller utanför basprogrammet.
Läkarbedömning	Vecka 8-14. Se PM angående rutinmässiga läkarbesök.
Ultraljud	Rutinultraljud erbjuds i vecka 16-18 och vecka 32-33.
Fosterdiagnostik	Kvinnan kan välja mellan 1) Ingen fosterdiagnostik, i så fall kan patienten erbjudas tidigt ultraljud med endast tidsbestämning och tvillingdiagnostik. 2) Rutinultraljud med missbildningsdiagnostik i vecka 16-18. 3) Amniocentes skall erbjudas alla kvinnor över 35 år.
Barnmorskebesök	Förstföderskor: Vecka 25, 28, 31, 33, 35, 37, 39, 41. Från vecka 42+0 skall patienten remitteras till förlossningsenheten, Lasarettet i Ystad. Omföderskor: Vecka 25, 29, 33, 35, 37, 39, 41. Från vecka 42+0 kontroll på förlossningsenheten, Lasarettet i Ystad.
Blodgruppering	Vid varje ny graviditet. Om Rh-negativ sker ny antikroppsscreening i vecka 25 och vecka 35.
HIV-test	Erbjudes vid varje ny graviditet.
Hepatit-B	Erbjudes vid varje ny graviditet.
Lues (Syfilis)	Erbjudes vid varje ny graviditet.
Rubella	Erbjudes om kvinnan är född 1965 eller tidigare och om hon inte är vaccinerad eller om hon inte är immun enligt tidigare provtagning.

Horsens¹

I Phd - studiets første empiriske del er en undersøgelse af organisationskulturen i Horsens med særligt henblik på forebyggelse og diagnosticering af partus præmaturus (imminens) og personalets trivsel i forbindelse hermed. Studiet er inspireret af aktionsforskning og derfor gjort i samarbejde med personalet. Det bygger på fokusgruppeinterviews med samtlige personalegrupper i svangreforsorgen og fødselshjælp i Horsens i efteråret 2008.

Horsens er en mellemstor dansk fødeafdeling – ind til 2003 med ca. 1200 fødsler om året og efter 2003 med op imod 1800 fødsler om året, afdelingen har ikke et tilhørende neonatalafsnit. På Horsens Sygehus har man fast pædiatrisk bistand mandag, onsdag og fredag i dagtimerne.

Fokusgruppeinterviewene blev afholdt i efteråret 2008 for at afdække forskelle i organisationskulturens praksis omkring håndteringen af forebyggelse og diagnosticering af præmatur fødsel (før) 1995 og (efter) 2004. En række strukturelle og teknologiske forandringer i fødselshjælpen i Danmark har i den pågældende periode haft betydning for organisationskulturens varetagelse af forebyggelse og diagnosticering af truende for tidlig fødsel. Det drejer sig om centraliseringer og fusioneringer, men først og fremmest skal nævnes et konstant årligt krav om nedskæring af budgetterne med 1 %. Man har ikke villet skære på akutberedskabet af jordemødre og bagvagter på fødeafdelingen i Horsens, men har så måttet foretage besparelse andre steder.

Fokusgruppeinterviewene pegede på en række ændringer i organisationskulturens praksis omkring forebyggelse og diagnosticering af præmatur fødsel. En række ændringer har fundet sted men her vil jeg pege på to. Hvad angår forebyggelse af truende for tidlig fødsel har jordemoderen således i dag reelt mindre tid til at tale med den enkelte gravide om hendes individuelle ressourcer og belastninger. Dermed er der mindre tid til at den enkelte gravide får oplysninger om, hvordan netop hun skal tage vare på sin graviditet. På det teknologiske område drejer det sig om indførelse af cervixscanning til diagnosticering af truende for tidlig fødsel.

Graviditeten

For *normale førstegangsfødende gravide* i Horsens i dag gælder (Se bilaget):

- Bagvagter ser ikke normale gravide, men ser jo den gravide ved behov og på indikation.
- Anamnese optages af egen læge (Familielæge) ved første besøg i uge 6-8
- Første jordemoderundersøgelse (uge 12-14) varer 40 minutter
- Efterfølgende jordemoderundersøgelser varer 20 minutter eller hvis det er gruppekonsultation 90 minutter
- Andet besøg hos egen læge i uge 24
- Anden Jordemoderundersøgelse i uge 29- 30 (20 minutter)
- Tredje jordemoderundersøgelse omkring uge 33 (20 minutter)

¹ Resultaterne fra fokusgruppeundersøgelsen i Horsens blev også fremlagt på tilbagemeldingsmøde i Ystad maj 09, i den form hvori det foreligger her.

- Tredje besøg hos egen læge i uge 35
- Fødselsforberedelse tilbydes førstegangsfødende, der ikke deltager i gruppekonsultation. Der er også et tilbud om fødselsforberedelse i vand.

(Da studiet beskæftiger sig med forebyggelse og diagnosticering af partus præmaturus (imminens) er graviditetens sidste undersøgelser ikke medtaget)

Alle gravide i Danmark tilbydes fra 2004 en *risikovurdering*. På baggrund af moderens alder, nakkefoldscanning i uge 12-13 og en blodprøve udregnes risikoen for at kvinden venter et barn med Downs Syndrom. Er risikoen < 1/ 250 tilbydes kvinden sædvanligvis ikke yderligere fosterdiagnostik. I uge 16-18 tilbydes alle gravide i Danmark en gennemscanning af barnet med henblik på eventuelle misdannelser. Her fastlægges endvidere termin, placentas lokalisation og evt. flerfold. Disse scanninger varetages hos normale gravide af sygeplejersker eller jordemødre.

Eventuel sygemelding foretages, såfremt sygdommen ligger inden for "det normale grænser" af egen læge i Danmark. I modsat fald henvises kvinden til fødeafdelingens akutafsnit. "Egen Læge" spiller således en central rolle i svangreomsorgen i Danmark.

Jordemoderen har altid i sit arbejde i konsultationen, på fødegangen og på barselsgangen supervision af specialist. Denne læge er specialist i gynækologi eller obstetrik. Jordemoderen kan således altid henvise en kvinde til en specialist til (akut) behandling og dette sker naturligvis ved patologiske tilstande. Alle jordemødre varetager i princippet både svangreomsorg og fødselshjælp i Danmark. I Horsens har jordemoderen kun begrænsede opgaver på svangre – barselsafsnittet, og dette er almindeligt i Danmark.

Der findes ikke kuratorer i Danmark, vi har socialrådgivere men de har ikke en terapeutisk uddannelse, og der findes typisk kun en eller to på et hospital af samme størrelse som Horsens.

Der er ikke mulighed for gratis prævention eller fortrydelsespiller til gravide teenagere i Danmark. De må gå til egen læge. Jordemoderen varetager ikke gynækologiske opgaver i Danmark.

Det er, som nævnt, min vurdering, at arbejdet på Føreløsningen på mange måder foregår som på en dansk fødeafdeling. Studiets fokus ligger jo ikke her men enkelte forhold omkring personalets samarbejde skal dog omtales, ligesom visse iøjnefaldende forskelle mellem arbejdsforholdene i graviditetskonsultationen og på fødegangen skal omtales.

Ved vagtskiftet på Fødeafdelingen sidder jordemødre og hjælpere (sosuer) der skal i vagt rundt om bordet. Man fortæller ofte, hvordan man har det, om ens barn er syg, eller har haft fødselsdag eller lignende. Jordemødre der går fra vagt sidder spredt blandt de jordemødre og hjælpere, der nu tager over. Rapporten sker som en udmelding fra den "afgående jordemoder" og den kan ofte fremkalde sparring eller diskussion mellem kollegerne. Denne form for vagtskifte ses også andre steder i Danmark

I Danmark er det kutyme, at cheffjordemoderen deltager i morgenkonferencen og andre jordemødre kan sædvanligvis deltage i relevante tilfælde, dette er også tilfældet i Horsens.

Pauser er på Fødeafdelingen når arbejdet tillader det, men man forsøger at passe det ind, så alle kan deltage. Det forekommer ofte at læger, forvagter og bagvagter, holder pause sammen med personalet (jordemødre og hjælpere) på Fødeafdelingen.

I Graviditetskonsultationen er der derimod faste pauser, jordemødrene spiser sammen. Der er en sekretær men ellers ikke andre personalegrupper. Jordemødrene i Danmark har typisk en dag om ugen i graviditetskonsultationen og arbejder resten af tiden på Fødeafdelingen.

Der er ikke stempelure, hverken på Fødeafdelingen eller i graviditetskonsultationen.

Ingen personalegrupper indgår i en fast supervision på jobbet.

I tilfælde af hændelser, der har været vanskelige og / eller alvorlige holder man imidlertid debriefing for alle personaler der var på fødestuen. Debriefingen holdes af afdelingsjordemoderen, der fungerer som ordstyrer og sørger for at alle kommer til orde og får mulighed for at fortælle om deres oplevelse og faglige vurdering af situationen

Hvad angår *diagnosticering* af partus præmaturus imminens er afklaringen af hvorvidt evt. veaktivitet finder sted, og hvorvidt der sker progression af de cervikale forhold jo essentiel. Tidligere (før 1995) ville jordemoderen anvende CTG, men abdominal palpation over ½ times tid indgik også som rutine i diagnosticeringen af eventuel veaktivitet. I denne situation havde jordemoderen nær kontakt til den gravide og en konkret mulighed for at forklare kvinden, hvordan de forskellige signaler fra abdomen kunne tolkes. I denne rutinemæssige praksis fik kvinden lejlighed til at lære sin (egen) gravide krop og dens signaler bedre at kende. Diagnosticeringen af en evt. progression af de cervikale forhold foregik (før) 1995 ved vaginaleksploration. Denne foretoges meget ofte af jordemoderen eventuelt også af bagvagten. Resultaterne blev kodet i Bishops score, der angiver cervix længde, konsistens og position, orificiums dilatation og ledende fosterdel og dennes tryk på nedre segment. I 2004 og også i dag er CTG og cervixscanning, der udføres af lægen, afgørende for diagnosticering af henholdsvis veaktivitet og progression af de cervikale forhold og derfor indskrevet i PM (Proceduredokumentet) i Horsens for partus præmaturus (imminens). Abdominal palpation af veaktiviteten er ikke nævnt i PM og ej heller vaginaleksploration.

Før (1995) var jordemoderen hovedpersonen i indledningen af diagnosticeringen af (truende) for tidlig fødsel. Hun kaldte selvklart lægerne på mistanke om (truende) for tidlig fødsel. Jordemoderen anvendte palpation af uterus og vaginaleksploration som diagnosticeringsmetoder. CTG anvendtes hovedsagelig efter at diagnosen: "Truende for tidlig fødsel" var blevet stillet eller i hvert fald ikke kunne afvises.

Omkring 2004 og herefter kan det stadig være jordemoderen, der tager imod kvinden. Cervixscanning anvendes til diagnosticeringen. Den foretages af en læge (bagvagt) Kan mistanken om diagnosen: "Truende for tidlig fødsel" ikke afvises, påsættes CTG – af jordemoderen. Rollerne i teamet er således ændret over en årrække – jordemoderen er ikke længere så central en person i diagnosticeringen af (truende) for tidlig fødsel. Teknologien har fået en langt mere fremtrædende og central rolle i dag.

På internettet er der ikke adgang til Den danske Sundhedsstyrelses medicinske fødselsregister

Svangreomsorgens organisering i Horsens (normale 1p.)

	(Før) 1995		2004 (og derefter)
Før graviditet	Egen Læge (E.L.)		E. L.
1. graviditetsundersøgelse	E. L.		E.L.
Anamnese	Obstetriker	E.L.	E. L.
Scanning	Max 1 (2) Placenta, Gemelli, Termin		Nakkefold- og Gennemscanning
Tidlig Jordemoder (Jdm.)			12-14 (Retningslinjer:98, indført omkr. 97)
Midtvejs Jdm. Gruppekons. (Tidlig)	20-22	i aftagende	-
Fødselsforberedelse (Jdm.): Start:	Efter uge 30		Efter uge 30. Fra 2004: Temadage
24. uge	E.L.		E.L.
27-28. uge	Jdm.	(Gr.kons)	Jdm. (Gr.kons)
32-33. uge	Jdm.	(Gr.kons)	Jdm. (Gr.kons)
Rygestop-Kursus	Jdm.		Fælles m hele Fra 2008: - Sygehuset

Abortgrænsen ændredes ved lov i marts 2004 fra 28 fulde uger til 23 fulde uger i Danmark. (Retsinformation.dk - Lov nr. 133 af 02/03/2004). Abortgrænsen er ændret i 2008 fra 28 fulde uger til 23 fulde uger i Sverige. (Socialstyrelsen: 0409)

Litteratur

- Aasland, O.G. et al: Impact of feeling responsible for adverse events on doctor's personal and professional lives: the importance of being open to criticism from colleagues. In *Qual Saf Health Care* 2005, 14, 13-1
- Alvesson, M.: *Understanding Organisational Culture*. Sage. 2002.
- Ananth, C.V. et al: Trends in preterm birth and perinatal Mortality Among Singletons: United States, 1989 through 2000. in *Obstet Gynecol.* 2005 May;105 (5 Pt1)1084-91
Andersen, A.S. et al: Præterm fødsel. Sandbjerg Guidelines. Revideret ihht diskussion på Sandbjerg 2000 og 2001
- Bourdieu: *Den Praktiske Sans*. Kbh. 2007
- Bradbury, H. et al: *Handbook of Action Research*. London 2001
- Brodén, M.B.: *Mor og Barn i Ingenmandsland*. Kbh. 1991
- Brennan, T.A. et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Haward Medical Practice Study. In *The New England Journal of Medicine*. Feb. 1991.
- Fog, J.: *Med samtalen som udgangspunkt*. Viborg 1994.
- Goldenberg, R. L. et al (1): Preterm Birth 1. Epidemiology and causes of preterm birth. *The Lancet*. Vol. 371. Jan 5, 2008. *The Lancet*. Vol. 371. Jan 12, 2008.
- Goldenberg, R. L. et al (2): Preterm Birth 2. Primary, secondary and tertiary interventions to reduce the morbidity and mortality of preterm birth
- Hastrup, K. (red.): *Ind i Verden*. En grundbog i antropologisk metode. Kbh. 2003
- Hastrup, K.: *Kultur – det fleksible fællesskab*. Kbh. 2004
- Hastrup, K. (Red.): *Viden om Verden*. En grundbog i antropologisk analyse. Kbh. 2004b
- Honneth, A.: *Behovet for anerkendelse*
- Jansson, S. et al. *Fødsel på Kvindens vilkår*. København. 1989
- Kvale, S.: *Kvalitative interviewundersøgelser*. København. 1995.
- Langhoff-Roos, J. et al: Spontaneous preterm delivery in primiparous women at low risk in Denmark: population based study. In *British Medical Journal*, 2006; 332:937-39
- Mead, M. *Mand, Kvinde i 3 primitive kulturer*. Kbh. 1969
- Nielsen, Aa. K. Og Svensson, L.: *Action and Interactive Research*. Maastricht 2006
- Pedersen, B. L. et al (red.) *patientsikkerhed fra sanktion til læring*. Kbh. 2003
- Richardus, J. H. et al: Differences in perinatal mortality and suboptimal care between 10 European regions: results of an international audit. In *BJOG* febr. 2003 vol. 110:97-105
- Nygren, P. et al: Evidence on the benefits and harm of Screening and treating pregnant women who are asymptomatic for Bacterial Vaginosis: An update review for the U.S: Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine*: 2008

- Reiter, E.: Patientsikkerhed og Organisationskultur i Sundhedsvæsnet. RUC. Speciale. 2004.
- Saigal, S et al : An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. In *The Lancet*. Vol 371. Issue 9608. 19 jan 2008.p261-69
- Schein, E.H: Organisationskultur og ledelse. Kbh.1994.
- Schiøler, T. et al: Forekomsten af utilsigtede hændelser på sygehuse. En retrospektiv gennemgang af journaler. *Ugeskr. Læger* 2001. 163 (39): 5370-8.
- Sennet, R.: respekt i en verden af ulighed. Kbh. 2003.
- Socialstyrelsen (Hälsa ock sjukdommar 2008:5): Graviditeter, förlösningar ock nyfödda barn. Medicinska födelsesregisteret 1973-2006
- Schultz, M. Kultur i Organisationer. Kbh.2003
- Stern, D.: Barnets interpersonelle univers. Kbh. 2000
- Stern, D.: Det nuværende øjeblik i psykoterapi og hverdagsliv. Kbh. 2004
- Sundhedsstyrelsen: "Retningslinjer for svangerskabshygiejne og fødselshjælp" Kbh. 1998
- Sundhedsstyrelsen: Fødselsregisteret 1. Halvår 2008. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2008:8
- Thomas, E.J. et al: Incidence and Types of Adverse Events and Negligent Care in Utah and Colorado. In *Medical Care* 2000. 38 (3): 261-271
- Tracy, SK et al: Spontaneous preterm birth of live born infants in women at low risk in Australia over 10 years: a population based study. In *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2007 Jun; 114(6):731-5.
- Wilson, R. M. et al: The Quality in Australian Health Care Study. In *The Medical Journal of Australia* 1995. 163: 458-71
- Wu, A.V.: Medical Error: The second victim. In *British Medical Journal* 2000, 320; 726-27

Fremtidsværkstedet

Indledning

Projektets tredje empiriske delstudie er et Fremtidsværksted. Under støttede demokratiske former afholdt to forskere med erfaring i arbejdet med fremtidsværksteder dette og dokumenterede processen undervejs på vægaviser. Endvidere tog undertegnede noter. Umiddelbart herefter udarbejdedes en protokol, der blev fremsendt til deltagerne med henblik på godkendelse. På baggrund heraf foreligger den endelige udgave af protokollen, den er udarbejdet så tekstnært som muligt og består i lange passager af citater fra vægaviserne (Bilag 7).

Alle personalegrupper fra fødeafdelingen i Horsens, der i hverdagen er involveret direkte med forebyggelse og diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel, var repræsenteret. Hensigten med studiet var at udforske problemformuleringens tredje underspørgsmål (Kapitel 1):

Hvordan kan den forebyggende praksis i organisationskulturen omkring forebyggelse af utilsigtede hændelser, specielt omkring forebyggelse af præterm fødsel udvikles i samarbejde med medarbejderne?

Fremtidsværkstedet er en kvalitativ metode oprindeligt udviklet af Jungk (1989). Metoden har inspireret aktionsforskere, og den er siden anvendt og videreudviklet (fx: Drewes Nielsen et al: 2010, Nielsen & Nielsen: 2006, 2007, Husted: 2006). Metoden er særlig velegnet, hvis deltagerne i et fællesskab, hvor alle kan komme til orde, ønsker at arbejde med et fælles tema af betydning for alle involverede. Den skal i korte træk gennemgås nedenfor.

Den indledende kritikfase har nærmest form som en brainstorm; reglen er at alle har mulighed for at komme til orde: Man kan ikke kritisere eller på anden måde kommentere de andres udsagn, men alle kan frit i sit eget indlæg associere videre på

andres indlæg. Efter brainstormen tematiseres kritikpunkterne af værkstedslederne under vejledning af deltagerne. Herefter holdes der afstemning. Hver deltager får et antal stemmer, som de selv går op og påtegner de kritiktemaer, de finder mest væsentlige. Herefter er der pause.

Utopifasen indledes ligeledes med, at alle frit kan komme til orde, denne gang med, hvordan de mener, forholdene skulle være i "den bedste af alle verdener". Udsagnene tematiseres atter af værkstedslederne under vejledning af deltagerne, og der afholdes igen en afstemning, denne gang for at finde de mest betydningsfulde / mest værdifulde utopier. Herefter får deltagerne mulighed for at vælge sig på den utopi, de selv ønsker at arbejde videre med. Utopitemaer udfoldes af de mennesker der har valgt dem og præsenteres siden for de andre deltagere. Rummet åbnes for kærlige kommentarer efter hver enkelt præsentation.

Grupperne arbejder herefter videre med deres utopitema i en realiseringsfase og efterfølgende præsenterer de deres bud på, hvordan indholdet i deres utopi kan bringes til virkeliggørelse.

Arbejdet i fremtidsværkstedet faciliteres af forskere, der med et demokratisk udgangspunkt anvender deres viden og erfaring til at fastholde en opfordringsstruktur, hvor alle kan komme til orde med såvel kritik, som utopier og drømme. Alt føres til "protokols" under værkstedsarbejdet i stikordsform på vægaviser, som alle kan se, mens de produceres, og jævnligt rådfører værkstedslederne sig med deltagerne om, hvorvidt de anførte stikord er dækkende / beskrivende for det sagte.

I dette Kapitel vil arbejdet i Fremtidsværkstedet blive fremlagt på baggrund af værkstedprotokollen (Bilag7). I Værkstedet deltog, som nævnt, repræsentanter for alle personalegrupper, der i hverdagen på fødegangen og i svangreomsorgen er direkte involveret med forebyggelse og diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel. Temaet for dette fremtidsværksted var:

Trivsel og Kvalitet i Vores Arbejde og Liv – Forebyggelse af for tidlig fødsel på Horsens fødeafdeling



Fremtidsværkstedet kan begynde ...

Man ser, hvordan deltagerne, der sidder i halvcirkel, kan se hinanden og de vægviser, hvorpå værkstedsarbejdet dokumenteres i stikordsform. Temaet for værkstedet var udarbejdet i tæt samarbejde med værkstedslederne Mette Bladt og Helle Nielsen, der begge har rig erfaring fra på området. Ved at åbne temaet mod deltagerne liv og arbejde opfordrer værkstedet til, at deltagerne kommer på banen med deres egne oplevelser, opfattelser, ønsker og værdier. Hensigten var, som nævnt, at forsøge at høre medarbejderne om deres syn på problemområdet. Anlægger man en mere objektiverende overskrift, vil værkstedet, ikke på samme måde, invitere deltagerne til at udtrykke deres egne synspunkter.

Kritik og utopi

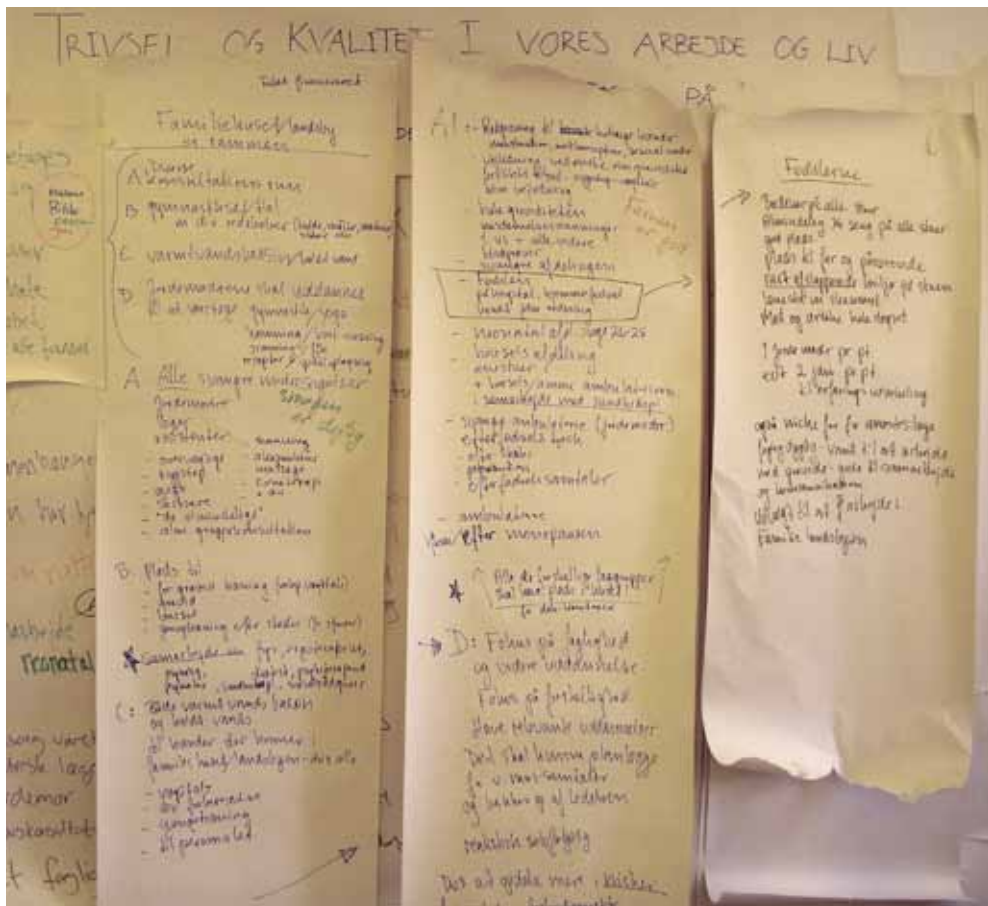
Nedenfor vises kritik- og utopitemaerne efter afstemningerne (med afstemningsresultater i parentes). Det blev til tre temaer (vist i fremhævet skrift), som der blev arbejdet videre med (se evt. Bilag 7).

**Trivsel og Kvalitet i Vores Arbejde og Liv -
Forebyggelse af for tidlig fødsel på Horsens fødeafdeling**

<i>Kritiktemaer</i>	<i>Utopitemaer</i>
Screening vanskelig i en presset hverdag (5) Vanskeligt at vurdere reel fare Vi har ikke rigtig tid til at passe dem der er indlagt t obs.	Marianne (bagvagt)bliver i afdelingen (9) Ingen travlhed - konstant flow - ingen peaks (6)
Diskrepans mellem subjektive og objektive observationer giver usikkerhed (4)	Rum til at udtale sine tanker om det faglige (4) Opdateret faglighed Let forståelige og klare retningslinjer Enighed om omsættelse til praksis. Fælles fodslag Ingen travlhed
Vi har ikke rigtig tid til at passe dem der er indlagt t obs. De bliver lidt en kasterbold (3)	Neonatalafdeling her i huset (6) Fagligt samarbejde med vores neonatalafdeling
Vi mangler tilbagemelding om hvad der så skete svingende tærskel for intervention - usikkerhed / travlhed omkring overflytning - Ringe evidens (3)	Familiehuset (4) Svangreomsorgen v. obstetriker og jordemoder (2) Behovskonsultationer Jordemoderen vil det hele og varetager hele forløbet. Fødselsforberedelse i alle former (2) Ingen travlhed
Vi har ikke rigtig tid til at passe dem, der er indlagt - usikkerhed / travlhed omkring overflytning (2)	Fødselsstrimmel ka´angive aktiv fødsel 5)
Manglende fødselsforberedelse - gravides manglende vilje til at ændre livsstil (4)	(Bilag 7: 8)
Alle temaer citeret fra: (Bilag 7:5)	

Kritiktemaerne afspejles så at sige i utopitemaerne, som det fremgår af skematificeringen. Travlhed, så der ikke rigtig er tid til at passe dem, der er indlagt til observation for (truende) for tidlig fødsel og usikkerhed omkring, hvornår der skal interveneres / overflyttes tematiseres, som det fremgår, på flere måder, i kritikfasen..

De tre utopitemaer, der fik flest stemmer blev der arbejdet videre med i grupper. Grupperne udfoldede med stor entusiasme de valgte utopier, som det fremgår på de følgende sider. Hver enkelt gruppe havde fået en bane grundtæppet at arbejde med og på, og her skrev og tegnede de deres utopier. Utopifasen sluttede med at grupperne præsenterede deres arbejde og fik kærlige kommentarer med på vejen. Nedenfor præsenteres gruppernes arbejde i forkortet form.



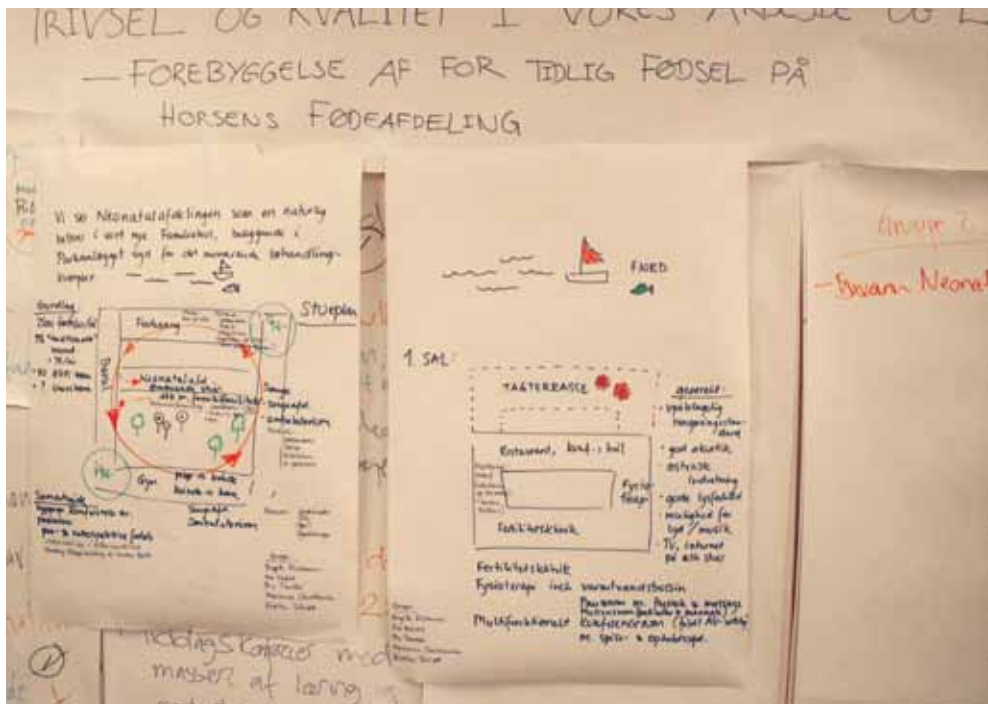
Familiehuset

Gruppen gav, som det ses på vægviserne ovenfor, en meget detaljeret beskrivelse af et ambulant tilbud til kvinder før under og efter graviditeten, her gengivet i forkortet form (Bilag 7:9-10). Tilbuddet indeholder:

- A) Diverse konsultations rum også til samarbejdspartnere.
- B) Gymnastiksal / hal
- C) Varmtvandsbassin / koldt vand: Til alle
- D) Endvidere skal jordemødre videreuddannes: Gymnastik/ spiraloplægning /Scanning - og varetage alle svangre undersøgelser
- Ad A1) Rådgivning til helt unge kvinder. Hele graviditeten. Scanning. Blodprøver. Svangreafdeling. Alle svangreundersøgelser foregår her
- Ad B) Plads til: Førgravide, Gravide, Barslende
- Ad C) Fokus på faglighed og bedre uddannelse. Fokus på forskellighed. Have relevante uddannelser

Fødsler: Plads (!) Badekar på alle stuer. En eller to jordemødre pr. patient. Også niche for anæstesi-lægen.

Kommentarerne var begejstrede: ”Man kunne regne på, hvad man sparer på” (Bilag7:12). Forslaget vil indebære forbedring af svangreomsorgen – styrkelse af kvindelivet og færre misforståelser (bid).



Neonatalafdeling her i huset

Gruppen havde, udarbejdet en komplet plantegning for deres vision som det fremgår af illustration (Bilag7: 13-15):

Neonatalafdeling, Fertilitetsklinik, Svangreambulatorium i stuetagen og Forskningsenhed, Restaurant, Cafeer og tagterrace på første sal.

”Grundlaget: 2500 fødsler / år.
3 % ”traditionelle” neonatale = 75
50 GDM børn + Icterusbørn” (Bilag7: 13)

Gruppen havde en række konkrete forslag til organisationsudvikling. Gruppens vision er nedenfor gengivet i delvist forkortet form (Bilag 7:16-18):

”Tværfaglig teambuilding

er fundamentet for vores afdeling - to årlige udflugter, lejrskoler, for hele afdelingen - tillid, tryghed, åbenhed og anerkendende kommunikation

Retningslinjer

findes på E-doc - altid opdaterede med nyeste viden (afvigelser begrundes tydeligt i journalen) - Alle deltager/ tildeles et ansvar for udvikling og implementering (ibid.).

Konferencestruktur

Morgenkonference for: Bagvagt, Forvagt, Jordemoder og Hjælper

Aftenkonference for: Bagvagt, Forvagt, Jordemoder og Hjælper

Ugentlig superkonference. Minus diktafon i stedet speech max. Dette vil medføre Solidaritet

”Supervision: Kollegial / tværfaglig, skemalagt (mdl.) ” (ibid.:17).

Vagtskifter: De varer et kvarter og deltagere er overlæge, forvagt, hjælper og jordemoder (ibid.).

Kærlige kommentarer: ”God ide m fælles lejrskole / julefrokost - Har vi nogen der kan supervisere?” (ibid.:18) -- Utopia ligger i Herning: de har supervision. Det eksisterer også i Sønderjylland... - Ved vagtskifte vil lægen kunne hilse på patienten - Virker overkommeligt (Bilag 7:18).

Realiseringsfasen

Grupperne arbejdede efter frokost i realiseringsfasen videre med deres utopier for at konkretisere og virkeliggøre dem i videst muligt omfang. Ledelsen var inviteret til at overvære fremlæggelsen heraf. Umiddelbart forinden havde de været til ”fernisering” på utopibillederne (se også ovenstående illustrationer). Nedenfor gengives gruppernes kommentarer til fremme af realiseringen af deres utopi, samt de kærlige kommentarer de fik med på vejen af ledelsen og de øvrige deltagere i Fremtidsværkstedet.

Familiehuset

”Neonatalafdeling er en forudsætning for, at Horsens kan fortsætte som akut hospital

Familiehus: Familie / barsel / svangre.

- konsultation, fødselsforberedelse
- barsels / amme ambulatorium. I tæt samarbejde med sundhedsplejerskerne
- Ved samarbejde med kommunen kan vi lettere stå for seksualundervisning og dermed antikonception. På den længere bane også med f.eks. socialrådgiver
- Lægge pres på opgaveglidning – Jordemødre kan og skal udnyttes bedre. Vi skal starte med os selv
- Utopi: afskaf Egen Læge (Kræver politisk velvilje for omlægning).
- Ingen gode argumenter for at blive set af egen læge i uge 32. (ud over de økonomiske dvs. lægen mister penge). Billigere at ses af jordemoder
- Kontinuitet er ikke kun personafhængigt men også faggruppebestemt.
- Jordemødre er specialister i den normale graviditet, fødsel og barsel
- Politikerne bør sige: ”der skal være opgaveglidning”
- Familiehuset kan bære samfundsøkonomisk
- Det medfører at jordemoderen får mulighed for at være sundhedsfremmende
- Spørg kunderne f.eks.” (Bilag 7:19)

Kærlige kommentarer:

- ”De studerende kan komme ud på skolerne som seksual vejledere
- I forhold til opgaveglidning skal vi starte med os selv vil vi det egentlig?
- Barsel f.eks. har i lyst til det? Der meldte sig 2 vi skal bruge 7. Træd i karakter!
- Opgaver kunne være mere interesseophængte. Lægerne bliver nervøse når det glider dem af hænde
- Jordemoderforeningen arbejder på det! Mange politikere er med på den. F. eks. Jordemoder undersøgelser i stedet for egen læge i Lemvig /Struer pga. lægemangel
- Alliancemuligheder: Lillian Bondo (formand for Jordemoderforeningen), Bent Hansen (formand for regionerne)” (Bilag 7: 20).

Neonatalafdeling på Horsens Sygehus:

”Argument nr. 1: Dansk selskab for Gynækologi og Obstetrik forudsætter at alle Fødesteder i fremtiden skal have neonatalafdeling. Der er 3 fødesteder i regionen uden neonatalafdeling: Silkeborg har mindre end 1000 fødsler / år, Holstebro og Horsens har ca 1900 fødsler / år, men Horsens er akuthospital.

Argument nr. 2: Sygehuset er i ekspansion. I forvejen plan om nybyggeri og flytning af fertilitetsklinikken til Horsens matriklen.

Implementering: Sygehusledelsen bearbejder internt (opbakning blandt egne rækker) kræver regionale specialeråd og regionale politikere

- Forskningsenheden: præsentere evidens for argument 1
- Starte i det små: Sattelit funktion af Neo initialt - Selvstændig afdeling på sigt.
- Opbygge afdeling med uddannet personale fra egne rækker.
- Starte med at hjemtage de ”letteste” børn (glukosedrop, i v anti-biotika m.v.)
- Gradvist at avancere over år” (Bilag 7: 21).

Kærlige kommentarer efter fremlæggelsen af deres realiseringsforslag:

- ”I Sverige har fødeafdelinger neonatologisk assistance døgnet rundt.
- Ny hospitalschef i Horsens har udtalt: Børneafdelingen kunne også tage sig af nyfødte.
- Planchef i Skejby anbefaler neonatalafdeling.
- Vi kunne være en sattelit til Skejby.
- Hvorfor ikke børneafdeling her?” (ibid.)

Rum til at udtale sine tanker om det faglige:

”SATS PÅ KOMMUNIKATION OG FOREBYGGELSE det medfører
Kvalitetsudvikling såvel fagligt som arbejdsmiljømæssigt

Sommerfest konverteres til lejrskole med Teambuilding instruktør (f. eks. i 4 t med løn.)

Forslag: på Hjarnø. Flere måder at være sammen på!

Julefrokost sammen med barsel og læger

Konference morgen og eftermiddag:

8.00 Alm. Konference

8.20 Konference om dagens patienter på fødegangen

Vagtskiftekonference om eftermiddagen

Ugentlig Superkonference om tirsdagen 8.30- 9.00

Læger præsenterer sig for de fødende

Alle retningslinjer skal være udgivet på E-doc.

Månedlig supervision til alle vil medføre, at sygdomsfraværet går ned” (Bilag 7: 22)
Kærlige kommentarer fra forsamlingen efter fremlæggelsen af deres realiseringsforslag:

”Sommerfest: Det er godt! Alle skal af sted! Understøtter ”Det Åbne Rum”
Det er overordentligt håndgribeligt – noget man kan tage fat på”...(ibid.)

Opsamling og Evaluering

Nedenfor gengives deltagerne evaluering af fremtidsværkstedet, som de fremkom og blev ”ført til protokols” på vægviserne samme dag. Medarbejdernes kommentarer i evalueringerne er anonymiserede, men samlet for hver person.

- ”Eva R: ”Alle jeres forslag omfatter huse, I er meget enige, overraskende enige. Det er meget detaljeret – alt hvad jeg kan komme i tanke om er med. Det er fantastisk”.
- Overskrifterne var svære at kombinere, dagen handlede meget lidt om forebyggelse af for tidlig fødsel. Ville gerne være styret mere. 2 stod for dette synspunkt. Trivsel og kvalitet var prioriteret, der var ikke fokus på forebyggelse af for tidlig fødsel.
- Eva og de to gravide værkstedsledere: Ja der var to temaer...
- God dag. Godt med forskellige faggrupper. Glad for at faggrupperne har samme ønsker og drømme! Der var ikke så meget om de for tidlige fødsler.
- I starten af dagen: Hvordan kunne det lige komme til at handle om for tidlige fødsler? Jeg er overrasket. Jeg fornemmede at bedre svangreomsorg, mere kontinuerlig jordemoderomsorg og bedre kommunikation ville medføre færre

- præterme fødsler. Jeg troede ikke, at det havde noget med organisationen at gøre. Jeg tror at jeg har lært noget.
- Vi endte i Trivsel og kvalitet. Fra start: Hvad skal I bruge mig til i denne sammenhæng? Men kommunikation internt hjælper. Vi vil samme vej. Fedt!
 - Svært ved at købe de to ting. Jeg er lidt med på den at jeg har lært noget, nu. I den første brainstorm (kritik) blev der peget på at der manglede tid - til de gravide, til efteruddannelse, til overflytning. I dag har der været tid også tværfagligt.
 - Enighed. Trivsel og kvalitet, hvordan skal det forklare præterm fødsel – Givende at man kan komme frem til konkrete forslag. Det gælder alle. Vi sidder inde med forslag.
 - Ultimativ teambuilding. Åbent rum så man kan sige, hvad man tænker. Vi vil gerne mere med forebyggelse (ikke kun specielt med præterme fødsler)
 - God dag. Godt at være i gruppe. Vi har samarbejdet og vi blev hørt. I var gode til at styre.
 - Ja, tid til at bruge en hel dag på noget, der ikke kan bruges til en skid. Men det gik sådan i dag.
 - Dagen er ikke spildt. Vi herinde, vi har opbygget, vi har sat ord på, hvad vi virkelig gerne vil. Det har været vedkommende, fordi vi selv har valgt, hvad vi ville snakke om. Jeg havde frygtet traditionel undervisning: ”I skal gøre det og det”. Det har været en meget faglig dag.
 - Godt fremtidsværksted. Rigtig godt. I har kørt det fantastisk. Jeg har haft svært ved at koble linjen... Men ...
 - Noget fagligt: Jordemødre har noget, som de ikke får mulighed for at bruge..
 - Utopidel: At have de unge inden graviditeten ...
 - Jeg er ikke i tvivl om at vores trivsels-kvalitet diskussion har betydning. Jeg kunne godt ha’ tænkt mig at det havde været mere konkret med præterme fødsler. Rigtigt dejligt at være her - hele dagen. Folk har været engagerede.
 - God proces. Meget givende proces. Vi har fået noget godt ud af processen. Præterm fødsel er indgroet – ligger i ”lagene”.
 - Vi har set fødegangens ”sjæl”. Dejligt at værre sammen tværfagligt. I grupperne er (næsten) alle medarbejdere repræsenteret.
 - Mette (Værkstedsleder):” Rigtig god dag. I har ikke lavet noget forkert. Der er ikke noget, der er ”rigtigt”. Det er sjovt at være gravid her. I har været rigtig gode i mine øjne og med min erfaring.”
 - Helle (Værkstedsleder):” I har et kæmpeengagement. Måske er de ting her noget, der kan være fælles guidelines for en fælles fremtid. Det er et fint fæl-

les rum, I har fået skabt!

- Til Mette og Helle fra værkstedet: ”Ha ´ nogle gode fødsler! Held og Lykke!”
- Fra Ledelsen: ”I har været kreative og praktiske. Husk os på det! Trivsel og kvalitet i vores arbejde og liv – kommunikation er vigtig. Hvad gør vi ved den fødende? Hvordan husker vi? Hvad tror vi? Mange ting spiller ind på kvindens behandling og på præterm fødsel. Nærværende kommunikation, I kan finde det på intranettet – 15 punkter – 5 indsatsområder!” (Bilag 7: 23f).

Om efterfølgende opsamling af resultat

Umiddelbart efter afholdelsen af Fremtidsværkstedet blev jeg sygemeldt i længere tid. Endvidere havde jeg en deadline for færdiggørelsen af en artikel til et internationalt tidsskrift.

Men fra ca. 5 mdr. efter afholdelsen af Fremtidsværkstedet forsøgte jeg at få kontakt til deltagerne mhp. at afholde et opsamlende møde – uden resultat. Flere gange forsøgte jeg forgæves at kontakte deltagerne (pr tlf. og e-mail) for at høre om deres efterfølgende vurdering af værkstedet og resultaterne herfra. Hvad jeg har hørt fra medarbejderne begrænser sig til nedenstående mail, som jeg modtog fra en person, der umiddelbart efter afholdelsen af Fremtidsværkstedet var meget positiv over for dette, og en kommentar jeg modtog fra en anden deltager over telefonen:

”Hej Eva.

Tak for din mail.

Jeg melder fra, idet projektet ved temadagen fik en ganske anden drejning fra den oprindelige titel, og fordi jeg oplever, at det ikke kan bruges til forebyggelse af for tidlig fødsel.

Med venlig hilsen”

”Det er helt utroligt, hvad jeg har lært jeg vidste ikke, at kommunikation betyder så meget”

Der var altså såvel umiddelbart efter afholdelsen af værkstedet som senere, delte meninger om værdien af arbejdet i Fremtidsværkstedet blandt medarbejderne. Fra det tidspunkt, hvor jeg begyndte at rykke for, om vi kunne lave et fælles opsamlende møde (efteråret 2010), begyndte der imidlertid at dukke oplysninger op i

pressen om den økonomiske krise i Region Midt. Det udviklede sig sidenhen til, at regionen måtte udarbejde spareplaner for tre - cifrede millionbeløb og afskedige mere end 1000 medarbejdere. To fødeafdelinger i Region Midt blev lukket i denne forbindelse men - ikke Horsens - viste det sig siden.

Chefjordmoderen rådede mig til at fortsætte samarbejdet med regionsjordmoderen i Region Midt. Denne stabsfunktion blev dog nedlagt pr. 1-2-12. Ved et kortvarigt besøg i afdelingen i forbindelse med planlægningen af et eventuelt opfølgende møde spurgte jeg en deltager, der både havde deltaget i fremtidsværkstedet og i et fokusgruppeinterview, om der kunne være basis for et fælles opfølgende møde. Svaret var (citeret efter min hukommelse):

”Jeg vil ikke deltage gratis i kvalitetsudvikling i min fritid.”

Jeg søgte derfor Jordemoderforeningen og fik midler til at aflønne medarbejdere for deltagelse i opsamling og diskussion af hele projektforsløbet. Denne fandt sted i februar 2012 og er omtalt i Kapitel 11.

Resultaterne af arbejdet i Fremtidsværkstedet peger imidlertid på en række konstruktive tiltag til forbedring af indsatsen i svangreomsorgen, tiltag der kan råde bod på væsentlige problemer, der blev rejst i fokusgruppeinterviewene. Af visionerne skabte værkstedet en række detaljerede bud på forandringer, der alle ville kunne bidrage til at fødeafdelingen og svangreomsorgen i Horsens bliver blandt de bedste i landet, og dermed vil kunne sikre afdelingens overlevelse. Her er det vigtigt at fastholde, at de kærlige kommentarer til realiseringen af utopierne i alle tre tilfælde var positive og anerkendende. Der var enighed om, at tiltagene på mange måder ville kunne realiseres.

På det tidspunkt, hvor værkstedet blev afholdt – marts 2010 – forelå der oplysninger om, at man måske ville bygge en ny fertilitetsklinik, og da man manglede plads på fødegangen, var det jo oplagt at opfordre politikerne til at bygge et helt nyt hus. Gruppen neonatalafdeling her i huset havde så at sige allerede leveret et forslag til en plantegning herover. Hvorfor det lige skulle være Horsens Hospital, der fik en neonatalafdeling fremgår af Argument 1 i realitetskommentarerne til gruppen *Neonatalafdeling her i Huset*:

Herudover peges der i fremtidsværkstedet i særlig grad på løsningsforslag, der adresserer følgende tre temaer:

- Omsorg
- Udvikling af faglighed – mulighed for tværfagligt kollegialt samarbejde
- Etablerede rum til faglig udveksling / etablering af rum til faglig udveksling

De vil blive yderligere belyst i de følgende kapitler. Her skal blot nævnes, at den første psykiater for nyfødte i Norden: Margaretha Berg Brodén beskriver i sin bog: ”Mor og barn i Ingenmandsland” (1991) følgende figur til illustration af omsorg:

- Det lille nye barn har behov for at blive ”holdt”
- Forældrene holder det lille nye barn
- Personalet i social – og sundhedssektoren ”holder” forældrene.

Igennem værkstedsprotokollen lyser HUSET som en figur, som det fremgår af illustrationerne i dette kapitel. I et hus, der er indrettet med omtanke kan beboere og gæster føle sig ”holdt”. Af fremtidsværkstedets visioner for et fremtidigt hus for svangreomsorg og fødselshjælp skal blot nævnes følgende eksempler:

- Plads til alle samarbejdspartnere (*Familiehuset*)
- Viden og erfaringsdeling på konferencer - Neonatologer ser vi hver dag v. konferencen og på vagtskifte (*Neonatal afdeling her i huset*)
- SATS PÅ KOMMUNIKATION OG FOREBYGGELSE det medfører kvalitetsudvikling såvel fagligt som arbejdsmiljømæssigt (*Rum til at udtale tanker om det faglige*)

Alle foranstaltninger der kan bidrage til ”Continuous Quality Improvement” af performance (Gambone et al: 2008). Aktiviteter der inkluderer evidensbaseret praksis og retningslinjer– fokus er på ”teamwork” snarere end på individets arbejde (ibid.).

Gennem en planlagt offentlighedsfase, hvor resultaterne skal forelægges et ekspertpanel og diskuteres af en større forsamling af obstetrisk personale, kan resultaterne forhåbentlig bidrage til generelle forbedringer af indsatsen i svangreomsorgen omkring forebyggelse af for tidlig fødsel.

Litteratur

Drewes Nielsen et al: Fleksibilitet, flygtighed og frirum. RU 2010

Gambone et al: Elements of Successful Quality Improvement in Patient Safety Program in Obstetrics and Gynecology *Obstet Gynecol Clin N Am* 35 (2008)129-145).

Husted M and Tofteng D: The common third. In Nielsen, K.A. and Nielsen, B. S.: *Methodologies in Action Research*. In Nielsen, K.A. et al: *Action and interactive research*. Netherlands. 2006

Jungk, R. et Mülert, N., R.: *Håndbog i Fremtidsværksteder*. Århus 1989

Nielsen B, Nielsen KA: *Methodologies in Action Research*. In Nielsen KA and Svensson L (Eds.): *Action and interactive Research beyond practice and theory*. Shaker. Netherlands 2006.

Nielsen BS, Nielsen KA.: *Demokrati og naturbeskyttelse*. Frydenlund. Kbh: 2007.

Nielsen KA, Svensson L: (a) Introduction and Background. In Nielsen KA and Svensson L (Eds.): *Action and interactive Research beyond practice and theory*. Shaker. Netherlands 2006.

Olsén P, Nielsen BS, Nielsen KA: *Demokrati og bæredygtighed*. Roskilde 2003.

Tematiseret Analyse af Empiri

Indledning

I kapitel 5, 6 og 7 er resultaterne fra de empiriske delprojekter fremlagt. På møder i afdelingerne i Horsens og Ystad blev resultaterne evalueret og diskuteret, med udgangspunkt i det skriftlige materiale. De fremmødte medarbejdere samtykkede, på nær ganske få og små pointer, i den fremlagte opfattelse af organisationskulturerne. De resultater, der fremgår af kapitel 5 og 6, er korrigeret i overensstemmelse hermed og således verificeret i afdelingerne. Protokollen for fremtidsværkstedet blev, som nævnt, udskrevet på baggrund af vægaviser udarbejdet i forbindelse med værkstedsarbejdet og tilsendt deltagerne, der hermed fik mulighed for at rejse indvendinger og kommentarer. Kapitel 7 har, den af deltagerne anerkendte, værkstedsprotokol som empirisk grundlag.

Igennem projektforsløbet er der, som tidligere nævnt, anvendt spejling som metode. Deltagerne i fokusgruppeinterviewene spejlede således så at sige praksis omkring varetagelsen af forebyggelse af utilsigtede hændelser, og specifikt forebyggelse og diagnosticeringen af for tidlig fødsel (før) 1995 i praksis (efter) 2004 (Kapitel 5). Resultaterne fra interviewene i den kvalitative undersøgelse af organisationskulturen i Ystad blev fremhævet gennem spejling af og sammenligning mellem de to organisationskulturer: Mödravård og Förlosning. Herefter spejledes resultaterne fra Ystad og fra fokusgruppe interviewene (Kapitel 6). De erkendelser, der herved fremkom, blev forelagt afdelingen i Ystad og derefter afdelingen i Horsens. Diskussionen og erkendelsen omkring forebyggelse af utilsigtede hændelser, og specifikt forebyggelse og diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel, kvalificeredes herigennem.

På denne baggrund udførtes fremtidsværkstedet i Horsens. De to fascilitatorer i fremtidsværkstedet var ikke på forhånd involveret i dette forskningsprojekt, dermed fik vi mulighed for at trække på deres ekspertise, og vi undgik så vidt muligt, at

værkstedet blev underlagt forudindtagede meninger og holdninger. Facilitatorerne var imidlertid højgravide og havde således deres eget ”insider” - kendskab til miljøet, de svangre var dermed også, om end indirekte, til stede i forskningsprocessen.

Den professionelle facilitering af fremtidsværkstedet er, i overensstemmelse med sin demokratiske intention, udviklet med henblik på at lade deltagerne komme til orde igennem hele værkstedsprocessen. Alle indlæg bliver, som før nævnt, ført til protokols på vægaviser. Værkstedslederne forsøger kontinuerligt at sikre, at de stikord, der således føres til protokols, er de ”rigtige”, det vil sige i overensstemmelse med værkstedsdeltagernes indlæg. Værkstedsprotokollen er en udskrift af vægaviserne, og den er blevet tilsendt deltagerne til gennemlæsning og kommentering, som tidligere nævnt.

Det empiriske materiale fremstillet i kapitel 5, 6 og 7 er således fremkommet i dialog med medarbejdere og ledelse, som deltog i processen (jf.: Nielsen: 2001, Nielsen og Nielsen: 2006). Vi var undervejs gennem projektførøbet i dialog om, hvad empirien betyder, og hvordan den kan fortolkes. Vidensudviklingen foregik i samarbejdet mellem mig som forsker og deltagerne. Som forsker repræsenterer jeg selv et engagement i forskningsprocessen som jeg har til fælles med deltagerne (jf.: Skjervheim: 2002). Disse aspekter omkring forskerens deltagelse i forsknings- og forandringsprocessen, der altså også omfatter en vis grad af fælles normativitet mellem forsker og deltager, muliggør en udvikling af en fælles praksishorisont (Nielsen KA: 2001), igennem projekts empiriske dele. Det peger i dette tilfælde frem mod en fælles erkendelse af behovet for ændringer i fødselshjælpen, hvilke ændringer der konkret kan være tale om er allerede skitseret i fremstillingerne af de empiriske delprojekter (Kapitel 5,6 og 7).

Analysen er i dette kapitel fokuseret på overordnede forhold i organisationskulturen af betydning for patientsikkerhed og forebyggelse af utilsigtede hændelser. I Kapitel 5 og 6 er en række forhold vedrørende praksis omkring forebyggelse og diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel (før 1995 og (efter) 2004 i Horsens, og i Ystad, beskrevet og dokumenteret. Ligeledes er flere forhold, der vedrører den mere overordnede varetagelse af patientsikkerhed og forebyggelse af utilsigtede hændelser, dokumenteret.

Om analysen og de fremkomne temaer

I overensstemmelse med aktionsforskningens intention: at deltagere og forsker i samarbejde udfører forskningen, er analysens hovedsigte i dette kapitel at gribe og begribe, hvad empirien rummer - også ud over de på forhånd angivne fokuspunkter i undersøgelsen.

Forskeren må have opmærksomhed på eventuelle ekskluderede emner, hvis vedkommende fornemmer sådanne, og forsøge at skabe rum for, at disse kan komme til udtryk (jf.: Nielsen and Nielsen: 2006: 77). Hensigten med kapitlet er at skabe et sådant rum og tillige at skabe overblik over empirien.

Analysen vil først og fremmest basere sig på tekster, som de er anerkendt af deltagerne (Kapitel 5, 6 og 7). Den deltagende observation er til stede i form af en kvalificering af mine forudsætninger for at opfatte, hvad der foregår / er på spil i teksterne.

Som jeg tidligere har været inde på, anvendes der i de obstetriske afdelinger ”et obstetrisk sprog”, der selv sagt er funderet såvel i daglig praksis som i den evidensbaserede viden på det obstetriske område. Sprogliggørelsen af praksis, såvel som sprogliggørelsen omkring varetagelsen af omsorgen for det kommende barn og den vordende familie, bygger generelt set på de samme begreber og de samme erkendelser i de to afdelinger i Horsens og Ystad. Jeg har dog erfaret at, man i afdelingen i Horsens taler en ”jysk” dialekt heraf - det er underdrivelser snarere end sjællændernes overdrivelser, der anses for at fremme forståelsen! I Ystad har jeg desværre været hæmmet af begrænsningerne i min forståelse af sproget, i visse sammenhænge med ”hurtig” kommunikation, blev jeg hængt af. Jeg vil selvfølgelig forsøge at ”oversætte”, så vidt det er muligt.

Tekstnær læsning er en forudsætning for at kunne forstå og tilegne sig sproget, som det kommer til udtryk i patientjournaler. Det gælder såvel i de mere obstetrisk orienterede afsnit heri, som i de få og små brudstykker af tekst i journaler, der ofte anvendes til at beskrive patientens psykosociale tilstand og forhold. Stilen er ordknap, ofte grænsende til det fāmælte, men uhyre indholdsmættet – næsten som man kan finde det i ordsprog.

En af årsagerne til denne ordknappe stil er, at journalerne handler om nuværende eller potentielle patienter på akutafdelinger, som en fødegang jo er. Det er af afgørende betydning, at den indbyrdes kommunikation særligt i akutte situationer fungerer optimalt (jf.: Turner: 1979, 1997), og dette kræver selv sagt daglig indøvelse og træning i kort og koncise kommunikation mundtligt såvel som skriftligt (en næsten tilsvarende stil ses i øvrigt i forbindelse med et studie, der er inspireret af "Grounded Theory" (Hylander et al: (2005).

Analysen i dette kapitel er endvidere forsøgt holdt så tekstnært som muligt, for således at forsøge at bevare den tætte kontakt med deltagerne, og samtidig bidrage til, at analysen kan blive så transparent som mulig.

Mulige sammenhænge trådte frem for mig gennem denne analyse af empirien. Disse er nedenfor konkretiseret i form af tre empirioversigter, én for hvert empirisk delstudie. Sådanne sammenhænge kan dukke op i antropologisk inspireret forskning, som omtalt i følgende citat:

"På baggrund af sin deltagelse i samfundet får antropologen fornemmelse af mulige sammenhænge i det sociale felt, som ofte er uerkendte og i øvrigt hverken kan ses eller bevises; men de kan sandsynliggøres teoretisk"

Hastrup: 2004:10

De empiriske udsagn er grupperet i tre overordnede temaer. Disse temaer kan eftervises i empirien. Oversigterne sandsynliggør, at de er på spil. Den tekstmæssige baggrund i empirien stammer hovedsagelig fra kapitel 5,6 og 7, og er i vidt omfang taget næsten direkte herfra, som det vil fremgå. Temaerne er følgende:

Omsorgstemaet dukker op igen og igen i de tre empiriske delstudier, og er således en gennemgribende og iøjnefaldende figur. I fremtidsværkstedet kom det til syne i plantegningen over "Neonatalafdeling her i huset afdeling", i "Familiehuset" og i "Rummet til at udtale tanker om det faglige" (se evt. illustrationerne i kapitel 7). Et hus er i udgangspunktet et sted, der er fremkommet og organiseret med henblik på at yde omsorg for beboerne.

(Tvær)fagligt samarbejde – individuelt ansvar, var et begrebspar, der var gennemgående i de empiriske studier, dog knap så tit direkte ekspliciteret som tilstedeværende i en fælles implicit forståelse af betydningen af tværfagligt samarbejde. Gennem

(tvær) fagligt samarbejde kvalificeres den individuelle kompetence til at udføre arbejdsopgaverne i afdelingen (jf.: Schöns påpejning af betydningen af / behovet for refleksion med peers, Kapitel 3.4). I det empiriske materiale omtales hyppigt, og i adskillige udgaver og nuanceringer, behovet for (tvær) fagligt samarbejde, som det fremgår af oversigterne. At have mulighed for tvær - faglig sparring giver mulighed for faglig udvikling / opgradering i dagligdagen, og kvalificerer dermed kompetencen til at påtage sig det individuelle ansvar i arbejdet.

Etablerede rum til faglig udveksling / etablering af rum til faglig udveksling er det tredje tema, der gennem analysen springer frem af empirien. Det omhandler de rum, hvor de netop omtalte faglige udvekslinger kan finde sted. Behovet for sådanne rum omtales flere gange i materialet. Analysen har hermed bevæget sig op på et højere plan - det omsorgsgivende rum forudsættes her eksplicit også at kunne huse, rumme og ”nurse” faglig udveksling. I fremtidsværkstedet formulerer deltagerne selv med al tydelighed behovet for et sådant rum i visionen om ”Rum til at udtale tanker om det faglige” (Kapitel 7).

Fremkomne empiritemaer - en oversigt

På de følgende sider er empirien gengivet og grupperet i overensstemmelse med disse temaer, for at læseren kan få mulighed for selv at vurdere, hvor meget temaerne synes at springe i øjnene i empirien.

Herefter uddybes empirianalysen. Udgangspunktet vil blive taget i de nævnte temaer, der alle vedrører problemstillinger i organisationskulturen, der er centrale på et overordnet plan. Disse vil blive spejlet tilbage i empirien, med det formål at undersøge om analysen - med rimelig sandsynlighed - kan siges at have hold i teksten. Analysen peger på en række karakteristika ved arbejdsplads og organisationskultur i de to afdelinger. Der følger derfor citater fra det empiriske materiale, der bidrager til at uddybe skitseringen af, hvilken form for arbejdsplads og organisationskultur, der mere overordnet er tale om i de to afdelinger.

Uddybende analyse

På afdelingen i Horsens havde jeg, som omtalt, tidligere udført et empirisk studie omkring sammenhængen mellem patientsikkerhed og organisationskultur (Reiter: 2004). Ligeledes havde jeg på et personalemøde i Ystad, i forbindelse med introduktionen af dette studie, forelagt resultater fra specialets empiriske studie og fra fokusgruppeinterviewene i Horsens; resultater der pegede på denne sammenhæng. Det viste sig, på såvel de indledende møder som tilbagemeldingsmøderne i afdelingerne, at forestillingen om en sammenhæng mellem organisationskultur og patientsikkerhed er nærmest af indlysende karakter for medarbejdere i de obstetriske organisationskulturer, der indgår i dette studie.

Gennem forståelsen og begrebsliggørelsen af denne sammenhæng, kunne resultaterne fra den anden afdeling nærmest umiddelbart spejles i medarbejdernes egen organisationskultur. Mennesker formår og forstår at forestille sig andre menneskers kår (jf.: Hastrup: 2004). Herigennem kvalificeredes diskussionen om organisationens overordnede forebyggelse af utilsigtede hændelser, og mere specifikt forebyggelse og diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel, yderligere. Disse ”spejlingsøvelser” har givet inspirationen til ovenstående empirioversigter, som forhåbentlig giver læseren mulighed for at danne sig et indtryk heraf.

I Kapitel 5 og 6 blev forhold omkring forebyggelse og diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel i de to afdelinger gennemgået, samt forhold vedrørende den overordnede forebyggelse af utilsigtede hændelser. I det følgende gives der en uddybning af sidstnævnte gennem et indtryk af, hvordan man på de to afdelinger forholder sig til problemer i forbindelse med spidsbelastninger, hvordan mulighederne for debriefing er, og hvordan man forholder sig til uddannelsen af forvagter. Dette gøres for at give et mere nuanceret indtryk af, hvordan man i hverdagen i de to afdelinger tackler væsentlige udfordringer i forbindelse med patientsikkerhed i organisationskulturen. Alle tre problemstillinger kan opfattes som relevante fokuspunkter til en overordnet belysning af sikkerhedskulturen i afdelingerne. I lyset af denne omtale af forhold med betydning for organisationskulturens generelle forebyggelse af utilsigtede hændelser, følger en uddybende analyse af temaerne i empirioversigterne.

Om spidsbelastninger

Da fødeafdelinger er akutafdelinger, er de, som omtalt i Kapitel 1, normeret efter standard-belastning og ikke efter spidsbelastning. Allerede det først store epidemiologiske journalstudie, der undersøgte problemer omkring fejl og utilsigtede hændelser i sygehusvæsnet fastslog, at denne udfordring især findes på akutafdelinger (Brennan: 1991). At dette fortsat kan være et problem i fødselshjælpen og for medarbejderne heri, illustreres af nedenstående citater fra Horsens og Ystad:

"vi kalder ind på fridage"

"Ja, så kommer hun (cheffordemoderen er) ind og ja – måler og vejer – og tager også en fødsel..."

HjælperJ0908:3

"- Det er ikke tit det sker, men når det sker, må vi jo ringe og sige, at vi er dårligt bemanded"

Hjælper P 0908:3

"Jeg synes, at nogen af de ting, vi får ned over hovedet, jeg synes simpelt hen, det er helt urimeligt, og jeg kan blive så vred over – altså nogen gange, så ligger vi, som vi selv har redt - ikke siger fra. At blive kaldt ind og ta ' en ekstra vagt, ikke? Altså - det er ikke mit ansvar, at der er vagtdækning på fødegangen. Og hvor de gamle sådan mere tænker, eller - ældre: "Ja, men vi skal jo også hjælpe hinanden, og vi skal ha ' afdelingen til at fungere". Det er ikke mit problem i virkeligheden, det er ikke mit ansvar, sådan tænker jeg. Jeg vil meget gerne komme, jeg vil lægge de timer, jeg er ansat på, men der er en grund til, at jeg har de timer (arbejder på deltid er), jeg har, og udover det – det er faktisk ikke mit ansvar".

Ung Jordemoder 0908:15¹

"Ja ellers är det kanske så att jag kann stanna kvar hos kvinnan ock ta det i hand ock be en kollega från BB-sidan om at gå över ock hjälpa mig på förlosningssidan. Vi har också en chef, som är aktiv på förlosningsvård, så får man kalla på henne i så fall, det brukar vi – "

"Det är alltid et problem med över belägningar. Det är ju alltid et problem, när man känner, at man får gå ifrån en kvinna som egentligen hadde behövd en tidigare"
"men tuvärr - det sker ibland, vi måste gå ifrån"

1 Den 2. jordemoderfokusgruppe bestod udelukkende af unge jordemødre

”...i Ystad har vi en oavsedd frihet at vare inna hos kvinna, ock det är en av få ställar i Sverige som främjer det vi är otroligt mycket inna hos kvinnorna, när dom kommer hit in här till os det är så vi jobbar här, ock det är unikt för Ystad”

”Ibland ligger man på stand by ...man ligger i beredskap, att ”ring om där är nånting om ni behöver hjälp”, så kommer man kanske inn ock jobbar morgonen efter”

Barnmorska L: 0309:10-11

Det er som udefrakommende vanskeligt at udrede, hvordan man reelt forholder sig i disse situationer. Men i både fokusgruppeinterviewet med hjælperne og de unge jordemødre i Horsens og i det kvalitative interview med barnmorskan i Ystad er det min vurdering, at vi i samarbejde havde fået åbnet rummet, så det også var muligt at komme med kritik. Jeg fortolker derfor ovenstående som udtryk for, at man i afdelingerne faktisk formår at få personale ind i ekstra belastede situationer. Som det fremgår, kan cheffjordemoderen i Horsens af og til blive kaldt ind i sådanne situationer, og dette er også tilfældet i Ystad. Men der er store og vanskelige problemstillinger forbundet med disse situationer, som det fremgår af citaterne, både hvad angår omsorgen for patienterne og arbejdsforholdene for medarbejderne.

Om Debriefing

Som omtalt fastslog J Reason, at debriefing efter vanskelige situationer spiller en vigtig rolle i forebyggelsen af fejl og utilsigtede hændelser for, at disse ikke skal gentage sig (Reason: 2001 m.fl.). Endvidere fastslog den britiske ingeniør Turner, at katastrofale utilsigtede hændelser ofte er forudgået af en latensperiode, hvor der har været rejst intern eller ekstern kritik af forhold (whistleblowing) der i sidste ende førte til katastrofen (Turner: 1979, 1997). Forskning i varetagelse af patientsikkerhed inden for det obstetriske område fastslår i forlængelse heraf, at debriefing i tilfælde af utilsigtede hændelser er væsentlig i forebyggelsen af, at disse ikke sker igen (fx: Nielsen & Mann: 2008, Gluck: 2008, Mann: 2010)

I Horsens havde man en veludviklet tradition for opsamling efter utilsigtede hændelser (Reiter: 2004: 71ff). Men i forbindelse med fusioneringen med Vejle Fødeafdeling (i 2003) blev der skåret væsentligt på normeringen i forvagtslaget og i hjælpergruppen, hvorefter disse personalegrupper havde dårligere tid til at deltage i disse opsamlings (ibid.). Afdelingen har, siden dette studie, indført debriefing i forbindelse med utilsigtede hændelser. Her skal nogle af fordelene herved illustreres med nogle citater fra hjælpergruppens fokusgruppeinterview:

”Jeg har så også prøvet det modsatte, hvor vi havde – hvor det var lige – og barnet – Men det var da så tæt på som det overhovedet ku’ være ... Hele stuen var fyldt op af alt og alle – og de fødte på de andre stuer – og det var midt om natten, og jeg sku’ være ti steder på en gang og ... og så nåede jeg ikke rigtig at være nogen steder alligevel – og var - og gik hjem – og der var der ikke TID til at sidde bagefter ”

”Men der var jeg så til debriefing bagefter, og det havde jeg rigtig meget brug for. Det var jeg rigtig glad for at jeg var.”

”hvor jeg synes, at jeg havde klaret det enormt dårligt og håndteret det hele rigtig skidt – altså – og så komme til debriefing bagefter og få at vide ”Ja, men for pokker da, det var fuldstændig umenneskeligt, det de gjorde ved dig” og at – det var faktisk vi andre, der sku’ ta’ ansvaret for at sige til dig: ”Du skal blive her, drop resten!”

Hjælper 0908: 24-25

Og omvendt om savnet af debriefing som fast procedure i Ystad:

”så arrangerer man jo en debriefing – altså om det är så, att flertallet vil, så arrangerer man jo det. Men där finns ju också nån kulturär i nån förlosningsvårder, där man ska vare stark liksom Vi är starka kvinnor ock vi klarar detta... Sen så har jag arbetat inom et flygselskap, ock där har man ju en helt annan kultur där man alltid möts upp inom arbetsplatsen ”Hur är det i dag - är alla fit for flight?” Det hadde man kunnet göra här också – man får liksom - Vi möts ju på rapport”

Barnmorska L: 0309:14

På tilbagemeldingsmødet i Ystad kom netop debriefing op som punkt i diskussionen, idet man spejlede sig i de fordele, der var ved disse forhold i Horsens. Man mødes selvfølgelig i vagtskiftet (”på rapport”), men det var ikke sædvane, at man talte om, hvordan man lige havde det i dag, som det fremgår af citatet. Flere medarbejdere er imidlertid på dette tidspunkt interesserede i at få debriefing indført i Ystad, og projektet bidrog således til at kvalificere diskussionerne herom.

Om Uddannelsen af Forvagter

Den kliniske uddannelse af forvagter spiller selv sagt en central rolle i sundhedsvæsenet - også i fremtiden. Der er imidlertid visse vanskeligheder omkring denne problemstilling i hverdagen på fødeafdelingen i Horsens. Det vidner nedenstående citater fra fokusgruppeinterviewet med forvagterne om:

”Der tror jeg de gamle læger har ret i, de har formentlig haft bedre vilkår (i forhold til klinisk uddannelse er) i forhold til, hvad vi har. Mange af dem er uddannet på et tidspunkt, hvor der var for mange læger”.

Forvagter 0908:2

”Ja, men problemet er, at det jo er også - man kan sige, at det også er det, der er lidt mærkværdigt nogen gange: du har en jordemoder, som virkelig bare ved alt om obstetrik sammenlignet med, hvad jeg ved. Men det er mig, der bliver kaldt, når der lige pludselig er et problem at sku tage stilling til, ikke? – og der er det jeg mener, hvis man ikke en gang ved, hvad der er normalt, hvis ikke du er lært op i det helt basale normale, ja, men så kan det være svært. Selvfølgelig har jeg læst og ved godt ifølge mine bøger, hvad det er jeg ska’ kigge på og være opmærksom på og så videre, men der er bare nogen ting, som man kun lærer ved at stå med det.”

Forvagter 0908:8

(Der er meget stor forskel i Horsens er)

”på hvor meget man går ind som bagvagt og hjælper sin forvagt. Men nogen gange - en større indstilling til det her – det er teamwork, hjælp hinanden, når der er belastning, så ville der også være en større mulighed for, at jeg rent faktisk kunne nå noget andet end mit akutarbejde, for eksempel at være med i - altså nogen af de der ting ... Forvagten tager det akutte punktum.”

”Det vil sige, vi bliver nødt – det vil sige at det er de yngre læger, der går stuegang. Usuperviseret”

”Så kan man sige, at hvis nu man gik ind og sagde, at det var acceptabelt med lidt venteliste, og uddannelse var vigtig, fordi vi gerne vil ha de der læger, der kommer ud, får noget uddannelse og også ka noget en dag, og samtidig gir det også penge på uddannelse; så er jeg sikker på, man ville finde en ledelse rundt omkring, der ville sige: ”Hov, hov det er godt for vores business at få uddannet nogle folk”

”det drejer sig om at få folk igennem ambulatorierne, fordi det er der pengene, de er at hente². Det er altså der størstedelen af pengene, de kommer ind. Så er der nogen penge, man tjener ind på operativ virksomhed osv. ved siden af, men det

2 DRG systemet er sat sammen så det forebyggende arbejde i svangreomsorgen ikke takseres (Overjordemoder C Bjerre: Tidsskrift for Jordemødre: Juli / august 2011).

er ikke det, der gir allermest. Det gør noget, men ikke så voldsomt meget. Det er ambulatorierne, og problemet er at - så er det der - de ressourcer, som kan være ret - og gi uddannelse, de bliver placerede nede i et ambulatorium”

”der mangler folk, der skal uddanne, og samtidig har vi så en norm eller et sundhedssystem, som ovenfra er kommanderet til at det, det drejer sig om, det er at der hele tiden skal være fokus på ventelister og få økonomien til at hænge sammen, alt andet er sådan set ligegyldigt”.

Forvagter 0908:14ff

Anderledes er det for den underlækare som jeg interviewede i Ystad og som direkte siger, at hun har valgt Ystad blandt andet fordi:

” - jeg tycker, at jag får ta ganska mycket klinisk verksamhet .. Jag får inte konkurrerere med nån annan..... där är god stemning ock morskar ock läkarer – samarbetat är bra – ock man får lära sig mycket..., jag tror att det är bättre (m patintsikkerhed er) på ett lita ställa. För alla känner ju hvarandra.... på ett stort sjukhus, där är det ju en helt ny grup, när alla samlas ... så att man inte vet, vad dom andra heter”

Underlækare A: 0409:4,6

Forvagterne omtaler her en række problemstillinger i forbindelse med deres kliniske uddannelse, og de påpeger en tæt sammenhæng mellem taksering og honorering i sundhedsvæsnet og kvaliteten af den kliniske uddannelse.

Detaljerigheden i fokusgruppeinterviewet med de yngre danske læger skyldes normativiteten (at vi gerne vil øge patientsikkerheden) og sproget, som vi har til fælles. Betydningen af, at fokusgruppeinterviewet er med medarbejdere på samme plan i organisationen, der støtter hinanden i, som kolleger, at komme til orde og i fællesskab få klarhed over problemstillingen, kan også spille ind.

Det skal her nævnes at en af de yngre læger, der deltog i fokusgruppeinterviewet sad i Uddannelsesudvalget i Foreningen af Yngre Læger, og han angav, at lignende forhold var at finde på mange andre afdelinger i Danmark – særligt de medicinske (Fokusgruppeinterview med forvagter 0908).

Der er altså dels problemer omkring organisationskulturen i afdelingen, hvor hierarkiet kan stå i vejen for en uddannelsesmæssig læringssituation, og dels problemer med markante økonomiske krav, der bliver stillet til afdelingen som organisation fra et højere politisk niveau i det danske samfund.

Kravene om effektivitet og besparelse fremtræder langt mindre bastant i materialet fra Ystad.

Temaer om forebyggelse af utilsigtede hændelser - fra oversigterne

I empirien fremtrådte imidlertid, som ovenfor vist, tre overordnede temaer i organisationskulturernes forebyggelse og håndtering af utilsigtede hændelser. Problemområderne kan som vist i ovenstående oversigter samles i følgende temaer:

- Omsorg – Omhändertakende
- (Tvær) fagligt samarbejde – Individuelt ansvar
- Etablerede rum til faglig udveksling - etablering af rum til faglig udveksling

Nedenfor vil jeg derfor, på baggrund af den mere generelle forståelse af forebyggelse af utilsigtede hændelser, uddybe min analyse af disse tre overordnede temaer.

Omsorg

For det ventede barn og den vordende familie er næsten hele tiden latent til stede i empirien. Det gælder både den specifikke obstetriske omsorg, men også den mere almenmenneskelige omsorg og omsorgen for ens kolleger i hverdagen, som ovenstående citater viser.

Personale, medarbejdere og ledelse ved alt for godt, at selv en præterm fødsel, der går godt, oftest implicerer, at den nyfødte skal tilbringe tiden i kuvøse ind til svangerskabet ville være fuldbåret, det vil sige 37 fulde uger. Organiseringen af fødselshjælp og neonatal assistance betyder, at faderen - i hvert fald her i Danmark - som oftest må tage hjem og gå på arbejde, for bare at komme på ”besøg” hos sin lille nye familie. En præterm fødsel, der går godt, medfører således som oftest, at den lille nye familie bogstavelig talt skilles ad, med alt hvad heraf følger af sorg og savn.

Derfor denne latente tone i empirien af, at personalet virkelig ønsker at undgå præterme fødsler, hvis det er muligt, og heraf den latente smerte i ovenstående citater - man kan bare ikke være til sted på den måde, man ønsker, i alle sådanne situationer. Ofte arbejder man ikke selv under ideelle forhold i disse situationer, og man har så ikke mulighed for at give sine kolleger den nødvendige opbakning, vel vidende, at god opbakning i allerhøjeste grad fremmer muligheden for at yde optimal omsorg. Vilkårene kan da opleves som værende af uafvendelig betydning, som ovenstående citater også viser.

Opbakning kan være direkte omsorg for kollegaer. Den kan komme til udtryk både i uformel og faglig sparring, men også i tværfaglig sparring. Dette vil ofte kunne mindske presset på det individuelle ansvar, man har som sundhedsprofessionel.

(Tvær) fagligt samarbejde - individuelt ansvar

Tematiseringerne af det (tvær) faglige samarbejde er en central figur, som det fremgår af oversigterne. Men denne tematisering må ses i lyset af det store individuelle ansvar, medarbejdere i svangreomsorgen næsten hver dag konfronteres med i deres daglige arbejde. Til illustration heraf gengives nedenfor en række citater om det individuelle ansvar, man som ung jordemoder kan føle i svangrekonsultationen i Horsens:

”Og det er i virkeligheden også der, at jeg tænker, at vi ikke får lov at vise, hvad de ka’ bruge os til – det der med: ”Hvad skal jeg bruge en jordemoder til?”, fordi at nogle af dem, der - hvor man opnår den kontakt, hvor de får stillet nogen spørgsmål, hvor de får grædt eller et eller andet. Altså de bliver simpelt hen så glade, hvis de ser én ovre på fødegangen, fordi der har man gjort en forskel. Det kan godt være, at man bare har slået ørerne ud, men man har gjort en forskel ikke også?”

Ung Jordemoder 0908:9

”men jeg har gruppekonsultation, og jeg synes også: jeg mangler det – mere tid med dem - i hvert fald - Men det er jo sådan generelt, for vi har - 20 minutter i individuel konsultation er jo heller ikke ret lang tid – ”

Ung Jordemoder 0908:4

”Jeg synes tit at man kommer til at - eller kan komme til at virke, sådan at de ikke ved, om de ska’ hurtigt ind og ud igen”

"Det er det der med, at man ikke tør stille de der spørgsmål, man kan se, at de får tårer i øjnene af - Ja. Lige netop".

"Ja, for så skrider tiden ikke også? Og det er jo i virkeligheden dybt tragisk, fordi det er jo lidt et spørgsmål om tid ikke også?"

Flere: "Ja"

Unge jordemødre i dialog fokusgruppe 0908:9

Heroverfor står de huse, der blev bygget i fremtidsværkstedet, som alle rummer (tvær) faglige samarbejdspartnere lige inden for rækkevidde. Muligheden for uformelle møder med dem ligger hermed lige for, og er endda understreget på flere måder i visionerne om "Familiehuset", "Rum til at udtale tanker om det faglige" og i plantegningen for "Neonatalafdeling her i huset". Her er der både cafeer og restaurant og tagterrasse – et væld af muligheder for at møde kvinderne og deres familier, men også ens kollegaer i uformelle og afslappede rum.

En næsten afgrundsdyb ambivalens - mellem hverdagslivets erfarede ensomme ansvar og visionen om muligheden af afslappet nærhed til patienter, pårørende og kolleger - er således til stede i empirien.

Etablerede / etablering af rum til faglig udveksling

Som et underliggende tema, som en mælkebøtte, der vælder op af asfalten bryder behovet for sådanne rum derfor igennem. Det vælder frem i hvert eneste fokusgruppeinterview, i de kvalitative interviews, er til stede i de deltagende observationer af vagtskifter, konferencer og måltider, undervejs i empiriindsamlingen, for til sidst at træde fuldtone frem i fremtidsværkstedet. At gribe muligheden, når et rum for sparring formelt og uformelt viser sig. Er det en måde at overleve på: at når denne mulighed for etablering af et sådant rum dukker op, så gribes den?

Problemstillingen tages der helt konkret og jordnært fat i hos fremtidsværkstedets sidste gruppe "Rum til at udtale sine tanker om det faglige". Hvis denne gruppes tiltag blev indført ville svangreomsorgen i Horsens få bedre rammer til at etablere og udvikle rum for faglig udveksling, og således utvivlsomt forbedre chancerne for at udvikle sig til et af de bedste fødesteder i landet. Af disse ønskværdige rammer er det langt fra alle, der skulle være umulige at erhverve, som det er fremgået af de kærlige kommentarer til de fremlagte forsøg på realisering af utopierne i Kapitel 7. Der er således helt overordnet en tydelig italesættelse af, hvordan afdelingen skal overleve i fremtiden, i fremtidsværkstedet.

Sammenfatning

I dette kapitel er der foretaget en tematiseret analyse af empirien, særligt med henblik på forebyggelse af utilsigtede hændelser. Tematiseringen bygger, dels på de allerede introducerede temaer: spidsbelastning og debriefing, og dels på en fremstilling af temaer, det er dukket op i arbejdet med det empiriske materiale: omsorg, (tvær) fagligt samarbejde – individuelt ansvar og etablerede / etablering af rum til faglig udveksling. Etablerede rum for faglig udveksling kan give rum til, at ”whistleblowing” kan finde sted. Endelig er temaet om klinisk udannelse af forvagter blevet omtalt. Temaerne er blevet illustreret med / spejlet i citater fra fokusgruppe- og kvalitative interviews for således at udvide forståelsen og begrebsliggørelsen af disse.

I det følgende kapitel vil der, blandt andet på grundlag heraf, blive foretaget en komparativ analyse af de to organisationskulturer, der indgår i studiet.

Litteratur

- Brennan TA et al.: Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Haward Medical Practice Study. *The New England Journal of Medicine*. Feb. 1991.
- Gluck PA: Medical Error Theory. In *Patient safety in obstetrics and gynecology: improving Outcomes, reducing Risks*. *Obstetrics and Gynecology. Clinics of North America*. March 2008. Vol 35 No 1:11-17
- Hastrup, K. (red.): *Ind i Verden. En grundbog i antropologisk metode*. København. 2003. 2. Udgave. København. 2010.
- Hastrup, K.: *Sproget. Den praktiske forståelse* Hastrup, K. (red.): *Ind i Verden. En grundbog i antropologisk metode*. Kbh. 2003b.
- Hastrup, K.: *Kultur – det fleksible fællesskab*. Kbh. 2004.
- Hastrup K: *Viden om Verden. En grundbog i antropologisk analyse*. Reitzel: 2004.
- Hylander, I. og Guvå, G: *Grounded Theory som teorigenererende metodologi*. i Bechmann Jensen, T. et al (red.): *Psykologiske og pædagogiske metoder*. RU. 2005.
- Mann S et al: *Role of Clinician in Involvement in Patient Safety in Obstetrics and Gynecology*. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2010 Vol 53 (3): 559-75.
- Nielsen KA: *Ekperimentelle metoder OG aktionsforskning*. I Pedersen og Nielsen (red.): *Kvalitativ metode fra metateori til markarbejde*. RUC 2001

- Nielsen B, Nielsen KA: Methodologies in Action Research. In Nielsen KA and Svensson L (Eds.): Action and interactive Research beyond practice and theory. Shaker. Netherlands 2006.
- Nielsen BS. og Nielsen KA.: Demokrati og naturbeskyttelse. Frydenlund. Kbh: 2007.
- Nielsen KA, Svensson L: (a) Introduction and Background. In Nielsen KA and Svensson L (Eds.): Action and interactive Research beyond practice and theory. Shaker. Netherlands 2006.
- Nielsen P & Mann S: Team Function in Obstetrics to reduce Errors and Improve Outcomes. *Obstet Gynecol Clin N Am* 35 (2008) 81-95.
- Reason J: Managing the risks of Organizational Accidents. Chap: 1-4.UK. 1997.
- Reason J et al: Diagnosing "vulnerable system syndrome": an essential prerequisite to effective risk management. *Quality in Health Care* 2001; 10 (Suppl. II):ii21–ii25
- Reason J: Understanding adverse events: The human Factor *in* Vincent, C (Ed): Clinical risk management. BMJ. London 2001.
- Reason J: Human error: Models and management. *BMJ* Vol 320 18 March 2000:768-770
- Reiter, E.: Patientsikkerhed og Organisationskultur i Sundhedsvæsnet. RUC. Speciale. 2004.
- Skjervheim, H: Deltakar og tilskoda. I Skjervheim, H: Mennesket. Oslo 2002.
- Turner B. et al: Man-made Disasters. First Ed.1979. Sec. Ed. Oxford 1997.

Komparativ Analyse af Empiri

Indledning

I Kapitel 8 blev der foretaget en tematiseret analyse af empirien så tekstnært som muligt. I dette kapitel foretages en komparativ analyse af det empiriske materiale, ud fra den forståelse af praksis og (organisations)kultur, som tidligere er udviklet i projektet.

I en antropologisk forståelse begynder analysen, som tidligere nævnt, med en bestemmelse af det analytiske objekt. Analysen er derfor udtryk for en selektiv opmærksomhed (Hastrup: 2004:10). Det analytiske objekt i dette projekt er i overensstemmelse med problemformuleringen, praksis omkring forebyggelse af utilsigtede hændelser og specifikt forebyggelse og diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel i organisationskulturen.

Analysen er foretaget på baggrund af tematisering af håndteringen af forebyggelse af utilsigtede hændelser (ridset op i metodekapitlet), og på konkrete beskrivelser af forhold i organisationskulturerne omkring praksis i forebyggelse og diagnosticering af præterm fødsel (se evt.: Kapitel 5 og 6). Disse tekster er, som nævnt, fremkommet efter validering og evaluering af analyseresultaterne i fællesskab med medarbejderne på tilbagemeldingsmøderne i afdelingerne. Endvidere omhandler analysen uddrag fra udskrifterne af vægaviser i fremtidsværkstedet (Kapitel 7). Kapitlet bygger således i vid udstrækning på forståelser af de organisationskulturelle forskelle, som deltagerne i de empiriske studier og undertegnede i fællesskab har erhvervet (jf.: Nielsen & Nielsen: 2006).

På kanten mellem at være helt kendt og helt fremmed kan antropologisk viden opstå (jf. Hastrup: 2004:11, 419). Ligeledes kan samarbejdet med deltager i en forskningsproces inspireret af aktionsforskning føre til uventede forskningsresultater (Nielsen & Nielsen: 2006).

Således fremkom de tre temaer: ”Omsorg”, ”(Tvær)fagligt samarbejde – Individuelt ansvar” og ”Etablerede / etablering af rum til faglig udveksling” i og med forskningsprocessen, som vi så i Kapitel 8. Analysen i dette kapitel forholder sig også til disse temaer, samt til temaet ”Klinisk uddannelse af Forvagter” (se evt. Kapitel 8).

Sigtet er ikke at fremkomme med endegyldige fortolkninger af organisationskulturen, endsige færdige billeder heraf, men snarere så vidt muligt at åbne for fortolkninger og indsigter på baggrund af empirien.

Indledningsvist præsenteres i dette kapitel de to afdelinger i henholdsvis Ystad og Horsens, deres fysiske rammer og nogle karakteristiske træk ved organisationskulturen i disse. Synlige organisatoriske strukturer og processer og synlige værdier kan bidrage til forståelsen af en organisationskultur (jf.: Schein: 1994). Der foretages derefter en komparativ analyse af afdelingerne (9.2). Resultater omkring de tre valgte temaer, vedrørende praksis omkring overordnet forebyggelse af utilsigtede hændelser (spidsbelastning, debriefing og whistleblowing), inddrages heri, og forskning omkring obstetrisk sikkerhedskultur vil i et vist omfang perspektivere analysen.

Derefter følger i 9.3 en komparativ analyse af praksis omkring diagnosticering og forebyggelse af (truende) for tidlig fødsel i de to organisationskulturer. Denne bygger på de af medarbejderne godkendte tekster i Kapitel 5 og 6, samt på materiale fra fokusgruppeundersøgelsen i Horsens og de kvalitative interviews med medarbejdere i Ystad. Der inddrages ligeledes obstetrisk forskning på området. Organisationsmæssigt fastlagte rammer for udførelsen af denne praksis beskrives og sammenstilles.

Kapitel 9.4 omhandler mere specifikt omsorgen for det ufødte barn og den vordende familie og for den nyfødte og den nyblevne familie. Inspireret af Margaretha Berg Brodén sammenlignes visse centrale forhold i organisationskulturerne, der kan have betydning for medarbejdernes mulighed for at ”holde” den nyblevne familie (Brodén: 1991). Kapitlet afsluttes med en perspektivering af, hvilken betydning det omliggende samfunds vilkår og strukturer kan have for muligheden af at yde en sådan kvalitet i svangreomsorgen.

Endelig sammenfattes og perspektiveres den komparative analyse i 9.5.

Afdelingerne og deres organisationskultur

Afdelingen i Horsens

Horsens Fødeafdeling er en mellemstor specialafdeling uden neonatalafsnit, men man har neonatal assistance til rådighed på visse tidspunkter i dagtimerne. Fødselstallet var i mange år omkring 1200 fødsler årligt, men er gennem de senere år på knap 2000 årligt.

Afdelingen ligger på 6. sal øverst i sygehusbygningen med udsigt over Horsens Fjord fra nogle af fødestuerne og fra vagtstuen (Reiter: 2004: 43ff). Stuerne fremtræder åbne og lyse. Nogle af fødestuerne har fødekar, og disse er rummelige, så kvinden har mulighed for at bevæge sig rundt i vandet. Karret er designet, så det nærmest er et siddebadekar, der dog er så langt at man kan læne ryggen helt tilbage. Man har også et større plastkar, der er mobilt, og det kan anvendes på de andre fødestuer. På alle fødestuer er der installeret computer, så journalen kan føres herinde. Afdelingen ligger tæt på barselsafsnittet. Her passes patienterne af sygeplejersker, og i de seneste år også af jordemødre.

I vagtstuen er der skrivepladser forsynet med computer, og man har også et yderligere rum forsynet med skrivepladser med computer. Afdelingen var som nævnt, den første i landet, der indførte elektronisk patientjournal, og denne anvendes med henblik på kvalitetsudvikling. Chefjordemoderen er dybt engageret heri, og giver personlig feedback til medarbejderne. (Reiter: 2004:15). Afdelingen fremtræder eksemplarisk, idet man har tradition for en for en fagligt aktiv linie med en åben kommunikationsform, der inddrager medarbejderne (jf.: Flyvbjerg: 1991).

I vagtstuen, parallelt med vinduerne ud mod Fjorden, står der et langbord, hvor der som oftest er kaffe på kanden. Da jeg, i forbindelse med mit speciale, foretog deltagende observation i afdelingen over flere mindre perioder, ville folk fra alle faggrupper i afdelingen fra tid til anden komme forbi og måske få en kop kaffe eller spise deres mad. Vi fik på denne måde flere gange meget givende uformelle samtaler om patientsikkerhed og organisationskultur.

I vagtskiftet kom alle tilsyneladende let og ubesværet til orde og fortalte om eventuelle problemer, de havde ansvaret for. Den samme rolige og lyttende stemning har jeg både dengang og i forbindelse med phd - projektet fundet på morgenkon-

ferencer og jordemoder / hjælper - møder. Hierarkiet er til stede, men øjensynligt er der ingen, der har behov for at pointere eller præcisere det.

Ved væggen over for langbordet, i vagtstuen, står en sovesofa. Sidder man på den, er man afskærmet fra computerafdelingen med en reol på højre side, og på venstre side er der endnu et vindue med udsigt over Fjorden.

Konferencerummet, hvor morgenkonferencen afholdes, er ligeledes lyst og venligt, og også der er det mit indtryk, at der plejer at være kaffe på kanden. Rummet ligger kun få skridt fra fødeafdelingen, hvilket gør det muligt for jordemødrene at deltage i konferencen. Chefjordemoderen er altid til stede på morgenkonferencen, og holder ofte sine pauser i vagtstuen. Chefjordemoderens kontor er imidlertid flyttet ned på den obstetriske lægegang inden for de senere år.

Jordemoderkonsultationen ligger i en ældre bygning i knapt 10 minutters afstand fra fødeafdelingen. Der er god plads i rummene, de fremtræder også lyse og venlige. I et af disse rum er der et rundt bord med god plads omkring, der kan bruges til gruppekonsultation, her blev fokusgruppeinterviewene afholdt. Der er også et stort rum, der kan deles i to mindre, hvor man afholder fødselsforberedelse, jordemodermøder og møder for jordemødre og hjælpere. Her blev fremtidsværkstedet afholdt. I køkkenet står der et mindre bord, og her holder jordemødre og sekretæren pause.

Der har været tilbud om gruppekonsultation, fødselsforberedelse og fødselsforberedelse i vand, men på grund af besparelser i regionen tilbydes der ikke længere fødselsforberedelse. Det kom frem i forbindelse med opsamlingen og evalueringen (se evt. Kapitel 11).

Svangreambulatoriet, hvor obstetriske speciallæger har konsultation, ligger i sygehusets hovedbygning i stueetagen. Her ligger ligeledes den gang, hvor afdelingens ledere og læger har kontorer.

De forskellige funktioner ligger således noget spredt, hvilket vanskeliggør uformelle møder medarbejderne imellem.

Afdelingen i Ystad

Fødeafdelingen i Ystad er ligeledes en mellemstor specialafdeling uden neona-

talafsnit, men man har neonatal bagvagt til rådighed hele døgnet, som på alle andre fødeafdelinger i Sverige. Fødselstallet ligger mellem 1200 og 1300 fødsler årligt.

Den kombinerede føde- og barselsafdeling i Ystad blev kendt i Danmark i begyndelsen af 90-erne, da bogen ”Fødsel på Kvindens vilkår” udkom i 1989. Heri beskriver den mangeårige leder af Fødeafdelingen i Ystad, Signe Jansson og Beatrice Hogg, hvordan de som jordemødre førte - en næsten umenneskelig - kamp for at forandre fødselshjælp og fødselsforberedelse, med udgangspunkt henholdsvis i afdelingen i Ystad og i hjemmefødsler (Hogg: 1989).

Afdelingen ligger på 1. sal, når man kommer fra hovedindgangen, i den ene halvdel af et U så at sige. Den anden halvdel udgøres af barselsafsnittet. De to afdelinger deler personale. I åbningen imellem afdelingerne er der en gårdhave, og nogle af barselsstuerne ligger ud til denne. Fødestuerne ligger ud til ydersiden af U - et. Der er fødekar på et par af stuerne.

Hele afdelingen er holdt i lyse farver og fremtræder faktisk som hjemlig med malerier, hemslöjd og så videre – rummene forekommer på denne måde at åbne for en ”fødsel på kvindens vilkår”.

Vagtstuen er beliggende i den ene side i bunden af U’et - lige over for indgangen til fødeafdelingen. Når en kvinde og hendes mand kommer ind, kan de derfor ses med det samme fra vagtstuen - inden de går ind ad døren, og de bliver modtaget nærmest på dørrinnet til afdelingen.

I vagtstuen er der skrivepladser forsynet med computer, man har yderligere et rum forsynet med skrivepladser med computer. Da jeg kom til afdelingen erfarede jeg, at de også anvender elektronisk patientjournal, og også i denne afdeling er der styr på fødselsstatistikken. Fuldstændig uproblematisk kunne jeg her downloade den nyeste fødselsstatistik for Sverige.

Første gang jeg ankommer til afdelingen, hænger medicinskabet inde i vagtstuen, men i løbet af den tid jeg er der, bliver området omkring medicinskabet afskærmet og ombygget til et selvstændigt medicinrum.

Afdelingen har et relativt stort personalerum møbleret med såvel to spiseborde som en sofagrube med to tre - personers sofaer med fjernsyn. De står i et åbent

L, der vender ud imod rummet. Der er også en skænk med overskab, hvor der står kaffe – rummet er forsøgt gjort hjemligt. Jordemødre og hjælpere spiser, så vidt det er muligt for arbejdet, deres måltider sammen herinde, og somme tider er der også en læge til stede. Lægerne ”kigger forbi” op til flere gange i en vagt – også uden at være kaldt, erfarer jeg gennem mine perioder med deltagende observation. Det gælder både obstetrisk og neonatologisk bagvagt og forvagten.

Morgenkonferencen er udelukkende for læger. Jordemødre og hjælpere afholder vagtskifte i et tredje rum i afdelingen. Stemningen her er rimeligt formel, ingen røber noget om sig selv eller deres børn her, i hvert fald ikke medens jeg er til stede, (jf.: Barnmorska L: 0309: 14, Kapitel 8).

På afdelingen som sådan oplever jeg imidlertid den samme rolige og lyttende stemning, som i Horsens - også her er hierarkiet selvfølgelig til stede, men ingen har tilsyneladende behov for at pointere eller præcisere dette.

Chefjordemoderen har kontor på afdelingen, døren står åben og man kan frit gå derind, ligesom hun ofte er med til at ”fika”¹.

Mödravården, der er en kombination af jordemoderkonsultation og svangre - ambulatorium, ligger i en helt anden bygning ca. 10 minutter derfra. På mödravården kan kvinden endvidere få seksual - og præventionsvejledning, samt få foretaget mindre gynækologiske undersøgelser hos barnmorskan – også efter fødselen. Rummene er lyse og venlige, og afdelingen fremtræder som et hele, også denne afdeling er forsøgt indrettet meget ”hjemligt”. Kun meget få af de jordemødre, der arbejder her, har vagter på fødegangen, men obstetrikere arbejder begge steder. Medarbejderne holder deres pauser et andet sted i huset, og de stempler ud når de går til pause. Der er frokostpause på en halv time og kaffepause både formiddag og eftermiddag. Arbejdet tilrettelægges, så personalet kan ”fika tillsammans”, og stemningen er rolig, uformel og til tider fyldt med en rolig glæde.

Både på Fødeafdelingen og Mödravården er der stempelure, hvad vi ikke kender fra Danmark; men ingen er utilfredse hermed. Jeg har spurgt ind hertil gentagne gange, det opleves som retfærdigt: man har fri, når man har fri.

1 Fika: at spise et (let) måltid sammen, at drikke en kop kaffe sammen.

Næsten alle førstegangsfødende deltager i fødselsforberedelse, nogle hold foregår i vand. Det er jordemødrene på fødeafdelingen, der afholder disse.

Horsens og Ystad – overordnede ligheder og forskelle

De demografiske forhold i Sydsverige er på mange måder de samme som i Danmark – en fuldstændig redegørelse herfor ligger dog uden for denne fremstillings rammer. Læger og jordemødre kan relativt frit flytte arbejdsplads mellem Danmark og Sverige. Uddannelserne og erfaringerne anses for sidestillede.

De institutionelle rammer for organisationskulturerne i Ystad og Horsens er, som det er fremgået, ikke umiddelbart særligt forskellige. Den største forskel er måske, at de forskellige funktioner, jordemoderkonsultation, svangre ambulatorium og fødegang ligger spredt i Horsens, og barselsafsnittet fremtræder som en ”særskilt institution”, medens man i Ystad har to afdelinger: Mödravården og den kombinerede føde- og barselsafdeling.

Afdelingerne i Horsens og Ystad er begge mellemstore obstetriske specialafdelinger uden neonatalafsnit. Der er ikke væsentlige forskelle i normeringerne, hvad angår jordemødre, bagvagter, forvagter og hjælpere i undersøgelsesperioden. Der er kun mulighed for neonatal bagvagts - assistance i Horsens i visse af dagtimerne, ligesom på flere andre obstetriske afdelinger af tilsvarende størrelse i Danmark. I Ystad er der imidlertid, som nævnt, neonatalt bagvagts beredskab i 24 timer i døgnet. Samtlige fødeafdelinger i Sverige har et sådant beredskab, og dermed kan ethvert barn, der kommer til verden, til hver en tid, få kvalificeret hjælp på højeste niveau, hvis det skulle blive fornødent. Et neonatal døgnberedskab giver endvidere medarbejderne mulighed for supervision, for at formulere deres refleksioner over praksis og drøfte disse med en neonatolog (jf. Schön: 1983:243).

I forbindelse med fremtidsværkstedet i Horsens blev der tydeligt udtrykt ønske om at få neonatalt beredskab i afdelingen. Klarest kom dette til udtryk hos gruppen, der valgte at arbejde med temaet: ”Neonatalafdeling her i huset” (Kapitel 7). I fremtidsværkstedet fremkom endvidere gentagne gange kritik af, at der ikke var tilstrækkelig tid til at tage sig af kvinder indlagt til observation for (truende) for tidlig fødsel (ibid.). I dette studie var der ikke antydning af en sådan kritik i Ystad. Der er i empirien adskillige eksempler på godt teamsamarbejde i afdelingen i Horsens. Det overordnede generelle indtryk fra den kvalitative undersøgelse af organisationskulturen (Reiter: 2004), over fokusgruppeinterviewundersøgelsen,

til fremtidsværkstedet i 2010 er, at idealet om at alle skal kunne komme til orde, tages alvorligt. Netop dette at blive taget alvorligt og kunne komme til orde – også med kritik – fremhæves ved flere lejligheder af medarbejderne som væsentligt (se fx Kapitel 7).

Der er tilsyneladende ikke synderlige problemer med at indkalde ekstra personale ved spidsbelastninger (Kapitel 8). De unge jordemødre omtaler dog nogle af ulemperne ved at blive kaldt ind som ekstra vagt, hvilket kan ske for eksempel i forbindelse med spidsbelastninger (Ung Jordemoder 0908:15, Kapitel 8).

I Horsens har man debriefing i forbindelse med vanskelige og / eller utilsigtede hændelser, og dette værdsættes af medarbejderne (fx Hjælper 0908: 24-25, Kapitel 8).

Tilsvarende forhold, hvad angår teamsamarbejde, fandt jeg i Ystad (se evt. Kapitel 6). Her fik jeg fra starten indtryk af en åben og synlig ledelsesstil, med tradition for inddragelse af medarbejderne i arbejdet med udvikling af patientsikkerhed. En stor del af afdelingen var således mødt frem til det ugentlige onsdagsmøde for alle personalegrupper, da jeg skulle præsentere projektet, og alle virkede interesserede og spørgende. Den samme stemning var til stede på tilbagemødet i afdelingen. Den unge forvagt har eksempelvis valgt at være i Ystad, blandt andet fordi hun mener, at samarbejdet mellem jordemødre og læger fungerer godt, og fordi hun mener, at patientsikkerheden har bedre kår på en lille afdeling, hvor man kender hinanden (Underlækare A: 0409:4,6, Kapitel 8).

En klar fornemmelse af, hvor let det er at komme til orde med eventuel kritik, har det imidlertid været vanskeligt at opnå, blandt andet fordi sproglige forhold har været en hindring for at få dette tilstrækkeligt belyst.

Heller ikke her i Ystad har man tilsyneladende problemer med at indkalde personale i forbindelse med spidsbelastninger (Barnmorska L: 0309:10-11, Kapitel 8). Debriefing forekommer ikke som standard i Ystad (Barnmorska L: 0309:14, Kapitel 8); men der er grupper i personalet, der ønsker dette, fremgik det ved afrapporteringen af resultaterne fra den empiriske undersøgelse, i afdelingen.

At kunne mønstre tilstrækkelig med personale kan, som tidligere nævnt, være afgørende i forbindelse med spidsbelastninger på akutafdelinger (fx Brennan: 1991, Reason: 1997, 2001). Det er ikke sædvane hverken på obstetriske afdelin-

ger i Sverige eller i Danmark, at cheffordemoderen deltager i arbejdet på gulvet i sådanne situationer. Det er derfor interessant, at i netop disse to obstetriske organisationskulturer, hvor dette kan ske, har man åbenbart ikke problemer med at tilkalde ekstra personale ved behov.

I begge afdelinger er der en fri og åben kommunikationsform i forbindelse med vagtskifter, morgenkonferencer og måltider med mere. Man kan tilsyneladende uproblematisk rejse spørgsmål for eksempel vedrørende patientsikkerhed. Bagvagterne i Ystad kommer "forbi" en gang imellem, og det gælder både neonatolog og obstetrikere, hermed åbnes for en uformel sparring omkring patienterne - ligesom ved langbordet i vagtstuen i Horsens. I denne sammenhæng skal det nævnes, at, et nyere studie fra USA af betydningen af teamsamarbejde i obstetrikken betoner nødvendigheden af

"gensidig respekt fra alle involverede parter, særlig seniorledelsen"

(Nielsen & Mann: 2008: 85, oversættelse er)

Der er ikke episoder med ikke-optimalt samarbejde eller ubehagelig stemning i materialet fra Horsens, ej heller i Ystad. Det kan selvfølgelig være udtryk for bias. Den tilsyneladende fri og åbne kommunikationsform i forbindelse med vagtskifter og morgenkonferencer, og de muligheder, der er til stede, også for uformel faglig sparring i organisationskulturerne, sandsynliggør dog, at kommunikationen i teamsamarbejdet i afdelingerne er præget af tillid og gensidig respekt (jf. Hastrup: 2004:10). Skepsis og kritik kan således sandsynligvis komme til orde.

Forskning påpegede allerede tidligt nødvendigheden heraf i forbindelse med forebyggelse af utilsigtede hændelser (Turner: 1979). Det skal nævnes i denne forbindelse, at forskning i patientsikkerhed og obstetrik betoner betydningen af tillid og åben kommunikation i teamsamarbejdet, og at utilsigtede hændelser ligefrem kan være en følge af ubehagelig / intimiderende opførsel (Mann: 2010: 567). I det empiriske materiale betoner medarbejderne, at *(tvær) fagligt samarbejde* kan forbedre patientsikkerheden (Kapitel 8). Belastningen af det individuelle ansvar i forbindelse med arbejdet nedtones, når sparring med peers til stadighed er en mulighed. Et studie af samarbejdsforholdene inden for obstetrik sætter betydningen af denne mulighed i relief, idet der heri anføres, at kompleksiteten i moderne medicin betyder, at én person ikke kan forventes at kende al relevant information (Nielsen: 2008:81ff).

Selv om fødeafdelingerne i Ystad og Horsens ser ud til at være godt på vej til at løfte de opgaver som teamsamarbejdet fordrer, er der stadig plads til forbedringer. Som gruppen ”Rum til at udtale sine tanker om det faglige” peger på i fremtidsværkstedet, må disse meget gerne omfatte forbedring og konsolidering af organisationskulturens *Etablerede rum til faglig udveksling* og også gerne etablering af nye ditto (Kapitel 7, Kapitel 8) I Ystad blev – tilsvarende - ønsket om at få etableret debriefing i afdelingen italesat af en ung jordemoder (Barnmorska L: 0309:14, Kapitel 8).

Forvagterne i Horsens anfører i fokusgruppeinterviewet, at mangel på tid kan være et problem; især er mangelen på tid et fremtrædende problem i forbindelse med selve den kliniske uddannelse (Kapitel 8). De er oprigtigt bekymrede for deres muligheder for at lære nok, medens de er i afdelingen, og de mener, at der mangler tid blandt andet til supervisionssamtaler i hverdagen (Fokusgruppeinterview med forvagter 0908, 14 ff, Kapitel 8).

I rimelig kontrast hertil står udtalelserne i det kvalitative interview med forvagten i Ystad, der som nævnt, er tilfreds med de muligheder for supervision og faglig sparring, hun har med sin mentor overlæge (Underläkare A: 0409:4,6, Kapitel 8).

Forskelle i hierarkiets betydning i organisationskulturerne har ikke været i fokus i de empiriske studier. I forbindelse med spidsbelastninger fremgår det imidlertid, som omtalt, at cheffjordemoderen kan give en hånd med og tage del i arbejdet ”på gulvet” i begge afdelinger. På denne måde medvirker cheffjordemødrene aktivt til at flade hierarkiet ud, hvilket fremmer godt team samarbejde inden for obstetrik, ifølge nyere forskning på området (Guisse: 2008: 941). Det kan måske være en medvirkende årsag til, at det er muligt at kalde folk ind ekstra på deres fridage i sådanne situationer.

Afdelingerne og deres praksis

Om diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel

Fokus i dette projekt er jo på gruppen af normale førstegangsfødende. Såfremt en kvinde fra denne gruppe debuterer med truende for tidlig fødsel, kan det være med en række subjektive symptomer: smerter i underlivet, blødning, for tidlig vandafgang, tyngdefølelse, pludseligt opstået ubehag mfl. (se evt.: Herbst: 2006).

Diagnosticeringen af (truende) for tidlig fødsel bygger - såfremt der ikke er vandafgang, blødning eller mistanke om andre opståede patologiske tilstande - først og fremmest på erkendelsen af

- regelmæssige kontraktioner
- ændringer i de cervikale forhold

I et nyere review er prætermt vearbejde således defineret som regelmæssige kontraktioner ifølge med cervikale ændringer (Goldenberg: 2008: 76).

I de empiriske studier i Horsens og Ystad har jeg begrænset mig til at undersøge praksis på disse områder. Begge steder arbejder jordemoder og obstetrikere sammen om dette i en form for teamsamarbejde. Det gælder både i svangrekonsultationen og på fødegangen, og der synes ikke at være forskelle herpå.

Diagnosticering af kontraktionsmønsteret udføres således i begge afdelinger blandt andet med hjælp af CTG (Cardio Toco Grafi - hjerte- vemønster måling), der dokumenteres med en udskrift. Før 1995 spillede CTG en mindre rolle i forbindelse med diagnosticering af vemønsteret, idet jordemoderen ved mistanke om prætermt vearbejde almindeligvis ville sidde en halv times tid med hånden fladt på kvindens mave (Fokusgruppeinterview m jordemødre, Horsens (1): 0908: 3ff Kapitel 5). Gennem denne procedure erfarede jordemoderen kvindens vemønster i praksis, og hun kom dialog med kvinden herom undervejs – en dialog, der var forankret i en delt erfaring om vemønsteret. Kvinden fik på denne måde en kropsligt erfaret undervisning i sin egen krops signaler og kvalificerede derigennem sin tolkning af disse.

Særligt de ældre jordemødre i Horsens udtrykte, i forbindelse med fokusgruppeinterviewet, bekymring over, at denne kropsligt funderede undervisning af kvinden i tolkningen af hendes eget vemønster, er ved at glide ud af hverdagens praksis (Kapitel 5). Jordemødrene mener, at disse informationer kunne spille en vigtig rolle i kvindens egen daglige praksis omkring forebyggelsen af for tidlig fødsel. Særligt hvis hun udskrives til hjemmet, fordi fødslen ikke progredierer (Fokusgruppeinterview, jordemødre, Horsens (1): 0908: 3f, 6ff, 15f).

Diagnosticering (af ændring af) de cervikale forhold, foregår traditionelt, såfremt der ikke er tale om vandafgang, manuelt. Sundhedspersonen diagnosticerer, efter

kvindens udtrykkelige informerede samtykke, forsigtigt med pege- og langfinger cervix' (livmoderhalsens) konsistens, position, og længde, ledende fosterdels stand samt orificiums (livmodermundens) åbning. Proceduren benævnes vaginaleksploration og kan sammenfattes og afrapporteres i Bishop Score (Bishop: 64, Bilag 10).

Omkring 1990 kom de første efterretninger om Trans Vaginal Scanning (TVS) til undersøgelse af de cervikale forhold (Andersen: 1990, Sonek: 1990). Ved TVS føres en transducer forsigtigt op i vagina, derefter scannes cervix, og resultaterne herfra kan aflæses på billederne af scanningen. Flere studier fra USA fremlagde gode resultater ved brugen af TVS (fx: Iams: 1996), og fra midten af 90-erne og frem blev TVS mere og mere almindelig på de obstetriske afdelinger - også i Danmark. Det er læger, der udfører scanningerne både i Danmark og i Sverige, hvorimod vaginaleksploration kan udføres af både jordemødre og læger. Det teamsamarbejde, man havde omkring diagnosticeringen af/(truende) for tidlig fødsel blev som følge heraf ændret. Jordemødrene blev mindre involveret, og tiden de tilbringer sammen med kvinder, der er indlagt til observation for (truende) for tidlig fødsel, blev sandsynligvis mindre (Fokusgruppeinterview m jordemødre, Horsens (1): 0908: 14f). En tendens, der blev forstærket - også som følge af den øgede anvendelse af CTG i forbindelse med vurdering af vemønsteret.

Der var ikke forskel på anvendelsen af vaginaleksploration og TVS i de to afdelinger, Ystad og Horsens. På forhånd undrede jeg mig over hvilke præcise kvalitative forskelle, der er i de to undersøgelses - metoder i forhold til diagnosticeringen og dermed forebyggelsen af præterm fødsel. Denne undren bragte jeg med ind i dialogen med jordemødre og læger i de empiriske studier. Det viste sig, at jeg i et vist omfang delte denne undren med det obstetriske personale i begge afdelinger. Det forekommer måske iøjnefaldende, at man ikke har et fuldstændigt afklaret forhold til en praksis der er en del af hverdagen i begge afdelinger. Med udgangspunkt i denne undren har jeg derfor udarbejdet et litteraturreview af den internationale obstetriske litteratur på området (Reiter: 2012).

Hvad angår selve metoden i diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel er der næppe forskelle mellem de to afdelinger, ej heller mellem de to lande. Generelt er der tale om rimeligt etablerede og, så vidt muligt, evidensbaserede procedurer, hvori teamsamarbejdet mellem obstetrikere og jordemødre spiller en betydelig rolle. Det er således næppe forskelle i praksis omkring diagnosticeringsmetoderne, der anvendes ved (truende) for tidlig fødsel, der danner baggrund for forskel-

lene i frekvensen af præterm fødsel og perinatal mortalitet imellem de to lande og afdelinger.

Men i fremtidsværkstedet i Horsens bemærkede medarbejderne flere gange i kritikfasen, at der ofte ikke var tid nok til at tage sig af kvinder indlagt til observation – og eventuel diagnosticering - af (truende) for tidlig fødsel (Kapitel 7). Ligeledes var det et gentaget ønske i utopifasen, at der ikke skulle være travlhed i afdelingen. Men temaet blev ikke tilvalgt i det videre arbejde i værkstedet.

Selv om jeg ved flere lejligheder har forsøgt at ”fiske”, er der tilsyneladende ikke problemer med manglende tid i afdelingen i Ystad til at tage sig af disse kvinder. Det rejser spørgsmålet om, hvorvidt dette kan skyldes, at de har to læger til at supervisere i et sådant tilfælde både neonatologisk og obstetriske bagvagt? Hvilken rolle visitation kan spille i denne forbindelse, er ikke med foreliggende empiriske studie tilstrækkeligt belyst. Jeg vil blot her anføre, at lægerne i primærsektoren (de såkaldte distriktslæger) i Sverige kan visitere en gravid kvinde til Mödravården på mindste foranledning, som det fremgår af følgende dialog med forvagten i Ystad:

E: Ock du oplever att distriktsläkaren, han ringar också så fort där är nånting?

A: Ja

E: Ja..

A: Självt om det är sjukskrivningar även om det är ryggbesvär

E: Hm

A: Lumbago - där kommer dom till oss. De kommer inte till primärvården, när dom är gravida

E: Ja for det er jo en ting i Danmark – hvis det fx. – det er et godt eksempel – det er egen läkare som gör sjukskrivningar der, og han kan jo misforstå

A: Ja

E: nogen smerter

A: Hm. Då kommer dom alltid till oss. Därför att han sjukskrivar inte – distriktsläkaren –

- - -

A: Der är inte sån att dom behöver att sjukskriva – dom kan säga: ” Jag kann in genting om graviditet, du får gå till din Mödravårds – läkare”

E: Ja –

A: Det är okay att säga så i Sverige –

E: Det er det for alle?

A: *Det gäller för alla!*

E: *Ja*

A: *Ock det är ju ganska bra, så får vi ju träffa alla gravida -*

E: *(tøvende) Ja*

A: *så det är ganska bra!*

Dialog med underläkare ved Kvinnoklinikken i Ystad Fra interview 00409: 8 -9

Ved en sådan visitationspraksis til Mödravården, undgår fødeafdelingen at modtage kvinden, der måske i Danmark var blevet visiteret direkte til fødeafdelingen af egen læge. Netop i dagtimerne på hverdage kan der være mange af sådanne ambulante henvendelser, hvilket kan opleves som et tidsmæssigt pres af medarbejderne på en fødeafdeling.

Om forebyggelse af (truende) for tidlig fødsel

I dette projekt er jordemoderens rolle i denne forbindelse i fokus, idet svangreomsorgen for normale førstegangsfødende i begge lande varetages af denne personalegruppe. Egen læge varetager dog den første svangrekonsultation – og dermed anamnesen - og svangrekonsultationen i uge 24 i Danmark – og i uge 32 (jf.: Kapitel 5).

I Ystad – som i det øvrige Sverige – foregår den tidlige svangreomsorg på ”Mödravården”, hvor der er ansat jordemødre og obstetrikere til at tage sig af de svangre, og sygehjælperne til at bistå dem, ligesom i svangreambulatorierne i Danmark. I Sverige har man imidlertid ikke egen læge i den betydning, som vi kender, og lægerne fra primärvården sender de svangre videre ind til ”Mödravården”, som det fremgik af ovenstående citat. I Sverige anses al behandling af svangre for en specialistopgave, og ingen ser her skævt til en læge, der sender kvinden videre i systemet. Der er imidlertid også andre forskelle imellem de to lande, som det fremgår nedenfor.

Inden den svenske kvinde når til skelsår og alder, rettere, allerede når hun træder ind i puberteten, møder hun jordemødre på ”ungdomsmottakningen”, hvor hun kan få præventionsrådgivning og gratis prævention til hun er 20 år. Her kan hun også få hjælp, hvis hun bliver uønsket gravid – herunder fortrydelsespille og henvisning til abortindgreb. Er ungdomsmottakningen lukket i Ystad, når hun fortryder, for eksempel i weekenden, ringer hun blot til ”Förlossningsavdelningen” (fødegangen), hvor de vagthavende jordemødre altid vil finde tid og plads til hende. Således – allerede inden graviditetens indtræden, har den svenske førstegangsfødende stiftet

bekendtskab med - og måske erhvervet en vis fortrolighed med - jordemødrene som en faggruppe, der kan yde støtte i vanskelige situationer.

I Danmark må den lille uheldige teenager derimod selv klare skærene: gå til egen læge, på apoteket og hjem og tage fortrydelsespillen - hvis hun er heldig, følges hun måske med en veninde.

Efter graviditeten kan den svenske kvinde ligeledes kontakte Mödravården, hvis hun har problemer med kvindelivet eller brug for råd og vejledning desangående. Præventionsrådgivning til kvinder, ordination og udskrivelse af prævention, og behandling af de mest almindelige kvindesygdomme foregår hos jordemoderen (barnmorskan), der selvfølgelig også, i denne del af sit arbejde, har mulighed for supervision / kan tilkalde assistance / visitere til speciallæge (se Kapitel 6). Dette kan fortsætte helt på den anden side af klimakteriet. Det er også Barnmorskar, der i samarbejde med underskøterskar (sygehjælpere) varetager barselsplejen i Sverige. Den svenske piges / kvindes søstre, veninder, mor og mostre og måske også hendes bedstemor har således alle en barnmorska, som de kan konsultere, når kvindelivet byder på udfordringer eller problemer. Barnmorskan er kvindens ledsager gennem alle kvindelivets transitioner og op- og nedture, hvis hun får brug for det - et forhold der blev verificeret på tilbagemeldingsmødet på afdelingen i Ystad (se evt. Kapitel 6). Barnmorskan er så at sige "institutionaliseret" som en sundhedsperson, der i tager sig af kvindelivet, ligesom vi kender egen læge som "institution" i vores liv i Danmark.

Til sammenligning må den danske pige tidligt lære, at man må henvende sig til egen læge i tilfælde af "ondt" i kvindelivet. I Danmark følger jordemoderen kvinden gennem graviditet, fødsel og under visse omstændigheder også barsel, men ofte varetages sidstnævnte af sygeplejersker.

Hertil kommer, at der på Mödravården i Ystad er ansat to kuratorer, socialrådgivere med terapeutisk uddannelse og kompetence (se evt.: Kapitel 6). Jordemoderen har således ud over obstetrisk supervision og assistance, som i Danmark, altid mulighed for at sparre med en person, der er kompetent på disse områder. Ydermere deltager jordemødrene i supervision hver 14. dag i små grupper sammen med nogle få kolleger hos en af disse kuratorer. Endelig skal de mange tilbud om temadage og faglige kurser, der er en del af tilbuddet til Mödravårdens barnmorskar, nævnes. Tilbuddet om fast supervision hos kurator og faste efteruddannelsesstilbud gælder imidlertid ikke barnmorskarna, som er ansat på Förlosningen. Disse resultater,

vedrørende forholdene i Ystad, blev alle verificeret ved tilbagemeldingen i Ystad (se evt. kapitel 6).

De berammede svangrekonsultationer for førstegangsfødende fra gruppen af normale gravide er de samme i Sverige som i Danmark (se Kapitel 6). Svangrekonsultationerne foregår i Sverige alle hos barnmorskan, hvor egen læge i Danmark varetager tre af disse (eller i visse tilfælde lægekonsultationens sygeplejerske).

Allerede i uge 6-7 møder den svangre barnmorskan for første gang. Der optages anamnese og udføres en "livsstilssamtal". Samtalen er berammet til ½ time, men er tiden for knap aftales blot en ny konsultation snarligst (Kvalitativt interview med Jordemoder M 0309: 8). I region Skåne tilbydes kvinder over 33 år fosterdiagnostik (Kapitel 6). Første jordemodersamtale ligger i uge 13-15 og er berammet til 1 time (se evt. Kapitel 6) – igen: er der brug for mere tid aftales en ny tid efter behov. I Danmark foregår den første svangrekonsultation hos egen læge. Alle kvinder – også førstegangsfødende fra lavrisikogruppen – tilbydes fosterdiagnostik. Kvinden er netop blevet svanger og mødes af sundhedssystemet med dette tilbud, der blev givet til alle fra 2004. Der er sædvanligvis sat 40 minutter af til den første jordemodersamtale, der ligger i uge 13- 15 som i Sverige.

Også til de følgende samtaler er der sat mere tid af i Sverige end i Danmark. Man kan altid finde ekstra tider ved behov i Sverige, hvilket kan være et problem i Danmark.

De unge Jordemødre i Horsens omtalte nogle problemstillinger omkring tidsressourcer i svangrekonsultationen - tiden er så knap, at det gælder om ikke at stille det spørgsmål, der kalder tårerne frem i øjnene hos den svangre (se evt. Kapitel 8). Men også bagvægterne taler her om tiden som ressource i svangrekonsultationen. En giver således udtryk for, at de som sundhedsprofessionelle har mindre tid til at tale med den enkelte førstegangsfødende fra lavrisikogruppen om netop hendes ressourcer og risici end førhen:

"Ja, men der var jo mere - mere tid den gang (før 1995 er). Man tog det jo – jeg kan huske de første gravide, jeg så, dem så man jo to gange (småler lidt) i graviditeten."

Overlæge i fokusgruppeinterview 0908: 16

Dengang (før 1995) blev anamnesen optaget af en obstetriker. Optagelsen af anamnesen indebærer, at den svangres eventuelle personlige risikofaktorer for præterm fødsel afdækkes. I den forbindelse er følgende kommentar fra overlægen på Mödravården interessant:

ER: - Vad tycker du är det viktigaste inom förebyggnad av premature födsler?

JB: Jag tycker riskupptäckning.

ER: Ja og hvem är det som du tycker ska upptäcka riskgraviditeten?

JB: Ja vi har en organisation, där barnmorskarne bedömer allt som är normalt

ER: Hm

JB: ock vilka avvikelser, som behöver specialist

Dialog i kvalitativt interview med bagvagt på Mödravården 0309

Her pointeres netop betydningen af, at anamnesen omfatter risikoopsporing. I dagens Danmark er det egen læges opgave i forbindelse med den første svangrekonsultation, som tidligere nævnt. Den tid, de sundhedsprofessionelle har til at tale med den svangre om netop hendes ressourcer og risici, kan være blevet forringet generelt i den samme periode, hvor antallet af for tidlige fødsler er steget, som det fremgår af nedenstående citat:

ER: Okay. Men sidste gang jeg var her og snakkede med jer, der snakkede I meget om at I fik at vide hvert år: "Nu ska I spare 1 % mere som ledelse"?

Leder: (med lille stemme) ja -

ER: Har det været sådan lige siden? 1995?

Ledelsen klukler lidt.

Leder: Ja, men sådan har det været de sidste 10 år.

ER: Okay 10 gange, det er 10 %.

Leder: Ja, det har det været på hele hospitalsvæsnet, det er ikke bare os.

ER: Nej. Det har det bare været hvert år?

Leder: Man sku' effektivisere, så man faktisk lavede 1 % mere for de samme penge, ikke?

ER: Hele tiden?

Leder: Ja.

Dialog med leder i Fokusgruppeinterview 0908: 12

Leder: Nu vil jeg godt springe over til noget helt andet, og det er det der med bedre tid og flere undersøgelser og sådan noget -

ER: Ja.

Leder: Man kan sige selv om, at jeg helt overordnet mener, at de både har fået bedre tid og ikke fået færre undersøgelser, så – altså at jordemoderen har bedre tid og ikke ser den gravide færre gange, så er der bare blevet lagt så meget ind -

ER: samtykker

Leder: og vi er rigtig dårlige til at trække ud -

ER: Okay -

Leder: Altså hvis der bliver lagt nogle flere opgaver på; så er der også nogen, der skal skride, og det er vi rigtig dårlige til, og det er vi måske også dårlige til som ledelse – og så sige præcis: ”Hvad er det”, men selv om vi siger præcis – hvad er det, man så skal undlade at gøre, så har jordemødrene i hvert fald svært ved at slippe det.

ER: Ja, deres gamle praksis?

Leder: Ja – og så er der blevet en enorm dokumentations-praksis.

ER: Ja.

Leder: Så der er blevet lagt mange forskelligartede opgaver oven i det – som der bare for 10 år siden -

ER: Som tager tid -

Leder: som tager tid...

Dialog med leder, Fokusgruppeinterview 0908: 16

Nogle af de opgaver, der er lagt oven i svangreomsorgen, som lederen her omtaler, har tidligere været nævnt, i forbindelse med omtalen af rammerne for svangreomsorg og sundhedsvæsen i Kapitel 3. Forskere på området anfører, at myndighederne forsøger at få borgerne til at vælge forskellige former for adfærd blandt andet gennem kampagner (Vallgård: 2010: 40f):

” Der produceres stadig mere oplysende og opdragende materiale, flere mennesker har til opgave at vejlede i sund livsstil, og påvirkningen vedrører stadig flere sider af borgernes liv. Man kan sige at politikernes og myndighedernes styringsambitioner har været voksende på dette område”

Vallgård et al: 2010: 43

Reguleringsmæssigt er Retningslinjerne for svangerskabshygiejne og fødselshjælp omkring antallet af svangreundersøgelser strammet lidt hen over den tidsperiode, hvor stigningen i antallet af for tidlige fødsler forekom i Danmark. Det er i denne forbindelse interessant at se retningslinjernes formuleringer vedrørende svangreomsorgen for de kvinder, der udebliver fra konsultationen:

”Hvis en kvinde udebliver fra en planlagt undersøgelse, bør jordemoderen/ jordemodercenteret prøve at finde årsagen hertil og evt. tilbyde hjemmebesøg”

Sundhedsstyrelsen: 1998: 49

Denne synsvinkel er senere ændret til, at det anbefales:

” at overveje at tilbyde hjemmebesøg, hvis kvinden udebliver fra aftalte konsultationer”

Sundhedsstyrelsen: 2009: 62

I 1998 var der således en klar opfordring til at finde årsagen til, at kvinden udeblev i svangrekonsultationen. Som nævnt ved man, at disse kvinder kan have en belastet graviditet og måske som følge deraf føder for tidligt (Downe: 2009). I 2009 er der ikke længere nogen henstilling til jordemoder / jordemodercenter om at forsøge at finde årsagen til udeblivelsen. Sundhedsstyrelsen forklejner ikke direkte problemstillingen, men anbefaler at man overvejer sin indsats. Denne ændring i Sundhedsstyrelsens holdning kan måske spores tilbage til, at der i forebyggelsespolitikken i Danmark generelt er lagt stor vægt på påvirkningen af den enkeltes adfærd (Vallgård et al: 2010: 41f, Kapitel 3.5). Dette har betydet at politikere og myndigheder måske lettere ser adfærdsformer som årsag til social ulighed i sundhed (ibid.). Folkesundhedspolitik i Sverige handler derimod også i høj grad om at forandre menneskers levekår, arbejdsforhold, boligforhold, økonomisk tryghed og så videre. Dermed ses disse forhold måske også som havende betydning i forhold til ulighed i sundhed (ibid.).

Konsekvenserne af Sundhedsstyrelsens opfordring til, at man overvejer sin indsats, kunne måske imidlertid være følgende:

Jdm: Jeg har haft en fødsel, men det er nogen år siden - hernede, hvor jeg bare havde skrevet til hende, jeg havde givet hende nye tider, og jeg var meget opsøgende - altså herindefra – men – og hun kom ind 14 dage over tid og fødte et dødt barn ikke også? Og havde ikke været til kontroller overhovedet

ER: Så var du glad for at du havde skrevet -

Jdm: Jeg var lykkelig for - at jeg havde dokumenteret det

ER: I journalen?

Jdm: ”Jeg har ringet”, ”Jeg har skrevet”, ”Sagen overgives til relevant leder NN” ”

Altså simpelt hen hele vejen rundt”.

Jdm: (-) ”Jeg var glad for, at jeg i hvert fald ku’ sige, at jeg havde gjort, hvad jeg kunne, og så må man sige, at der var i hvert fald – havde gjort så meget, at man må sige, at hun havde fået buddet, ikke også?”

–

Jdm: ”Ja, så det var sådan – men der har jo været et eller andet enten i forhold til den første graviditet og fødsel eller et eller andet, som gjorde at hun ikke – ”

Ung jordemoder, Fokusgruppe 0908: 17

Her førte overvejelserne, i anledning af kvindens gentagne udeblivelser fra svangrekonsultationerne, tydeligvis ikke til, at kvinden fik et hjemmebesøg. Den utilsigtede hændelse, der ramte kvinden og hendes barn, kunne tolkes som, at det var kvindens adfærdsform, der her var årsag til den sociale ulighed i sundhed. Kvinder der udebliver fra konsultation kan være belastede, og som nævnt disponerer for eksempel følgende belastninger for præterm fødsel: psykosociale belastninger (Wisborg: 2008), demografisk forhold, socioøkonomiske og uddannelsesmæssige forhold (Goldenberg: 2008), fattigdom (DeFranco: 2008), marginalisering (Downe: 2009). Så det kunne jo være kårene, der spillede ind.

Den unge jordemoder pointerer, hvor glad hun er for, at hun har sørget for at kvinden fik tilbuddet og efterfølgende havde overgivet sagen til relevant leder. Den unge jordemoder er lykkelig over, at hun har dokumenteret hele forløbet, og det er selvfølgelig også godt. Dokumentation er selv sagt væsentlig i forbindelse med kvalitetssikring.

Måling af kvalitet kan imidlertid indebære, at personalet ændrer fokus fra hvad, der er den bedste faglige standard i den givne situation til, hvad der kan forhindre, at de bliver taget i at afvige fra standarder (Jf.: Vallgård et al:2010:77). Tidsforbrug og god dokumentationspraksis anses for relevant i måling af faglig standard. Anvendelsen af kvalitetssikring som et styringsinstrument virker, som det er fremgået, dog ikke nødvendigvis befordrende på professionel nytænkning, i forbindelse med det lokale arbejde til højnelse af patientsikkerhed.

Det generelle indtryk er, at tiden er blevet knappere i afdelingen i Horsens gennem årene, et indtryk, der er empirisk funderet i sammenligningen af svangreundersøgelserne og deres omfang (før) 1995 og (efter) 2004 (se Kapitel 5). Medarbejderne beklager generelt mangelen på tid i forbindelse med de forebyggende svangrekonsultationer, som illustreret i citaterne ovenfor.

Disse forhold står i kontrast til forholdene på Mödravården i Ystad. Ikke alene er der ved alle konsultationer bedre tid, bedre muligheder for ekstrakonsultationer, men der er også tilbud om kurator assistance om fornødent til kvinden og fast supervision for jordemødrene i Mödravården hos en kurator. En dansk uddannet jordemoder, der arbejder i Ystad fortæller:

M: Altså, jeg kan jo – hvis der er situationer – hvor jeg synes: gjorde jeg det nu rigtigt, hvordan skal jeg gøre, så kan jeg gå ind til Eva eller Marie (kuratorerne er) ”Jeg må lige snakke om det her!”

E: Ja -

M: og det kan være - fordi hvis – har jeg nu gjort det rigtige, eller sagde jeg det på den rigtige måde –

E: Ja -

M: eller sagde jeg - eller er det noget, der tumler i mit hoved, eller det kan være en patient –

E: Ja -

M: Hvor jeg kan være usikker på, hvordan skal jeg håndtere -

E: Ja -

M: situationen, hvordan skal jeg gå videre – eller det kan være patienter, som vi ved, har problemer, patienter, som vi sammen laver plan for. Hvordan skal vi gøre det – ”

Kvalitativt Interview, Jdm. M, Mödravården i Ystad: 0309:2

Sådanne muligheder forbedrer selv sagt mulighederne for sparring og teamsamarbejde på dette område og kvalificerer dermed svangreomsorgen over for belastede og skrøbelige kvinder.

Om afdelingerne - og omsorg

Som det fremgår af den tematiserede analyse af det empiriske materiale (Kapitel 8), er det et markant resultat, at alle personalegrupper på begge fødesteder omtaler / betoner betydningen af omsorg – for det lille nye barn, for kvinden, for familien; men også den interkollegiale omsorg, og ikke mindst betydningen af ledelsesmæssig omsorg for personalet, omtales. Ligeledes kan der spores et behov for strukturel omsorg i det empiriske materiale: betydningen af normeringer, dels i forbindelse med spidsbelastninger, dels i forbindelse med uddannelseskapacitet,

betydningen af et godt samarbejde med den afdeling, man visiterer for tidlig fødsel til, af mulighed for kvalificeret neonatal assistance, samt betydningen af de årlige nedskæringer på budgettet i Horsens.

I dette kapitel vil enkelte former for omsorg, som personalet omtaler særligt tydeligt i det empiriske materiale blive omtalt. Ligeledes vil jeg komme ind på mulige årsager til, at personalets lægger vægt på problemstillingen, og betydningen heraf for fødselshjælpen som sådan.

Omsorg under fødslen

Der er allerede omtalt en iøjnefaldende forskel: I Sverige er der hele døgnet mulighed for tilkaldelse af neonatal assistance ved bagvagt, en mulighed der kun foreligger på afdelinger med tilhørende neonatalafsnit i Danmark. Det betyder, at man ikke i praksis har problemer med at kalde neonatologen. I Ystad var det snarere sådan, at hvis man vidste, der kunne blive behov for neonatal assistance ville vedkommende meget ofte selv dukke op for lige at høre, hvordan det gik. Kommunikationen mellem fødeafdelingens medarbejdere og neonatologen forløb gnidningsfrit og åbent i de episoder, jeg overværede, tilsyneladende helt i overensstemmelse med de impliceredes forventninger. En sådan fri og uformel kommunikation mellem pædiatere og fødeafdeling er ikke helt almindelig i Danmark. Yderligere skal det atter nævnes, at personalet i Horsens i forbindelse med fremtidsværkstedet flere gange nævnte, at der ikke altid er tid nok til at passe de kvinder, der er indlagt i afdelingen med diagnosen (truende) for tidlig fødsel (se evt. Kapitel7). Jeg hørte ikke om tilsvarende problemer i Ystad. De kunne i øvrigt heller ikke huske, hvornår der sidst havde været en præterm fødsel i afdelingen, hvilket stemmer fint med, at der ikke var nogen præterme fødsler i Ystad i 2007 (se evt. Bilag 1).

I den samme periode hvor antallet af præterme fødsler steg signifikant i Danmark (1995-2004) var antallet i øvrigt stabilt i Sverige (Morken: 2008), vel at mærke på et niveau under Danmark (se evt. Bilag 4).

Om omsorg for det lille nye barn

Det mest tydelige eksempel herpå i det empiriske materiale skal her gengives i uddrag: fortællingen om det lille bitte nyfødte barn fra Horsens, som man vidste var for lille, det ville ikke kunne overleve. Forældrene ønskede ikke kontakt med den lille nyfødte. Barnet blev derfor lagt ud i skyllerummet. Her begyndte barnet

at trække vejret, hvilket kan ske, fordi det befinder sig i et koldt rum. Hjælperen opdagede det, og tog den lille op, for at lægge barnet til sit hjerte:

ER: og du fortalte, at du oplevede en -

J: Ja, men jeg har oplevet én, hvor de ikke ville ha' noget med barnet at gøre

ER: Men den sagde noget, når den kom ud?

J: og jeg var helt ny og jeg havde fået så mange ting at vide – alle de ting vi ska ku på fødegangen. Men folk havde glemt at fortælle mig, at de der små nogen, der – de godt kunne være i live.

ER: Ja -

J: så jeg får egentlig bare lige det der – sådan at bare lige - at jeg var der, og så skal jeg bare skynde mig ud i skyllerummet med det

ER: Ja -

J: og så skal jeg bare rette den lidt pænt an, sådan lidt hvis forældrene ville se det – og så lige da jeg tager det der klæde af så -

ER: Ja -

J: så siger den jo sådan en lille lyd der, så gør den sådan – altså det var bare lige et "agry" – og så – det var om natten - det var i en nattevagt - og jeg fik sådan bare lige to valg: enten at smide det der ad helvede til og så (fniser en smule) løbe hjem, eller også måtte jeg gøre noget – så tog jeg den simpelt hen op til mit hjerte. Det var det eneste, der stod i mit hoved: Det var noget med hjertelyden! Høre noget hjertelyd, det er det, den har været vant til altså - og det var det eneste, jeg ku' reagere på – og så kommer S (Overlæge er) nemlig, og så kigger han sådan lige ind i skyllerummet: "Hvad laver du?" og så brød jeg fuldstændig (med gråd i stemmen):

"Ja, men jeg vidste ikke, de ku' være i live, og jeg er bange?"

Klukler lidt og de andre falder forsigtigt i med

J: (Fattet igen) Så stod han og holdt om mig lige så stille, ind til der ikke var mere liv og så – Og så fortalte de mig så – det var en vigtig oplevelse – men det var en hård læremåde. Det var en forskrækkelse. Jeg blev simpelt hen så bange -

Fra Fokusgruppeinterview med hjælper 0908:8

I svangerskabet hører barnet hele tiden moderens pulsslæg, hjerteslæg, og det er kendt, at hjertelyden kan have en beroligende virkning på det lille nye barn. Der stod hjælperen alene med det lille "fremmede" barn i favnen i et skyllerum i en travl afdeling. Men overlægen kom forbi, lagde armen om hende, og der stod de, til barnet udåndede.

En fortælling om omsorg for det lille nye barn, om interkollegial omsorg og om afdelingens omsorgskultur – de stod der, selv om der var travlt i afdelingen, så at sige på trods af de strukturelle rammer i afdelingen. Nogle år senere har sundhedsstyrelsen dog udsendt meddelelse om, at alle afdelinger skal behandle levendefødte med respekt og fornøden omsorg (Sundhedsstyrelsen: 2011).

I det selv samme fokusgruppinterview omtales en lignende episode for mange flere år siden, hvor barnet var noget større, og hvor sygehjælperens snarrådige omsorg for den lille betød, at barnet overlevede og voksede op som normal – hvilket blev dokumenteret på grund af ambulante kontroller (Ibid.: 9).

Betydningen af at give sig tid til den omsorg, der opleves som nødvendig betones igen og igen i det empiriske materiale (se evt. kapitel 8). Her er personalet på linje med forskere som Stern, Klaus og Kennel og Uvnäs - Moberg, der alle fremhæver betydningen af tidlig forældre -barn kontakt. Der udtrykkes et dybt menneskeligt behov hos personalet for at forsøge at leve op til en omsorg for det lille nye barn, der kan leve op til deres egen kulturelle normer, som følger anerkendt forskningsmæssig standard på området og tankerne i WHO - konceptet: Spædbørnevenligt sygehus. Men der er som ovenfor vist, også fortællinger om de vanskelige kår, denne omsorg kan have - særligt i en meget travl afdeling.

Historierne peger endvidere på væsentlige forhold i fødselshjælpen: hvornår bliver fosteret til et barn, og hvordan opfatter vi, og forstår vi det nyfødte barn. Forhold, der har udviklet sig over årene².

Om omsorg for kolleger

Den historiske udvikling i fødselshjælpen mod stadig bedre omsorg for det lille nye barn og den nye familie – især i vanskelige situationer – tegnes tydeligt op igennem det ovennævnte interview. I denne sammenhæng betones også betydningen af det interkollegiale samarbejde og den interkollegiale omsorg. Betydningen af denne omsorg kommer også til udtryk i følgende uddrag fra fokusgruppinterviewet med hjælperne i Horsens:

2 Traditionelt er fosteret blevet anset for et barn såfremt det blev født \geq fulde 28 ugers gestationsalder, eller at det var levendefødt, men i 2004 blev denne grænse rykket så fostre, der er født efter fulde 22 uger anses for børn, hvilket medfører ret til at blive begravet.

L: Altså, det er vi gode til oppe på afdelingen –

ER: Ja?

L: Altså Når der er sådan noget – altså de personer, der har med det at gøre – de bliver altså fredet – og så vi andre

Flere: Ja

L: Så må vi andre ta` det rundt omkring. Så de ikke både skal være..

J: Helt sikkert

L: ved de for tidligt fødte og det andet

P: Ja, men det er rigtigt

L: Ja, men det synes jeg vi er knaldgode der!

S: Det synes jeg også

L: – at man respekterer det – og så må vi andre rende lidt stærkere, hvis det er

P: Ja det gør vi

L: Så der bliver lidt fred og ro der

Flere: Ja det gør der

L: Det synes jeg da. Det synes jeg er meget positivt.

Flere: Ja

P: Ja, men det er rigtigt. Ja.

L: Så må vi andre -

P: Det er vi meget enige om alle sammen – kan man mærke

L: Du kan ikke gå ind på sådan en stue og så gå ind på en anden stue – altså –

Hjælpere i dialog Fokusgruppeinterview Horsens 0908:23-24

Selv om der er travlt i afdelingen bliver den / de medarbejder(e), der står med vanskelige forløb som de ovenfor omtalte så vidt muligt ”fredet” af de øvrige medarbejdere, så de så vidt muligt ikke tvinges til at gå lige ind på en anden stue efter en sådan oplevelse.

Debriefing anses af medarbejderne for et vigtigt element i afdelingens omsorg for ”frontpersonalet” i forbindelse med vanskelige hændelser (se evt. Kapitel 8). I følgende uddrag betones omsorgsaspektet ved debriefing særskilt af hjælpergruppen i Horsens:

P: Der var det enormt rart at få at vide bagefter at – altså jeg havde enormt dårlig samvittighed over, at jeg ikke selv havde tænkt: ”Jeg er nødt til at være her, hvor det drejer sig om liv og død!”

Flere: samtykker forstående

P: For de kaldte jo alle vegne fra – men, men den der pligtopfyldelse med at man ska' reagere på kaldet

ER: Ja?

P: det var næsten mest det, der stod i hovedet af mig, ikke også?

ER: ja

P: og så hver gang jeg rædede ind og ud af den stue, hvor det foregik på, så ku jeg lige nå at ta' noget andet med til nogen– suk – Nej der var det faktisk rart - jeg havde det så dårligt bagefter

ER: Ja?

P: hvor jeg synes, at jeg havde klaret det enormt dårligt og håndteret det hele rigtig skidt – altså – og så komme til debriefing bagefter og få at vide "Ja, men for pokker da, det var fuldstændig umenneskeligt, det de gjorde ved dig" og at – det var faktisk vi andre, der sku' ta' ansvaret for at sige til dig: "Du skal blive her, drop resten!"

ER: Ja

Flere: ja

P: "Du kan ikke ti ting"

J: Nej

Hjælperne i Fokusgruppeinterview m hjælpere 0908: 25

Det er hjælperne, der her så præcist omtaler livsnødvendigheden af omsorgen for det lille barn – og nødvendigheden af den interkollegiale og kulturelle omsorg, som denne handlemulighed er afhængig af.

Den manglende konsekvens i tilrettelæggelse af debriefing, både forklares og beklages i det kvalitative interview med jordemoderen i Ystad (tidligere omtalt i kapitel 8):

E: När der er sket en alvorlig händelse altså utilsigtet händelse – en avvikelse, som I kalder det har I så debriefing?

B: Ja. Det beror lite på, hvem som har varit med ock hur dom ställar sig till det, som har varit med –

E: Så jeg mener det er icke sådan så det er rutine, at Birgitta (chefjordemoderen er) hun kalder undersköterskan ock barnmorska ock läkaren in?

B: Måske att hon frågar, om man vil ha en debriefing, men är der någon som säger at: "Nej, nej vi klarade det bra"

Så gör man inte det.

E: Hvad så med de to andre, som kanske gerne ville ha det?

B: Åh ja

E: De får det så ikke?

B: Nej altså – men är det så - så arrangerer man jo en debriefing – altså om det är så att flertalet vil, så arrangerer man jo det. Men där finns ju också nån kulturar i nån förlossningsvårder, där man ska vare stark liksom ...

Dialog i Kvalitativt interview m. Barnmorska 0309: 14, Kapitel 8

Debriefing kan, som ovenfor vist, være en relevant form for interkollegial omsorg efter en vanskelig hændelse (jf.: Aasland: 2005). Den unge svenske jordemoder peger imidlertid her på, at organisationskulturen i fødselshjælpen kan kræve, at man er stærk og selv tager hånd om sin restitution. Herved kan den betydning, Debriefing har for udvikling af patientsikkerheden i organisationskulturen, imidlertid overses. Manglen på debriefing kan føre til en gentagelse af en utilsigtet hændelse, når en tilsvarende situation dukker op.

Om betydningen af strukturelle forhold og arbejdsforhold for omsorgen for kollegerne

Der er væsentlige forskelle mellem Ystad og Horsens, hvad angår personalets arbejdsforhold – forskelle der har betydning for, hvordan arbejdspladsens omsorg for én som medarbejder opleves.

Man har stempelure i Ystad, men de findes ikke på fødeafdelinger i Danmark. Alle adspurgte personaler i Ystad var meget tilfredse med denne ordning. Det gjorde det lettere at kende forskel på arbejdstid og fritid, mente man. Tydeligt kom dette til udtryk i forbindelse med pauserne på ”Mödravården”, hvortil personalet stemplede ud. Det gav en egen rolig stemning over disse pauser, som folk selv betalte, som jeg oplevede i forbindelse med deltagende observation i afdelingen. Det skal endvidere nævnes at personalet på fødeafdelingen i Ystad selv i vidt omfang tilrettelægger deres vagter ved hjælp af et softwareprogram, designet til formålet. Dette er ikke tilfældet på fødeafdelinger i Danmark, så vidt jeg er orienteret. Netop indflydelse på vagttilrettelæggelse synes at øge personaletrivsel for personale, der arbejder i skiftehold (Joyce: 2010).

Det er ikke tilladt at mobbe på arbejdspladserne i Sverige, og der bakkes op med konkrete muligheder for kvalificeret hjælp til at stoppe dette. Der havde været en episode med mobning på fødegangen, og bedriftssundhedstjenesten blev tilkaldt for at rede trådene ud:

M: Jeg føler, at der er en fuldstændig anden holdning til, hvordan man håndterer problemer. Altså, jeg har hørt, der har været problemer på BB (Barselsgangen er) på et tidspunkt f. eks., hvor der er en, der føler, at hun er blevet mobbet

E: Ja?

M: og så tog man kuratoren ind, som går ind og diskuterer med

E: den kurator man tager ind?

M: Nej der tror jeg -

E: Hun kommer ude fra?

M: Jeg tror det er det der primær – hvad er det, det hedder – Hälsovård, som skal gå ind og udrede, hvis der er problemer på arbejdspladsen

E: (forbavset) har I det?

M: Ja, företagshälsovård

E: Nå företag?

M: Ja, så tager man ind og finder ud af det..

Dialog m. dansk Jordemoder, Kvalitativt Interview Mödravården i Ystad 0309:4

Dertil kommer at man i Sverige har fire ugers ferie i skoleferien, ifølge ferieloven. I Danmark har jordemødre til sammenligning to ugers ferie i skoleferien sammen med deres børn. Hvert år må mange jordemødre følgelig holde op til flere af deres ferieuger uden for skolernes ferie. Ubegribeligt for de svenske barnmorskor og hjælpere!

Jeg havde hørt, at svenskerne kunne blive hjemme i forbindelse med barns sygdom. Jeg spurgte derfor en kollega, der var over den alder, hvor børnene bor hjemme, om det var rigtigt, at de kunne blive hjemme under barns sygdom. ”Ja”, svarede hun, ”Hvor længe” spurgte jeg ”Hür länge som helst”, lød svaret. Jeg tænkte, at den pågældende jordemoder måske var irriteret herover. Jeg gik derfor ind til cheffjordemoderen for at stille det samme spørgsmål. Hun viste mig svaret på en planche fra en power point præsentation på hendes computer: ”WHO: Det er ethvert barns ret at blive passet af sine forældre når det er sygt”. Sådan er det, sagde cheffjordemoderen (jf.: Kapitel 6).

Dertil kommer, at der er 1½ års barselsorlov, hvoraf flere uger er øremærket til faderen, i Sverige, mod et år i Danmark, hvoraf to uger er øremærket til faderen.

Sammenfatning og perspektivering

Afdelingerne i Horsens og Ystad har på mange måder en række fælles karakteristika: samme demografi (tilnærmelsesvist), samme uddannelsesniveau for de professionelle, omtrent samme størrelse (mellemstor obstetrisk specialafdeling uden neonatalafsnit), samme normeringer - et roligt og åbent teamsamarbejde personalegrupperne indbyrdes, det er muligt at indkalde ekstra personale i forbindelse med spidsbelastninger, cheffjordemødrene kommer ud på ”gulvet” i spidsbelastnings situationer. Der er en åben og synlig ledelses stil med tradition for medarbejderinddragelse i udvikling af patientsikkerhed og forbedring af forholdene for medarbejdere i forbindelse hermed.

MEN: I Ystad har man, som i det øvrige Sverige, neonatalt døgnberedskab ved bagvagt, som omtalt flere gange. Det er en person, der er specialuddannet inden for obstetrik og forankret i et obstetrisk team, der optager anamnesen ved den første svangrekonsultation, og der er kurator assistance og -supervision på ”Mödravården”. Dertil kommer, at der er mere tid til at tale med den enkelte svangre kvinde og hendes pårørende i svangre konsultationerne i Sverige, og konsultationerne er mere behovsorienterede (Kapitel 6). Endelig arbejdes der målrettet på, at allerede den første kontakt med jordemoderen skal være womencentred / patientcentered (Kapitel 3.3), idet man anvender Motivated Interview Technique (Kapitel 6). Jordemoderen er den gennemgående sundhedsperson igennem hele det normale svangerskab, idet funktionen ikke deles ikke med egen læge som i Danmark. Kvinden har allerede inden graviditeten stiftet bekendtskab med jordemødre som faggruppe, hvorved relationen mellem den svangre, hendes pårørende og jordemoderen muligvis styrkes.

Endelig var forvagten i Ystad betydeligt mere tilfreds med mulighed for faglig sparring / supervision af obstetrikere og klinisk erfaring – uden for akut beredskabsituationerne, end tilfældet var i Horsens (se evt.: Kapitel 8).

Den overordnede sundhedspolitik i landet kan have en betydning for, hvordan sundhed og sundhedsforebyggelse opfattes, opleves og italesættes. I Sverige vil man, som anført af Vallgård et al spørge ind til de vilkår som kvinden lever under – uden at fornægte betydningen af livsstilsfaktorer. I Danmark vil man snarere vægte interessen for, hvad kvinden selv kan gøre for at tage hånd om sin situation (se Kapitel 3.5).

Den første psykiater for nyfødte i Norden, Margaretha Berg Brodén, omtaler, som nævnt, betydningen af, at den sundhedsprofessionelle ”holder” moderen for at bidrage til, at hun kan holde sit lille nye barn (Brodén:1991).

Som det er fremgået, gives medarbejderne i Ystad således andre og på visse områder bedre forudsætninger for at ”holde” den vordende og nyblevne familie gennem svangerskab, fødsel og barsel, end medarbejderne i Horsens har.

I samarbejdet med medarbejdere og ledelse i Ystad og gennem diskussionerne om varetagelsen af forebyggelse af utilsigtede hændelser og for tidlig fødsel, dukkede således mere overordnede samfundsmæssige og kulturelle forskelle op mellem Danmark og Sverige. Disse kan have betydning for opfattelsen af omsorg i organisationskulturen, og for mulighederne for at udføre denne. Vi forsøgte i fællesskab at finde frem til nogle fokuspunkter i de samfundsmæssige rammer, der tematiserer dette:

- Barnmorskan følger kvinden gennem alle kvindelivets transitioner i Sverige - i Danmark er hun der ”kun” på rejsen gennem graviditet, fødsel og måske barsel
- I Sverige er der 1½ års barselsorlov, I Danmark er der 1 års barselsorlov. I Sverige skal faderen tage en langt større del heraf end i Danmark.
- I Sverige forventes forældrene at passe deres syge barn. I Danmark har man barns første sygedag(e)
- Ferieloven i Sverige giver personalet ret til fire ugers ferie om sommeren sammen med deres børn. I Danmark har man i realiteten oftest kun to ugers ferie sammen med sin familie, som ansat i svangreomsorgen
- I Sverige er der en overordnet ”antimobbe- strategi”, der betyder, at man kan rekvirere hjælp fra en bedriftssundhedstjeneste, såfremt der forekommer problemer med mobning i en afdeling.

Til trods for meget sammenfaldende demografiske, geografiske og uddannelsesmæssige forhold er der altså en række punkter, hvorpå de overordnede samfundsmæssige rammer for organisationskulturen i svangreomsorgen er forskellige i de to afdelinger og i de to lande.

Omsorgen for kollegerne sker i dagligdagen indenfor disse strukturelle rammer, fastlagt af samfundet. De samfundsmæssige og strukturelle forhold i Sverige øger

på det helt konkrete plan organisationskulturens mulighed for at drage omsorg for medarbejderne. Medarbejdere fra begge afdelinger og undertegnede, mener, at det kan øge deres mulighed for at tage hånd om det kommende barn og den nye familie.

Moderen, familien holder det lille barn, de sundhedsprofessionelle ”holder” på flere måder den vordende og nyblevne familie, og organisationskulturen ”holder” i et vist omfang medarbejderne, men de ”holdes” alle af samfundets kultur. Det er vores ”fælles tredje”, et forskningsresultat vi i fællesskab har fundet frem til at sandsynliggøre (jf.: Husted: 2006). Det er verificeret og valideret først på tilbagemeldingsmødet i Ystad, derefter i Horsens og yderligere fremlagt for det årlige landsmøde for jordemødre og obstetrikere i Danmark i efteråret 2009.

Litteratur

- Adler, P. and P: *Observational Techniques*. In Denzin, N.K. et al: *Collecting and interpreting qualitative materials*. USA. 1998.
- Alvesson M: *Understanding Organizational Culture*. London 2002.
- Andersen HF, Nugent CE, Wanty SD, Hayashi RH. Prediction of risk for preterm delivery by ultrasonographic measurement of cervical length. *Am J Obstet Gynecol*. 1990; 163: 859-67.
- Aasland OG et al: Impact of feeling responsible for adverse events on doctor's personal and professional lives. *Qual Saf Health Care* 2005, 14, 13-17
- BISHOP EH: Pelvic scoring for elective induction. *Obstet Gynecol*. 1964; 24: 266-8.
- Bourdieu, P.: *Distinktionen*. Pax.1995
- Bourdieu, P.: *Den praktiske sans*. Kbh. 2007.
- Brennan, T.A. et al: Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Haward Medical Practice Study. *The New England Journal of Medicine*. Feb. 1991.
- Brodén MB: *Mor og barn i Ingenmandsland*. Kbh. 1991
- DeFranco E et al. Area-level poverty and preterm birth: A population based multilevel analysis. *BMC. Public Health*. 2008; 8:316
- Cattaneo L; Rizzolatti G: The Mirror Neuron System. *Arch Neurol / Vol 66 (no.5), May 2009*.
- Downe S et al: 'Weighing up and balancing out'. A meta synthesis of barriers to antenatal care for marginalised women in high income countries. *BJOG*. 2009; 116:518-29.
- Drewes Nielsen et al: *Fleksibilitet, flygtighed og frirum*. RU 2010

- Flyvbjerg B: Rationalitet og magt. Kbh. 1991. Bind 1. Kapitel 4,6,7, og 8
- Goldenberg, RL et al: epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet* 2008; 361:75-84
- Guise, JM: Teamwork in obstetric critical care. *Best practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2008. 22 (5):937-51.
- Hastrup, K (red.): Viden om verden en grundbog i antropologisk analyse. Reitzel. 2004
- Hastrup, K. (red.): Ind i Verden. En grundbog i antropologisk metode. Kbh. 2003. 2. Udgave Kbh. 2010.
- Herbst A, Nilsson C: Diagnosis of early preterm labour. *BJOG*. 2006; 113 Suppl 3: 60-7.
- Hogg B, Jansson S, Stiege K: Fødsel på kvindens vilkår. Reitzel. DK1989
- Husted M and Tofteng D: the common third. In Nielsen, K.A. and Nielsen, B. S.: *Methodologies in Action Research*. In Nielsen KA et al: *Action and interactive research*. Netherlands. 2006.
- Iams JD, Goldenberg RL, Meis PJ, Mercer BM, Moawad A, Das A, et al: The length of the cervix and the risk of spontaneous premature delivery. National institute of child health and human development maternal fetal medicine unit network. *N Engl J Med*.1996; 334: 567-72.
- Joyce K et al: Flexible working conditions and their effects on employee health and well being. *Cochrane*. 2010. Issue 2
- Kristensen TS: Det udviklende arbejde. Århus: 2003.
- Leap, L: Scope of Problem and History of Patient Safety. *Obstet Gynecol Clin N Am* 35 (2008)1-10
- Langhoff-Roos, J. et al: Spontaneous preterm delivery in primiparous women at low risk in Denmark: population based study. In *British Medical Journal*, 2006; 332:937-39
- Mann S et al: Role of Clinician Involvement in Patient Safety in Obstetrics and Gynecology. *Clinical Obstetrics and Gynecology Vol. 58 (3): 559-575*
- Mannion R et al: Cultural Characteristics of “high” and “low” performing hospitals. *Journal of Health organization and management*. 2005. 19 (6):431-39.
- Morken NH et al: Reference population for international comparisons and time trend surveillance of preterm delivery proportions in three countries. *BMC Women’s Health*. 2008.8:16 doi: 10.1186/1472-6874 -8-16
- Nielsen P and Mann S: Team Function in Obstetrics to Reduce Errors and Improve Outcomes. *Obstet Gynecol Clin N Am* 25 (2008)81-95.
- Nielsen KA og Nielsen BS: Demokrati som læreproces. *Industri og Lykke. Et år med Dyndspringeren*. RUC 1999.
- Nielsen, K.A. og Nielsen, B S: Kritisk-utopisk aktionsforskning. I Bechmann Jensen, T. et al (red.): *Psykologiske og pædagogiske metoder*. RU. 2005.
- Nielsen KA & Nielsen BS: *Methodologies in Action Research*. In Nielsen, K.A. et al: *Action and Interactive Research*. Netherlands. 2006
- Nielsen & Svensson (Ed.): *Action and Interactive research beyond practice and theory*. Shaker.2006.

- Parmelli: The effectiveness of strategies to change organisational culture to improve healthcare performance (Review). Cochrane. 2011. Issue 1.
- Rasmussen PH: Forandring som vare: RUC. 2003.
- Reason, J.: Managing the risks of Organizational Accidents. Chapter: 1-4.UK. 1997.
- Reason, J: Understanding adverse events: The human Factor in Vincent, C (Ed): Clinical risk management. BMJ. London 2001.
- Reiter et al: Digital examination and transvaginal scan - competing or complementary for predicting preterm birth? Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. Available online Feb 2012.
- Sonek JD, Iams JD, Blumenfeld M, Johnson F, Landon M, Gabbe S. Measurement of cervical length in pregnancy: Comparison between vaginal ultrasonography and digital examination. Obstet Gynecol. 1990; 76: 172-5.
- Schein EH: Organisationskultur og ledelse.2. udg. Kbh. 1994.
- Schultz M: Kultur i organisationer: Kbh. 1990. 8. Oplag 2003.
- Schön D: The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action. London. 1983.
- Skjervheim, H: Deltakar og tilskodar. I Skjervheim, H: Mennesket. Oslo 2002.
- Sonek JD, Iams JD, Blumenfeld M, Johnson F, Landon M, Gabbe S. Measurement of cervical length in pregnancy: Comparison between vaginal ultrasonography and digital examination. Obstet Gynecol. 1990; 76: 172-5.
- Stern, D.: Barnets interpersonelle univers. Kbh. 2000.
- Stern, D.: Det nuværende øjeblik i psykoterapi og hverdagsliv. Kbh. 2004.
- Sundhedsstyrelsen: Svangreomsorg. Retningslinier og Redegørelse. Kbh. 1998
- Sundhedsstyrelsen: Anbefalinger for svangreomsorgen. Kbh. 2009
- Sundhedsstyrelsen: *Om "fornøden omsorg"*. København: Sundhedsstyrelsen: 2011
- Thomsen, T. T.: Samværet. I Hastrup, K. (red.): Ind i Verden. En grundbog i antropologisk metode. Kbh. 2003.
- Turner, B et al: Manmade disasters. First Ed 1979. Sec. Ed. Oxford 1997.
- Wu, A.V.: Medical Error: The second victim. In *British Medical Journal* 2000, 320; 726-27
- Wisborg, K et al: Psychological stress during pregnancy and stillbirth. BJOG. 2008;115;882-885.

Diskussion

Indledning

I dette kapitel vil de spørgsmål, som problemformuleringen rejste, blive diskuteret med udgangspunkt i det empiriske materiale og analysen heraf. Diskussionen udvikles på baggrund teoretiske overvejelser, der er indgået i projektet.

Der tages udgangspunkt i obstetrisk praksis omkring diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel og forebyggelse heraf. Fokus er fortsat på førstegangsfødende fra lavrisikogruppen. Betydningen af teknologiske ændringer for patientsikkerhed og arbejdsforhold, og den betydning strukturelle ændringer i organisationskulturen kan have i den forbindelse, drøftes.

Herefter diskuteres den mere generelle forebyggelse af utilsigtede hændelser i den obstetriske organisationskultur. Diskussionen er tematiseret omkring de tidligere introducerede temaer: whistleblowing, spidsbelastning og debriefing, samt de temaer, der er fremkommet igennem analysen af det empiriske materiale.

Endelig omhandler kapitlet en diskussion af de teoretiske og metodiske udgangspunkter for studiet af praksis i den obstetriske organisationskultur, anvendelsen af disse i projektets design og metode og en diskussion og evaluering heraf.

Om diagnosticeringen af (truende) for tidlig fødsel

Diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel hos en ellers rask kvinde handler - forudsat at hun ikke har vandafgang - om en diagnosticering af det vemønster, hun frembyder, og af hvorvidt livmoderhals og livmoderåbning modnes af veerne; det vil sige, hvorvidt de såkaldt cervikale forhold progredierer.

Den traditionelle metode til diagnosticering af kvindens vemønster fremkom gennem jordemoderens erkendelse heraf - ved at hvile hånden på kvindens mave gennem et dertil fornødent tidsrum. Denne metode er i dag - også af hensyn til effektivitet og dokumentation - i vidt omfang erstattet af cardiocografi, CTG. Det skal her nævnes, at særligt ældre jordemødre i det empiriske studie pegede på, at denne metode, man tidligere hovedsageligt anvendte skabte nærhed mellem kvinden og jordemoderen. Kvinden og jordemoderen fik en fælles erfaring med vemønsteret. Dette vurderede jordemødrene, at særligt kvinder, der føler sig fremmede over for deres krop, nyder godt af (Fokusgruppeinterview med jordemødre 1, 0908: 3-4, 6-7). En erfaringsbaseret tilegnelse af kropsbevidsthed omkring vemønster kan sandsynligvis have betydning i forhold til forebyggelse af for tidlig fødsel særligt hos kvinder, hvis fødsel ikke progredierer, og derfor bliver udskrevet. Alt andet lige er det efterfølgende lettere for kvinden at passe på sig selv og undgå aktiviteter, der muligvis kan sætte veer i gang, når hun er sig sine egne vemønstre bevidst.

Indførelsen af Transvaginal Scanning (TVS) kan ligeledes have haft indflydelse på praksis omkring diagnosticeringen af (truende) for tidlige fødsel. TVS er en ultralydsteknologi, der anvendes i vurderingen af de cervikale forhold og progressionen af disse hos kvinden. Tidligere anvendte man vaginaleksploration¹ hertil - såfremt dette ikke var kontraindiceret, som for eksempel ved forliggende placenta. Obstetrikere er, med indførelsen af TVS, blevet mere central i dette arbejde, idet det er vedkommende, der udfører TVS. Hermed er jordemødrene knapt så meget involveret i vurderingen af kvinden (Kapitel 5 og 6). Dette forhold gør sig gældende i begge lande.

Overraskende nok var jordemødre og obstetrikere i de to afdelinger imidlertid enige om, at det var svært præcist at vurdere forskellen på værdien af den traditionelle manuelle diagnosticering af de cervikale forhold, vaginaleksploration og Trans Vaginal Scanning.

Et studie af den internationale litteratur på området giver på flere måder de sundhedsprofessionelle ret i deres overvejelser (Reiter: 2012). Screening af asymptomatiske gravid fra lavrisikogruppen med TVS forbedrer ikke resultaterne

1 Metoder til vurdering af de cervikale forhold, TVS og vaginal eksploration er illustreret i Bilag 9.

i fødselshjælpen. Ej heller er der evidens for, at anvendelsen af TVS forbedrer udkommet hos kvinder, der er indlagt med symptomer på (truende) for tidlig fødsel. Anvendelsen af TVS kan dog muligvis forkorte indlæggelsestiden hos de kvinder, der udskrives, fordi fødslen ikke progredierer. De to metoder til vurdering af de cervikale forhold må således snarere anses for komplementære end for konkurrerende.

Der foreligger ikke resultater fra de empiriske studier, der tyder på, at der i praksis er forskel på, hvordan man i Ystad og i Horsens diagnosticerer (truende) for tidlig fødsel. Det er derfor næppe her årsagen til forskellen i frekvensen af præmature fødsler skal søges.

Om forebyggelse af (truende) for tidlig fødsel

Der er, som tidligere omtalt, en række væsentlige demografiske ligheder mellem Sydsverige og Danmark og de sundhedsprofessionelle uddannelser er meget lig hinanden i de to lande.

Jordemoderen og barnmorskan er således begge specialister på det normale svangerskab, fødsel, og barsel. Jordemødrene indgår i begge lande i et teamsamarbejde med obstetrikkerne om varetagelsen af svangreomsorgen, idet de altid konfererer med / henviser til / visiterer til obstetrisk speciallæge ved mistanke om patologi. Endelig er antallet af planlagte svangreundersøgelser i den tidlige graviditet for førstegangsfødende for lavrisikogruppen det samme i de to lande. En række forskelle i varetagelsen af den tidlige svangreomsorg, som de empiriske studier har kortlagt, vil blive diskuteret nedenfor.

Inden graviditeten har den unge kvinde i Sverige, som vi har set, allerede stiftet bekendtskab med barnmorskorna som faggruppe i ungdomsmottakningen. Her kan kvinden henvende sig med kvindelivets symptomer og sygdomme allerede fra pubertetens indtræden. Barnmorskorna varetager i øvrigt sådanne sundhedsydelse gennem hele kvindens liv.

Et Cochrane review konkluderer, at der ikke eksisterer megen forskning om, hvorvidt sundhedsforebyggelse inden graviditeten, forbedrer resultater af svangerskabet, og at der derfor er en mangel på evidens på området (Whitworth: 2009). Det er

imidlertid tankevækkende, at man netop i Sverige, der ligger meget fint placeret i et intereuropæisk studie af perinatal mortalitet og suboptimal care (Richardus: 2003), yder en sådan sundhedsforebyggelse til unge kvinder allerede inden graviditeten. Opbygningen af fortrolighed med jordemødrene som faggruppe starter tilsvarende tidligt. Fortrolighed er vist at have betydning for marginaliserede kvinder i forhold til, hvorvidt de opretholder kontakten til svangreomsorgen (Downe: 2009).

Som anført i Kapitel 9, anses risikoopsporing for endog særdeles væsentlig i forbindelse med forebyggelse af præterm fødsel. *Anamnesen* er en grundsten herfor, men det er under hele svangerskabet vigtigt, at *visitationen* holdes ajour, dvs. at evt. risici opspores / opdages, så adækvat undersøgelse og behandling kan initieres. I Sverige er det barnmorskan, der varetager svangerskabets rutineundersøgelse for den førstegangsfødende fra lavrisikogruppen. Læger i primærsektoren henviser svangre til Mödravården, idet graviditet anses for en specialistopgave (Dialog i interview med underläkare ved Kvinnokliniken i Ystad 00409: 8 -9). I Sverige er det derfor en person med obstetrisk specialviden om det normale svangerskab, der optager anamnesen ved første svangrekonsultation og er ansvarlig for, at visitationen stedse er korrekt. Barnmorskan indgår i et dagligt teamsamarbejde med "peers", hvorigennem refleksive praksis dagligt kan kvalificeres (jf.: Schön: 1983, Kapitel 3).

Den første svangrekonsultation og optagelsen af anamnesen varetages i Danmark af egen læge. Yderligere to af de obligatoriske svangrekonsultationer ligger hos egen læge; dette anses traditionelt for at kvalificere lægen i funktionen som familielæge. Den praktiserende læge er uddannet til at tage sig af sygdomme og symptomer i primærsektoren, men deltager ikke i et hverdagsligt teamsamarbejde med "peers" inden for obstetrik. Når flere forskellige instanser er involveret i et patientforløb, kan der gå information tabt, og muligheden for at opbygge et fortroligt tillidsforhold til en sundhedsperson kan forringes for den enkelte svangre. Strukturelle forhold i svangreomsorgen, her reguleringen af hvilke sundhedspersoner, der varetager denne, kan således have betydning for, hvordan forebyggelsen af for tidlig fødsel finder sted i praksis.

Den svangre i Danmark tilbydes fra 2004 fosterdiagnostik ved den første svangre konsultation, og denne introduceres derfor af egen læge. Angsten for, at der måske kan være noget galt med barnet, kan i visse tilfælde gøre, at kvinden forsøger at afholde sig fra en mere følelsesmæssig erkendelse af graviditeten. Betydningen heraf,

for kvindens omsorg for eget helbred og dermed for forebyggelsen af præterm fødsel, er ikke velbelyst. Etisk Råd angiver i en nyere publikation uenighed vedrørende kvindens behov for rådgivning i denne forbindelse (Etisk Råd: 2009:13f). Fosterdiagnostik tilbydes af barnmorskan til kvinder i risikogrupper i region Skåne, samt på kvindens ønske.

Kvinden og hendes behov sættes i Ystad i centrum fra den allerførste jordemoderkonsultation (Kapitel 6). Det er tankevækkende i denne forbindelse, at et studie med henholdsvis womencentered care (Ickovics: 2007) og et med patientcentered care (Newmann: 2008) begge kunne opvise positive resultater i forebyggelse af præterm fødsel, som tidligere omtalt. I sådanne tilbud gives der mulighed for at de sundhedsprofessionelle kan støtte kvinden omkring temaer, der indgår i udviklingen af moderskabskonstellationen (Kapitel 3.2).

Fokusgruppeinterviewundersøgelsen peger, som nævnt på, at den *tid*, den enkelte sundhedsprofessionelle har til at tale med den enkelte *svangre* om netop hendes *ressourcer og risici*, sandsynligvis er blevet formindsket i den periode, hvor antallet af præterme fødsler steg signifikant i Danmark (se evt. Kapitel 5).

En række faktorer anses for at udgøre en risiko for præterm fødsel, som omtalt i Kapitel 3. Børn i socialt belastede familier har eksempelvis hyppigere forekomst af præterm fødsel og perinatal mortalitet (Sundhedsstyrelsen: 2009: 62). Ligeledes er psykosociale belastninger (Wisborg: 2008) og socioøkonomiske forhold (Goldenberg: 2008) risikofaktorer, der kan øge hyppigheden af præterm fødsel. Kvindens arbejdsforhold kan have betydning for graviditetens udfald (fx: Goldenberg: 2008, Niedhammer: 2009, Pompeii: 2005). og det samme gælder visse livsstilsfaktorer som rygning og alkohol (se fx Sweet: 1997, Goldenberg: 2008, Niedhammer: 2009). De sundhedsprofessionelle behøver tid for, i samarbejde med kvinden, at kunne erkende sådanne belastningsfaktorer.

Livsstilsfaktorer, som eksempelvis rygning, tages op til diskussion allerede ved denne første svangrekonsultation i Sverige, medens rygestopkurser for gravide er blevet sjældnere flere steder i Danmark til trods for Sundhedsstyrelsens anbefaling heraf (Sundhedsstyrelsen: 2009: 44). Dette skal ses i lyset af, at der er evidens for, at rygestopkurser til gravide nedsætter rygning sidst i graviditeten, og er forbundet med en signifikant færre for tidlige fødsler og lav fødselsvægt (Lumley: 2009).

Som det fremgår af Kapitel 9, er det et ønske hos medarbejderne i svangreomsorgen at kunne yde omsorg til den vordende familie – helt i overensstemmelse med den skrøbelighed, som flere forskere omfatter den med (Stern: 1997, 2000, Brodén: 1991 mfl.).

Befinder kvinden sig i en marginaliseret position inden svangerskabet, kan dette have betydning for, hvorvidt hun deltager i den tilbudte svangreomsorg, (Downe: 2009). Studiet peger på betydningen af, at de professionelle i svangreomsorgen kan møde kvinden på åben, empatisk og kulturelt støttende vis. Sundhedsstyrelsen er imidlertid, som vi har set, i de nyeste retningslinjer for svangreomsorgen, knapt så insisterende, som den har været, i sin opfordring til at foretage hjemmebesøg hos kvinder, der udebliver fra svangrekonsultationerne (Sundhedsstyrelsen: 1998: 49, Sundhedsstyrelsen: 2009, 62). Hertil kommer at de faktiske muligheder for at opsøge neglectorer kan være blevet forringet pga. manglen på tid i svangrekonsultationen. Dette kan muligvis være et resultat af, at der i forebyggelsespolitikken i Danmark lægges stor vægt på påvirkningen af den enkeltes adfærd. I Sverige inddrager man også betydningen af levevilkår med mere (Vallgård et al: 2010: 42f, Kapitel 3.5).

Jordemødre bør forsøge at være netværksskabende (Sundhedsstyrelsen:1998, 2009). Dette er, som nævnt, helt i tråd med forskning på området (Reagan: 2005, Lassi: 2010). Imidlertid er omkring halvdelen af de steder, hvor svangre kan komme til jordemoder, blevet lukket gennem de sidste 10 år (Personlig efterretning, Lillian Bondo, Fmd. f. Jordemoderforeningen i Danmark: 0102012). De strukturelle forudsætninger for at jordemoderens kan fungere som netværksskabende er dermed ændret, og dermed også muligheden for at støtte kvinden i udviklingen af moderskabskonstellationen i forhold til netværkstemaet (Stern: 2000, Kapitel 3.2).

På fødegangen er normeringer og uddannelsesniveauer sammenlignelige i afdelingerne i Horsens og Ystad. Dog har man i Sverige døgnberedskab af neonatologisk bagvagt. Til diskussionen af denne kendsgerning skal her anføres et citat fra Sundhedsstyrelsen:

” det centrale spørgsmål vedrørende sundhedsvæsnets opbygning og funktion i relation til den konstaterede overdødelighed i dag drejer sig om kvalificeret neonatologisk hjælp ”

Sundhedsstyrelsen: 1998: 78

Til trods for Sundhedsstyrelsens pointering af betydningen af neonatologisk assistance allerede i 1998, findes dette fortsat ikke som standard ved alle hospitalsfødsler i Danmark.

En af arbejdsgrupperne i fremtidsværkstedet havde da også valgt at arbejde med utopitemaet: ”Neonatalafdeling her i huset” (Kapitel 7). I kritikfasen i fremtidsværkstedet blev der endvidere gentagne gange gjort opmærksom på, at man ikke mente, at der var tilstrækkelig tid til at tage sig af svangre indlagt til observation for (truende) for tidlig fødsel (Kapitel 7). Effektivitetskravet til afdelingen om til stadighed at spare på budgetterne (Dialog med Ledere i Fokusgruppeinterview 0908:12) kan tilsyneladende her være slået igennem som et krav om et formindsket tidsforbrug på fødeafdelingen.

Fortalerne for kliniske standarder ser, som nævnt, disse som en støtte i forbedring af indsatsen, mens kritikerne ser dem som et indgreb i den kliniske frihed (Vallgård et al:2010:79). Den eneste officielle indikator på det obstetriske område, der direkte vedrører for tidlig fødsel i Danmark, er hvorvidt barnet er født før eller efter terminen ([www. NIP.dk](http://www.NIP.dk)). Spørgsmålet er, om ikke denne mangel på præcisering og nuancering af forholdene omkring den enkelte præterme fødsel kan forringe indsigten i, hvad den præterme fødsel kunne skyldes og dermed muligheden for fremtidig undgåelse af lignende tilfælde.

Om forebyggelse af utilsigtede hændelser

Diskussionen af den mere generelle forebyggelse af utilsigtede hændelser vil her blive omtalt ud fra de fokuspunkter til tematisering heraf, der er anvendt i projektet: ”whistleblowing”, spidsbelastning og mulighed for opsamling / debriefing (i Kapitel 2 er der redegjort for disse).

Flere forskere har, som omtalt, interesseret sig for betydningen af whistleblowing og lydhørhed herfor (Turner: 1979, 1997, Stewart:1998). Den traditionelle kultur i sundhedsvæsenet, der forsøger at finde og udpege skyldig frontpersonale i tilfælde af fejl og utilsigtede hændelser, kan overse, at hvis man spørger de involverede personer, vil de så godt som altid kunne beskrive, hvordan omstændighederne havde indskrænket deres manøvre rum (Reason: 2001b). Den udbredte tendens til at finde en skyldig kan have alvorlige konsekvenser for organisationens sikkerhed

(ibid.). Fejl og utilsigtede hændelser bør være starten på en undersøgelse og ikke dens slutning. At udpege den skyldige fostrer fornægtelsen af hvad, der egentlig er på færde (ibid.). Reason mener, at patologiske organisationer marginaliserer ”whistleblowers”, straffer eller skjuler fejl og undlader at opmuntre nye ideer. En af forskerne bag The Haward Medical Practice Study (Brennan et al: 1991) gjorde for nyligt opmærksom på, at selv om indrapportering af utilsigtede hændelser anses for essentiel i fremtidig forebyggelse af disse, bliver den allerstørste del af disse aldrig indrapporteret (Leap: 2008). Manglende indrapportering kan muligvis være udtryk for en form for tabuisering eller fornægtelse, efter hans opfattelse.

Betydningen af ”*whistleblowing*” i forebyggelsen af utilsigtede hændelser vil her blive diskuteret med omdrejningspunkt i et konkret tema fra organisationskulturen i Horsens. Eksemplet handler om italesættelsen af problemstillingen omkring tid i svangreomsorgen.

Udsagn fra såvel unge jordemødre (se evt. Kap. 8), som bagvagter og ledelse (se evt. Kap. 9) indeholder alle elementer af ”whistleblowing” omkring faren for, at kravet om mindskelse af tidsforbrug tendentielt kan forringe kvaliteten i den ydede svangreomsorg. Hertil kommer den gentagne kritik af, at der ikke er tid nok til at tage sig af de svangre, der er indlagt til observation for (truende) for tidlig fødsel (Kapitel 7). Ønsket om ingen travlhed i afdelingen var ligeledes et højt ønsket utopitema i fremtidsværkstedet (ibid.). Alligevel var der ingen grupper, der ønskede at arbejdede videre hermed. Mangel på tid er således erkendt i organisationskulturen. Det kan være vanskeligt for ledelsen at tage hånd om problemstillingen med et konstant krav om besparelser på 1 % årligt (Leder i Fokusgruppeinterview 0908: 12, Kapitel 9). Management af hospitaler kan imidlertid være så fikseret på indikatorer (fx til måling af effektivitet), at opmærksomheden på forfinede interaktioner i systemet, der kan medføre utilsigtede hændelser, overses (jvf.: Reason 2001). ”Whistleblowing” handler således ikke bare om muligheden for at blive hørt, men også om, hvorvidt det er muligt at tage hånd om den viden, som kommer til udtryk.

Det skal i denne sammenhæng nævnes, at Lene Espersen i vejledningen om offentlig ansattes yringsfrihed fastslår, at offentligt ansatte har yringsfrihed, men at man forventer loyalitet fra de offentlig ansatte (Justitsministeriet: 2006). Ambivalensen i reguleringen på området er ikke helt utydelig. Navnet på sundhedsprofessionelle, der er under mistanke for at været skyld i fejl i sundhedsvæsnet, kan offentliggøres, medens sagen afklares, som omtalt i Kapitel 1. Samtidig forventes sundhedsper-

sonale at indrapportere fejl, der kommer til deres kendskab, som tidligere nævnt (Folketinget: 2007). Dette kunne opfattes som, at man af sundhedspersonalet forventer, at de skal optræde som 5. kolonne over for deres kolleger. Betydningen af denne regulering på området kendes ikke i detaljer.

Medarbejderne i Horsens anser imidlertid generelt organisationskulturen for at være åben over for spørgsmål og kritik. Bagvagterne er angiveligt lydhøre og interesserede i de overvejelser, som de øvrige medarbejdergrupper har (se fx Kapitel 5.2, Fokusgruppeinterview med forvagter 0908:4,5). Ligeledes anføres det, at ledelsen lytter til kritik (fx: Fokusgruppeinterview med forvagter 0908:10). Men forvagterne i Horsens er, som gruppe, bekymrede over de ikke-optimale forhold, som deres kliniske uddannelse lider under (se evt. kapitel 5), og dette mener de i øvrigt, er et generelt problem i den kliniske uddannelse af yngre læger i Danmark (Fokusgruppeinterview med forvagter 0908)².

Det empiriske materiale fra Ystad viser, at i dagligt samarbejde medarbejdergrupperne imellem har man generelt de samme gode forhold som i Horsens. Men en ung barnmorska angiver, at det kan være vanskeligt at få lydhørhed i afdelingen blandt de andre jordemødre, når man kommer med nye forslag til udvikling af patientsikkerhed (Interview barnmorska 4-3-09: 15).

I Sverige er ”whistleblowers” imidlertid beskyttet af loven: Som hovedregel kan de videregive oplysninger, som de har fra deres arbejdsplads, uden at være hjemfaldne til straf, det kaldes princippet om ”meddelarfrihet” (Knudsen: 2003: 40). Offentlig ansatte i Sverige kan derfor ikke afskediges, forflyttes og så videre, såfremt de benytter denne frihed til at informere offentligheden.

Problemstillingen omkring ”whistleblowing” sætter således problematikken omkring det individuelle ansvar og det (tvær) faglig samarbejde på spidsen – et tema der også er dukker op i det empiriske materiale (Kapitel 8). I denne sammenhæng er det interessant, at nyere studier i teamsamarbejde i obstetrik peger på, at ledere, der støtter uformel informationsudveksling, så medarbejderne føler, at de frit kan udtale sig, angiveligt er mere effektive (jf.: Guise:2008: 940f, Schön: 1983: 328).

2 Efter specialiets empiriske studie af sammenhængen mellem organisationskultur og patientsikkerhed i Horsens blev der indført en uges introduktion til forvagterne på fødegangen. På tidspunktet for afholdelsen af fokusgruppeinterview var dette kursus blevet forlænget.

Spidsbelastninger er situationer, der kan sætte det individuelle ansvar, som man som sundhedsprofessionel har og oplever for kvindens fødsel, under pres. Manglen på personale kan betyde, at man som sundhedsprofessionel ikke får optimal mulighed for at udføre sit arbejde (se evt. Kapitel 8). Ansvar for håndteringen af forebyggelsen af utilsigtede hændelser hviler selvfølgelig, også i disse situationer, på den individuelle sundhedsperson, men de vilkår, organisationskulturen tilbyder omkring for eksempel indkaldelse af (ekstra) personale, er selv sagt af betydning for patientsikkerheden.

Omfattende journalstudier har vist, at spidsbelastning, fortrinsvis rammer akutafdelinger, heriblandt fødeafdelinger, der sædvanligvis er normeret efter en gennemsnitsbelastning (fx: Brennan: 1991). Et tidligere omtalt britisk studie konstaterede eksempelvis i 1995, at risikoen for at miste barnet ved et normalt svangerskab og en spontan fødsel, i Wales i perioden 1993-95, var signifikant forhøjet om natten og om sommeren. På disse tidspunkter var erfarent obstetrisk personale vanskeligere at få fat i (Stewart: 1998).

I både Horsens og Ystad kommer cheffjordemoderen, i tilfælde af spidsbelastninger, af og til ud på ”gulvet” (Kapitel 6). Medarbejderne angiver i begge afdelinger, at man kan få personale til at komme ind ekstraordinært i forbindelse med spidsbelastninger. I denne forbindelse kan cheffjordemødrenes faktiske støtte, en støtte, der klart udtrykker anerkendelse og respekt for såvel arbejdssituationen, som de medarbejdere, der tager sig af den, have betydning – også for at folk vil komme ind på deres fridage. Dette er ikke en selvfølge i alle afdelinger, hverken i Sverige eller Danmark. Det skal her nævnes, at et studie i teamsamarbejde i obstetrik anfører, at ledere, der medvirker til at flade hierarkiske strukturer ud er mere effektive (Guise:2008: 940f).

Muligheden for opsamling efter vanskelige hændelser / debriefing var et højt prioriteret tema hos medarbejdere og ledelse i forbindelse med et studie af en eventuel sammenhæng mellem patientsikkerhed og organisationskultur (Reiter:2004). Temaet er derfor fastholdt i den mere overordnede undersøgelse af organisationskulturens håndtering af forebyggelse af utilsigtede hændelser i dette projekt. *Debriefing* anvendes, som omtalt i Kapitel 2 konsekvent i luftfartsindustrien (se fx Reason: 2001). Formålet med debriefing er selv sagt at forebygge gentagelse af den utilsigtede hændelse. I et temanummer om patientsikkerhed i obstetrik, udgivet af den faglige organisation for obstetrikere i USA, peger forskere på, at

debriefing er væsentlig i arbejdet med forbedring af patientsikkerhed i den obstetriske afdeling (Nielsen P et al: 2008). Muligheden for debriefing / opsamling efter vanskelige hændelser kan, ud fra en antropologisk synsvinkel, anses for et symbol på, at organisationskulturen tager hånd om den ”whistleblowing”, der kan opstå og ofte fremkommer spontant i forbindelse med utilsigtede hændelser, og at den tages alvorligt.

I Horsens er debriefing efter vanskelige hændelser nu en del af dagligdagen. Det er, som nævnt, afdelingsjordemoderen, der indkalder personalet, der var til stede på stuen. Frontpersonalets oplevelser og faglige overvejelser indgår i debriefing, og der er således rum for, at man sammen kan finde frem til, hvor der i fremtiden kunne være plads til forbedringer. Medarbejderne udtrykker flere gange i interviewene, at denne praksis er væsentlig også for deres personlige velbefindende efter sådanne hændelser (se evt. Kapitel 9, jf. Aasland: 2005).

I modsætning hertil er debriefing en mulighed, men ikke standard i Ystad. En jordemoder udtrykker her, som allerede nævnt, at hun meget gerne så debriefing indført som en mulighed, der altid var til stede; hun har selv arbejdet i luftfarten og har oplevet debriefing i denne forbindelse (dialog i kvalitativt interview m. barnmorska 0309: 14, Kapitel 9)

Debriefing er således et eksempel på et fagligt rum, man har etableret til varetagelse af såvel faglig sparring som omsorg for medarbejdergruppen i Horsens. Omvendt er efterspørgslen efter debriefing i Ystad et eksempel på ønsket om etablering af et sådant rum (jf. tematiseringerne af empirien i Kapitel 8).

Jordemødrene på Mödravården i Sverige deltager løbende i supervision i en gruppe af kolleger med kuratoren (socialrådgiver med grundlæggende terapeutisk kompetence). Hermed er sparring med peers – oven i købet under supervision – også på dette område en del af praksis. Et rum til faglig udveksling om for eksempel ”den vanskelige samtale” er således en del af hverdagen i organisationskulturen. Der er ikke et sådant tilbud om supervision på Förlosningen og ej heller i svangreomsorgen i Danmark. Det kan ikke afvises, at dette tilbud kan bidrage til forebyggelsen af utilsigtede hændelser, for eksempel i forbindelse med den svangres udeblivelse fra konsultationen. Netop neglectorer og andre marginaliserede kvinder udebliver oftere fra svangrekonsultationen og har, som nævnt, øget risiko for præterm fødsel (Downe: 2009).

Om de fremkomne tematiseringer i empirien

Af analysen i Kapitel 8 fremkom temaerne omsorg, (tvær)fagligt samarbejde – individuelt ansvar, og etablerede / etablering af rum til faglig udveksling. Temaerne er berørt flere gange ovenfor og vil i det følgende blive diskuteret særskilt med udgangspunkt i det empiriske materiale.

Der er, som omtalt, stadig områder af obstetrikken, der ikke er dækket af evidensbaseret forskning. De sundhedsprofessionelles skøn over situationen og vurdering af denne, danner udgangspunkt for diagnosticering og behandling. Dette skøn har den sundhedsprofessionelle selvfølgelig et *individuel* ansvar for. De omtalte skøn kan for eksempel kvalificeres gennem (*tvær*)fagligt samarbejde, såfremt der er mulighed for diskussion med ”peers”, supervision og / eller inddragelse af ”second opinion” i det daglige arbejde (jf.: Schön: 1983, Kapitel 3.4).

Nyere forskning i obstetrisk teamsamarbejde har ydet vigtige bidrag til forståelse heraf (fx: Guise:2008, Nielsen og Mann: 2008, Mann: 2010). I et studie af samarbejdsforholdene inden for obstetrik anføres det således, at kompleksiteten i moderne medicin betyder, at én person ikke længere kan forventes at kende al relevant information og tage alle de vigtige beslutninger (Nielsen: 2008:81ff). Patient – og familiecentreret omsorg og implementering af teamwork, hvori moderen og familien anses for en del af teamet, og monitorering af ”kliniske udfordringer” anbefales (ibid.).

Personlig usikkerhed kan for eksempel opfattes som et individuelt ansvar, men også som et spørgsmål om uddannelsesmæssig kompetence og / eller manglende / kompromitterede muligheder for (tvær) faglig sparring. Fejl inden for obstetrikken bør opfattes som resultat af usikre personers handlinger eller systemfejl eller begge; mennesker, der arbejder i komplekse systemer kan ikke opfange og overskue alle problemer, der genereres af systemer (Nielsen: 2008: 84). Denne opfattelse ligger langt fra sundhedsvæsnets traditionelle ”syndebukkekultur” (fx: Pedersen: 2003, Reason: 2001). Men den ligger tæt op ad medarbejdernes tematisering af (*tvær*) fagligt samarbejde og *individuel* ansvar og ligeledes af tematiseringen af *etablering af / etablerede rum til faglig udveksling* (se evt. Kapitel 8).

Teamsamarbejde er af flere forskere fastslået at være af essentiel betydning for patientsikkerheden i obstetrik (fx: Guise: 2008:938). Teamorientering er den opfattelse, at man performer bedre som del af et team end som et individ (Nielsen:

2008: 91); at lære at tilbyde støtte til et overanstrengt medlem af teamet indgår heri. Sikkerhed bør ændres fra en prioritering til en kerneværdi i en sikkerhedskultur, hvor rapportering, retfærdighed, fleksibilitet og læring er i fokus (ibid.:81,84); men dette er kun muligt, såfremt ledelsen opmuntrer og belønner åbenhed omkring patientsikkerhed, og medarbejderne har tillid til at informationer vil blive håndteret retfærdigt. At advokere for patientsikkerhed er en evne, der kan være vanskelig at bruge i et hierarkisk system og derfor ofte kræver coaching; men ledere der aktivt arbejder på at flade den hierarkiske struktur ud kan medvirke hertil (ibid.). Brugen af tværfaglige møder med obstetrikere, jordemødre, anæstesiologer og støttepersonale tillader udviklingen af situationsopmærksomhed og en fælles opfattelse af situationen. Det er ledelsen, der sikrer, at tværfaglige teammøder, briefings (samtale inden behandling af komplicerede tilfælde) og debriefings (efter komplicerede tilfælde med henblik på læring i teamet og kvalitetsforbedring) og andre teamaktiviteter finder sted i vagten, påpeges det (ibid.: 91), (jf. refleksion i handling, Schön: 1983: 338, her s 88).

Det kan forekomme både i Horsens og Ystad, at cheffjordemoderen ved spidsbelastning arbejder med ”på gulvet” og hermed aktivt bidrager til at ”flade den hierarkiske struktur ud”. Møder / rum til faglig udveksling er ligeledes til stede i de organisationskulturer, der indgår i det empiriske studie, men de sundhedsprofessionelle kunne ønske sig flere (Kapitel 8). Værdierne, der kommer til udtryk i de nævnte studier ligger tæt op ad dem, som gruppen ”Rum til at udtale sine tanker om det faglige ” fremførte som ønskværdige i fremtidsværkstedet (Kapitel 7).

At introducere en teambaseret ændring i kulturen kræver medvirken af alle medarbejdere, læger, jordemødre, støttepersonale og ledelse, der må lære og træne sammen (Nielsen: 2008: 88). Træning i krisehåndtering i den kliniske afdeling anvendes i stigende omfang. Her kan hele medarbejdergruppen trænes på en gang, og der er mulighed for at svagheder i systemet (latente fejl) kan identificeres (Mann: 2010). Det pointeres endeligt, at indførelsen af teamtræning kan medføre særdeles signifikant reduktion i antallet af utilsigtede hændelser i obstetrik (Nielsen: 2008). Selv om mangler i teamsamarbejde og kommunikation er blandt de væsentligste årsager til utilsigtede hændelser, så

” fortsætter den initiale og fortsatte træning af læger, jordemødre og andet sundhedspersonale med at fokusere på klinisk viden og tekniske færdigheder, som man

tilegner sig i isolation. Det er ikke muligt at lære teamsamarbejde alene”.

Guisse: 2008:948 (oversættelse: er)

Der peges her på en essentiel modsætning i den obstetriske organisationskultur, der, som det turde være fremgået, desværre ikke udelukkende er gældende i USA.

Omsorg er vigtig for såvel det kommende / nye barn, den vordende mor og den nyblevne familie (Kapitel 3.2). Væsentligt er her understregningen af den indbyrdes gensidighed og afhængighed i den nye familie. En relationel nærhed, der er så tæt, at en påvirkning af et element også vil påvirke de øvrige. Kulturen, samfundet og familien yder imidlertid ikke den nye mor den støtte, som er nødvendig, for at hun kan fuldbyrde sin opgave som mor alene (Stern: 2000: 220).

At omsorg på mange måder og i så mange sammenhænge er til stede i det empiriske materiale, kan vidne om såvel personalets viden på området som deres personlige engagement i arbejdet – men også om en længsel efter at kunne yde en mere adækvat omsorg.

Kvinder, der befinder sig i risiko for præterm fødsel, er ofte kvinder, der ikke har den samme uddannelsesmæssige baggrund som sundhedsmedarbejderne i svangreomsorgen. Enhver kvinde, der træder ind af døren, er forskellig fra den foregående, forskellig fra sundhedsmedarbejderen selv, og hun har sin egen individuelle baggrund og handleberedskab, sine egne ressourcer og risici hvad angår præterm fødsel. At omgås og tale med kvinder med en baggrund forskellig fra ens egen stiller krav til den sundhedsprofessionelle, der i så fald ikke ”bare kan falde tilbage” på et hverdagsligt handleberedskab (*habitus*), der er indlejret i kroppen over år (jf. Bourdieu: 1995, 2007). Snarere kræves der empatisk indlevelse i kvindens situation, der måske kan sammenlignes med den, der fordres af antropologen, der rejser ud i verden for at møde mennesker forskellige fra sig selv.

Margaretha Berg Brodén, omtaler, som vi har set, betydningen af ”at holde om” barnet. Når vi ser en lille nyfødt, vækkes tanken om at barnet skal ”holdes” (Brodén: 1991). Brodén påpeger, at det er, hvad mødre normalt gør, men omtaler moderens / forældrenes behov for også at ”blive holdt” helt i overensstemmelse med Stern. Det er Brodéns opfattelse, at de professionelle i varetagelsen af omsorg for nyblevne familier har til opgave ”at holde” moderen / forældrene, så de også kan holde barnet. Denne kompetence kan udvikles gennem refleksiv praksis i samarbejde med peers

(jf. Schön: 1983), i (tvær)fagligt samarbejde i etablerede rum til faglig udveksling. Organisationskulturen ”holder” gennem åbning af sådanne muligheder medarbejderne, så de kan (op)kvalificeres til at varetage deres individuelle ansvar herfor. Organisationskulturen synes at være udspændt mellem behovet for, og længslen efter, at yde god omsorg til de svangre og det samfundsmæssige krav om implementering af effektivitetsforbedringer.

Lignende modsætninger findes tilsyneladende også i den svenske organisationskultur. Et studie heraf ligger dog uden for rammerne af dette projekt. To yderpunkter i denne modsætning skal dog skitseres. Jeg deltog således i et medarbejderkursus i LEAN i Ystad, umiddelbart inden det empiriske studie af organisationskulturen fandt sted. Heroverfor står organisationskulturen i Mödravården, der i dette empiriske studie fremtræder som omsorgsfuld både over for medarbejderne og overfor de svangre, og samtidig forekommer at give den fornødne tid og rum hertil (Kapitel 6 og 9). Hvilken betydning disse modsætninger kan få for organisationskulturen, vil fremtiden vise.

Ifølge Alvesson kan sammenhængen mellem organisationskultur og performance ofte bedst belyses ved at fokusere på de kulturelle aspekter af en given performance i relation til individuelle aktører og mindre enheder, og der eksisterer kun få empiriske studier heraf (Alvesson 2002: 64 f). Gode resultater på kort sigt kan dog medføre problemer og dårlige resultater på langt sigt. Dette kaldes ”malkning” (Alvesson: 2002: 66). Det er i denne forbindelse interessant, hvorvidt de kulturelle regler i organisationen tillader en åben diskussion af ”malkningstemaet” (ibid.).

Dette studie har haft fokus på forebyggelse af utilsigtede hændelser, specifikt forebyggelse og diagnosticering af præterm fødsel i relation til medarbejdere, der har deltaget i de empiriske studier. Tendentielt synes der at være en modsætning i organisationskulturen mellem den svangreomsorg, som de sundhedsprofessionelle ønsker at yde og det samfundsmæssige krav om effektivisering. Dette forhold kan muligvis medføre ringere performance i den obstetriske organisationskultur. I denne forbindelse er det interessant, at forebyggende arbejde var helt fraværende i DRG - takseringen på det obstetriske område helt frem til januar i år (Hagerup: 2012, Kapitel 3.5).

Ønsket om effektivisering og højnelse af kvalitet og evaluering har ført til indførelsen af standardindikatorer, også på det obstetriske område (www.nip.dk). Kun en

indikator angår imidlertid, hvorvidt barnet er født for tidligt eller ej – der angives end ikke, hvor meget for tidligt det er født. Forskning peger i denne forbindelse på, at da man ikke kan måle alt, der har betydning for kvaliteten, må man være opmærksom på, at det man beslutter sig for at måle kan fjerne opmærksomheden fra andre væsentlige opgaver. (Vallgård et al:2010:77). Kvalitetskravet om effektivitet virker næppe befordrende på professionel nytænkning i forbindelse med det lokale arbejde med højnelse af patientsikkerhed, anføres det sammesteds (Vallgård et al: 2010: 41).

Om projektets metode

Allerede tidligt satte E. Schein fokus på begrebet organisationskultur og der er, ifølge hans opfattelse, to årsager til at undersøge og tyde en organisations kultur: videnskabelige årsager og årsager begrundet i formålet at hjælpe ledere til at lede kulturforhold (Schein: 1994: 141). Forskningen i organisationskultur er på det sundhedsvidenskabelige område, som nævnt, meget inspireret af Schein og funktionalistisk, for så vidt at den generelt er fokuseret på organisationskultur som et instrument til effektivisering og / eller forbedring af performance i organisationen (fx Mannion: 2005: Konteh: 2008, Parmelli: 2011). Tendensen til at se på kultur som en ressource eller et instrument til effektivisering kan imidlertid overse ”dybere” lag i organisationskulturen (jf. Alvesson: 2002: 128ff).

Dette studie tager sit udgangspunkt i praksis. På baggrund af en teoretisk begrebsliggørelse af praksis omkring forebyggelse af utilsigtede hændelser, har projektet søgt en afklaring af samspillet mellem praksis og organisationskultur. Med udgangspunkt heri er der udviklet en metode til empirisk undersøgelse af konkret praksis. Intentionen har været at udforske den konkrete praksis i sin kontekst – i organisationskulturen. Udforskningen heraf tager sit udgangspunkt i hverdagens arbejde blandt mennesker, der i dagligdagen har problemstillingerne inde på livet. Både antropologisk forskning og aktionsforskning tager et sådant udgangspunkt. I flere af de nævnte organisationskulturelle tilgange er forskeren derimod ikke deltager i praksis, og praktikerne er ikke deltagere i forskningsprocessen (se evt. Kapitel 4.3).

Sproget er væsentlig for en kommunikation, betones det i antropologien, men kulturel viden kan også komme til udtryk i handlinger og i fraværet af handlinger (Hastrup: 2003:207ff). Mennesker evner at forestille sig hinanden på tværs af

sprogforskelle, samtalen er et redskab til at fremme forestillingsevnen. Relationer i samfundet kan ikke ses og dokumenteres, men kan erfares i praksis (Ibid.:25ff). Erfaringen er således central, og den knytter sig til både krop og tanke. Bliver forskeren del af en daglig praksis, kvalificeres kontakten til feltet (fx: Baarts: 2003, Bundgaard: 2003, Hastrup: 2003b). Antropologen har imidlertid altid en anden vidensinteresse end fællesskabet, der studeres, en antropologisk videnskabelig interesse (Hastrup: 2003:12). Hertil kræves en vis distance – afspejlet i antropologiens traditionelle hovedforudsætning: ”Don’t go native”. Den antropologiske metode forudsætter imidlertid medleven (Hastrup: 2004: 419f), og forholdet til objektet indgår dermed uundgåeligt i forståelsen af dette. Hermed er det ikke muligt ”bare” at rapportere fra forskellige steder i verden, men man gør uundgåeligt en forskel i den (ibid.).

I den kritisk – utopiske aktionsforskning stilles forskere og deltagere ideelt lige i forskningsprocessen. Metodisk gøres dette ved hjælp af demokratisk funderede processer, der åbner rummet og sikrer, at alle kan komme til orde og blive taget alvorligt. Aktionsforskning var angiveligt baseret på en kultivering af dialoger, indtil Skjervheim pointerede, at fortolkning af sprog og udtryk i dialog reelt kun er mulig når fortolkeren og de fortolkede deler en form for interessefællesskab (Skjervheim: 2002, Nielsen & Nielsen: 2006:67ff).

Den tilstræbte ligestilling mellem forsker og praktikere har i dette projekt åbnet en række muligheder for at få et konkret indtryk af praksis, som det er fremgået.

I studiet er jeg imidlertid ikke direkte en deltager i virkeligheden, jeg er ikke medarbejder hverken i Horsens eller i Ystad. Men jeg har ligesom medarbejderne en interesse i at forbedre forholdene i svangreomsorgen til gavn for de nye familier og for medarbejderne, der dermed forhåbentlig vil opleve færre utilsigtede hændelser på deres arbejde. Jeg vil imidlertid stille mig kritisk over for muligheden for, og det ubetinget positive i, fuldstændig at dele interessefællesskab i forskningsprocessen, fordi jeg i arbejdet med projektet har oplevet, at muligheden for distance, forskningsmæssigt åbnede for en uddybning af indsigten i sammenhængen mellem det generelle og det lokale.

I en nyere oversigt over forskerrollen i aktionsforskning anføres det, at forskningsresultater bør tilstræbe at opnå et generelt vidensniveau (Westlander: 2006: 60). At efterspørge det generelle i den lokale kontekst anses for en særlig pligt for

aktionsforskere (Nielsen & Nielsen: 84). Aktionsforskning bevæger sig mod en model for "fuldt partnerskab" mellem forskere og praktikere; praktikerne mødes ikke som klienter, der har behov for hjælp, men snarere som selvstændige individer med potentielle muligheder for udvikling (Westlander: 2006:55). Et koncept der i de skandinaviske landes demokratiske kultur anses for naturligt, i hvert fald i teorien (ibid.).

Bestræbelserne på at almengøre de resultater, som dette projekt har givet indsigt i på et lokalt plan har været fokuseret på problemstillingerne rejst i problemformuleringen: forebyggelse af utilsigtede hændelser i den obstetriske organisationskultur og specifikt forebyggelse og diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel. De lokalt vundne indsigter, i praksis omkring forebyggelse og diagnosticering af præterm fødsel, har imidlertid vist sig på flere måder at have generel karakter. Dette angår for eksempel de ovenfor beskrevne mulige konsekvenser af effektivisering og krav om (tids) besparelse i svangreomsorgen, men også mulige betydninger af indførelsen af teknologi (jf.: Reiter: 2012).

Projektet har på det lokale plan endvidere resulteret i øget erfaringsmæssigt indsigt i betydningen af team-samarbejde, en indsigt, der er af mere generel karakter (Guise: 2008, Mann: 2010). Et nyere studie i klinisk involvering i patientsikkerhed inden for obstetrik angiver at:

"To date no research has directly studied the impact of any teamwork training method on changes in teamwork behaviours in the clinical settings of obstetrics"

Mann: 2010:572

En af grundene hertil må være de tidligere omtalte vanskeligheder med at få adgang til at undersøge praksis omkring utilsigtede hændelser (mangefacetteret, komplekse problemstillinger, hvor mange, også svære følelser, kan være involveret og også den traditionelle syndebugge kultur for at nævne nogle få).

Antropologisk metode har været et væsentligt redskab i denne sammenhæng i sin eksplicitte begrebsliggørelse og anerkendelse af, hvordan man kan komme ind i feltet. En sådan nærmere omtale af adgangsvejen til feltet savnes ofte i aktionsforskning. Aktionsforskningen har i dette projekt kunnet fungere som katalysator for en form for teamtraining, i og med, at den har skabt rum for faglig udveksling i afdelingerne. Projektet har skabt midlertidige rum til faglig udveksling i dialo-

gerne, i fokusgrupperne, i de kvalitative interviews, i fremtidsværkstedet og på møderne i afdelingerne i forbindelse med projektet. Ligeledes har det understøttet eksisterende rum til faglig udveksling ved at pege på betydningen heraf; men det er vanskeligt præcist at vurdere, hvilke konkrete ændringer i teamsamarbejdet, det måtte have afstedkommet på det foreliggende grundlag.

Ved at spejle organisationskulturerne og deres praksis omkring forebyggelse af utilsigtede hændelser, herunder specifikt forebyggelse af præterm fødsel, har projektet endvidere fungeret som repertoire – opbyggende forskning (jf.: Schön: 2009: 315 (reprint af 1983 udgaven)). Medarbejdernes repertoire kunne, i og med spejlingen, potentielt udvides med praksis fra den anden organisationskultur. Samtidig fremtrådte det som indlysende - i og med spejlingen - at hverdagens vilkår i svangreomsorg og fødselshjælpen er skabt i og med samfundet, og dermed potentielt står til at ændre. Dermed har projektet i den lokale kontekst peget på den almene samfundsmæssige forståelse: at samfundet er skabt af menneskelig handling og derfor også muligt at ændre gennem menneskelig handling (jf.: Nielsen & Nielsen: 2006:66).

Effektivt teamsamarbejde er vist at kunne forbedre patientsikkerheden og formindske personaleudskiftning i obstetrik (Guise: 2008: 948). Alligevel fokuserer såvel grund- som videreuddannelse for læger og jordemødre, på klinisk viden og tekniske færdigheder, som folk tilegner sig alene. Den læring i organisationerne, som dette projekt har afstedkommet, er derimod tilegnet i fællesskab. Den viden, der er fremkommet, peger på flere måder, som ovenfor vist, på betydningen og værdien af teamwork og tid og rum for den fælles udvikling heraf.

Om studiets styrker og begrænsninger

Det traditionelle krav i antropologisk forskning, til beherskelse af sproget, giver mulighed for, at man som forsker har kompetencen til at vende sine iagttagelser med feltets beboere og således sikre sig deres gyldighed. Aktionsforskning sikrer, gennem sin ideale fordring, at resultaterne valideres og evalueres i samarbejde med deltagerne i forskningsprocessen. Gennem anvendelse af disse metoder er projektets resultater sandsynliggjort.

De resultater der foreligger i Kapitel 5 og 6 er valide i den forstand, at de har været forelagt og diskuteret i afdelingerne på åbne møder, og de er godkendt i den form,

der foreligger i denne rapport. Ligeledes er resultaterne fra fremtidsværkstedet (Kapitel 7) verificeret i den forstand, at protokollen, der er udarbejdet på grundlag af de udarbejdede vægaviser fra værkstedet, har været forelagt deltagerne til godkendelse. Den viden og indsigt, de empiriske delstudier har skabt, er således fremkommet gennem de demokratiske arbejdsmetoder, der har dannet grundlag for arbejdet, arbejdsmetoder, der er stærkt inspireret af aktionsforskning. Medarbejderinddragelse er så at sige indvævet i projektets empiriske metode og design. Resultaterne er således udtryk for den forskning, som medarbejdere og ledelse i de to afdelinger og undertegnede har udført i fællesskab, og kan betegnes som vores ”fælles tredje” (Husted: 2006).

Alvesson mener, som nævnt, at kun få studier har fulgt initiativer til kulturelle ændringer, idet disse ofte kun følges i en kort periode på et niveau, der er for overfladisk til at drage konklusioner (Alvesson: 2002: 184ff). Dette studie af organisationskultur har imidlertid undersøgt, hvilke mulige forklaringer der kunne være i praksis for, at antallet af præterme fødsler steg signifikant over en tiårig periode. Samtidig har det peget på, hvilken indflydelse strukturelle ændringer, i form af et konstant krav om besparelser, muligvis kan have haft herpå. Projektet har ligeledes vist, hvordan viden om og erkendelse af den vordende og nye families skrøbelighed er blevet indvævet i organisationskulturerne i Ystad og Horsens, og hvordan medarbejderne under de givne strukturelle rammer forsøger at leve op til deres egne ideale fordringer i denne forbindelse.

Endelig har projektet med Cardiotocografi (CTG) og Transvaginal cervixscanning (TVS) som eksempler peget på, hvilken betydning indførelsen af teknologisk ændring kan have for praksis i organisationskulturen. En undersøgelse heraf indgår ikke i Medicinsk Teknologi Vurdering (Sundhedsstyrelsen: 2000). Resultaterne antyder imidlertid, at det kunne være en god idé at undersøge eventuelle konsekvenser af sådanne ændringer for praksis i lokale sammenhænge, førend de implementeres generelt.

Videnskabelige landvindinger må have konkrete virkninger eller social betydning for at kunne fortjene navn af landvindinger, de må kunne forbindes med nye muligheder og løsninger (jf.: Hastrup: 2004: 417f). Dette projekt har bidraget til en kvalificering af arbejdet med udvikling af patientsikkerhed og medarbejdertrivsel i forbindelse hermed i de to afdelinger gennem etablering af rum for faglig udveksling, hvori disse forhold kunne italesættes.

Den bedste måde at lære teamsamarbejde på er imidlertid ikke etableret og er stadig kontroversiel (Mann: 2010). Forholdsregler til forbedring af kvalitet opnår sandsynligvis lettere konsensus, hvis ændringerne kommer inde fra afdelingen, anføres det i et temanummer om patientsikkerhed og obstetrik, udgivet af organisationen af obstetrikere og gynækologer i USA (Rayburn: 2008). I dette projekt har medarbejderne, på baggrund af det metodiske arbejde med forebyggelse af utilsigtede hændelser og specifikt forebyggelse og diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel, selv peget på en række forslag til relevante ændringer i deres organisationskultur.

Som tidligere omtalt, har mit eget udgangspunkt medvirket til at oplyse problemstillingerne særligt ud fra et jordemodermæssigt udgangspunkt, men også dermed haft visse ”blinde pletter”. Man må imidlertid med Hastrup gøre sig klart, at viden om verden altid er medieret af et subjekt (Hastrup: 2004: 421), i antropologien er anerkendelsen af videnskabelig videns historicitet et bidrag til dens autoritet. Mit personlige ståsted har således, dels været en forudsætning for projektets gennemførelse i og med min sproglige og handlemæssige kompetence på feltet – men samtidig betydet en favorisering af specielt jordemoderfaglige synsvinkler, som det blandt andet er kommet til udtryk i projektets fokus på gruppen af førstegangs-fødende fra lavrisikogruppen.

Det kan anses for en begrænsning, at effekterne af de kvalitative studier ikke er forsøgt målt og kun fulgt op i begrænset omfang. Projektets resultater er imidlertid søgt sandsynliggjort gennem anvendelse af flere metodiske tilgange. I projektet har jeg som udgangspunkt ønsket at afholde mig fra at foretage målinger, idet jeg anser disse for at kunne være kontraproduktive i undersøgelsen af utilsigtede hændelser og de omstændigheder, der kan frembringe dem. Samarbejdsrelationer omkring mulige utilsigtede hændelser – og forebyggelsen af disse - er alt for skrøbelige til, at jeg som udefrakommende vil kunne opnå indblik i dem, såfremt jeg insisterer på sådanne målinger, vurderer jeg.

En opsamling og evaluering af projektet i afdelingen i Horsens, kunne desværre kun finde sted i mindre omfang i februar 2012. Den vil i korte træk blive ridset op i næste kapitel.

Gennem en planlagt offentliggørelsesfase, hvor resultaterne skal forelægges et ekspertpanel og diskuteres af en større forsamling af obstetrisk personale, kan

resultaterne forhåbentlig bidrage til generelle forbedringer af indsatsen i svangreomsorgen omkring forebyggelse af for tidlig fødsel (Bilag 8).

Litteratur

- Aasland, O.G. et al: Impact of feeling responsible for adverse events on doctor's personal and professional lives: the importance of being open to criticism from colleagues. In *Qual Saf Health Care* 2005, 14, 13-17
- Alvesson, M.: *Understanding Organisational Culture*. Sage. 2002.
- Bourdieu, P: *Distinktionen*. Pax.1995
- Bourdieu, P: *Den praktiske sans*. Kbh. 2007.
- Brennan TA et al: Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Haward Medical Practice Study. *The New England Journal of Medicine*. Feb. 1991.
- Brodén M: *Mor og barn i ingenmandsland*. Kbh. 1991.
- Downe S et al: 'Weighing up and balancing out. A metasynthesis of barriers to antenatal care for marginalised women in high income countries. *BJOG*. 2009; 116:518-29)
- Etisk Råd: *Fremtidens Fosterdiagnostik*. DK 2009.
- Folketinget: *Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser i sygehusvæsnet VEJ nr. 30 af 21/05/2007*.
- Goldenberg, RL et al: epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet* 2008; 361:75-84.
- Guisse JM et al: teamwork in Obstetric critical care. Best practice & research *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2008. Vol. 22 No 5: 937-51
- Ickovics JR et al: Group Prenatal Care and Perinatal Outcomes. A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics and Gynecology*. Vol 110.No.2 Part1, August 2007
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet: *Bekendtgørelse om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsnet m.v.* BEK nr. 1 af 03/01/11.
- Hagerup A: Alle ambulante jordemøder skal registreres. *Tidsskrift f Jordemødre* Jan. 2: 16f
- Hastrup, K. (red.): *Ind i Verden. En grundbog i antropologisk metode*. Kbh. 2003. 2. Udgave Kbh. 2010.
- Hastrup, K.: *Sproget. Den praktiske forståelse* Hastrup, K. (red.): *Ind i Verden. En grundbog i antropologisk metode*. Kbh. 2003b.
- Hastrup, K.: *Kultur – det fleksible fællesskab*. Kbh. 2004.
- Hastrup, K. (Red.): *Viden om Verden. En grundbog i antropologisk analyse*. Kbh. 2004b.

- Husted M and Tofteng D: The common third. In Nielsen, K.A. and Nielsen, B. S.: Methodologies in Action Research. In Nielsen, K.A. et al: Action and interactive research. Netherlands. 2006
- Iams, JD et al: Preterm Birth 2. Primary, secondary and tertiary interventions to reduce the morbidity and mortality of preterm birth. *Lancet* 2008; 371: 164-75.
- Justitsministeriet: Vejledning om offentlig ansattes yringsfrihed. Lovafdelingen.2006.
- Konteh FH et al.: Clinical governance views on culture and quality improvement. *Clinical Governance: An International Journal* Vol.13 no3, 2008: 200-207
- Knudsen T: Offentlighed i det offentlige. Århus.2003
- Lassi ZS et al: Community based intervention packages for reducing maternal and neonatal morbidity and mortality and improving neonatal outcomes. *Cochrane*.2010. Issue11.
- Leap LL: Scope of Problem and History of Patient Safety. *Obstet Gynecol Clin N Am*. 35 (2008). 1-10.
- Lumley J: Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy (Review). *Cochrane*.2009.Issue 2.
- Mann S et al: Role of Clinician in Involvement in Patient Safety in Obstetrics and Gynecology. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2010 Vol 53 (3): 559-75.
- Mannion R et al: Cultural characteristics of "high" and "low" performing hospitals. *Journal of Health Organization and Management*. Vol.19 No 6, 2005.
- Newmann RB et al: South Carolina Partners for Preterm Birth Prevention: a regional perinatal initiative for the reduction of premature birth in a Medicaid population. *AM J Obstet Gynecol* 2008;199:393.e1-393e8.
- Niedhammer, I et al: Occupational predictors of pregnancy outcomes in Irish working Women in the Life ways Cohort. *BJOG* 2009 June; 116 (7): 943-52
- Nielsen B & Nielsen KA: Methodologies in Action Research. In Nielsen KA and Svensson L (Eds.): Action and interactive Research beyond practice and theory. Shaker. Netherlands 2006.
- Nielsen LD: The Methods and Implications of Action Research. In Nielsen KA and Svensson L (Eds.): Action and interactive Research beyond practice and theory. Shaker. Netherlands 2006.
- Nielsen, K.A. og Nielsen, B. S.: Demokrati som læreproces. *Industri og Lykke*. Et år med Dyndspringeren. RUC 1999.
- Nielsen, K.A. og Nielsen, B. S.: Kritisk-utopisk aktionsforskning. I Bechmann Jensen, T. et al (red.): *Psykologiske og pædagogiske metoder*. RU. 2005.
- Nielsen KA, Svensson L: (a) Introduction and Background. In Nielsen KA and Svensson L (Eds.): Action and interactive Research beyond practice and theory. Shaker. Netherlands 2006.
- Nielsen KA, Svensson L: (b) A Framework for the Book. In Nielsen KA and Svensson L (Eds.): Action and interactive Research beyond practice and theory. Shaker. Netherlands 2006.
- Nielsen P & Mann S: Team Function in Obstetrics to reduce Errors and Improve Outcomes. *Obstet Gynecol Clin N Am* 35 (2008) 81-95.

- Olsén, P., Nielsen, B.S. og Nielsen, K. A.: Demokrati og bæredygtighed. Roskilde 2003.
- Pedersen, B. L. et al. (red): Patientsikkerhed fra sanktion til læring. Kbh. 2003.
- Parmelli E et al: The effectiveness of strategies to change organizational culture to improve health-care performance. Cochrane Library. 2011. Issue 1.
- Petterson B: Jagten på det sunde liv. Kbh. 2000
- Pompeii LA et al. Physical Exertion at work and the Risk of Preterm Delivery and Small-for Gestational-Age. Obstetrics and Gynecology VOL.106.(6) December 2005: 1279-1288.
- Rayburn WF: Foreword Obstetrics and Gynecology Clinics of North America: March 2008 Vol 35 no 1: xiii
- Reagan P & Salsberry PJ: Race and ethnic differences in determinants of preterm birth in the USA: broadening the social Context. Social Science & Medicine 60 (2005) 2217-2228.
- Reason, J.: Managing the risks of Organizational Accidents. Chapter 1-4. UK. 1997.
- Reason, J et al: Diagnosing "vulnerable system syndrome": an essential prerequisite to effective risk management. Quality in Health Care 2001;10 (Suppl. II):ii21-ii25
- Reason, J: Understanding adverse events: The human Factor *in* Vincent, C (Ed): Clinical risk management. BMJ. London 2001.
- Reason J: Human error: models and management. BMJ vol 320 18 March 2000:768-770
- Reiter et al: Digital examination and transvaginal scan - competing or complementary for predicting preterm birth? Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. Available online Feb 2012.
- Schein, E.: Organisationskultur og ledelse. 2. udg. Kbh. 1994.
- Schein, E.: The clinical perspective in fieldwork. Sage. USA. 1987
- Schön, D: The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action. GB.1983.
- Skjervheim, H: Mennesket. Oslo 2002.
- Sweet, BR (Ed): Mayes Midwifery. 1997. Baillière Tindall. London.
- Stewart et al: Numbers of deaths related to intrapartum asphyxia and timing of birth in all Wales perinatal survey, 1993-5. British Medical Journal. Vol. 316. Feb. 1998: 657-59
- Stern DN: Moderskabskonstellationen. Reitzel. Kbh.1997. (Orig.:1995).
- Stern DN: Spædbarnets Interpersonelle Verden. 2. udg. Reitzel. Kbh. 2000. Original: The interpersonal World of the Infant USA 1985).
- Sundhedsstyrelsen: Svangreomsorg. Retningslinier og Redegørelse. Kbh. 1998
- Sundhedsstyrelsen: Medicinsk Teknologivurdering. Hvorfor? Hvad? Hvornår? Hvordan? ©Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering. Kbh. 2000.
- Sundhedsstyrelsen: Anbefalinger for svangreomsorgen. Kbh. 2009
- Turner, B. et al: Man - made Disasters. First Ed.1979. Sec. Ed. Oxford 1997.

- Thomas, E.J. et al: Incidence and Types of Adverse Events and Negligent Care in Utah and Colorado. *Medical Care*. 2000. 38 (3): 261-271.
- Vallgård S & Krasnik A (Red.). *Sundhedsvæsen og sundhedspolitik*. Munksgård. 2010
- Westlander G: Researcher Roles in Action Research. In Nielsen KA and Svensson L (Eds.): *Action and interactive Research beyond practice and theory*. Shaker. Netherlands 2006.
- Whitworth et al: Routine pre-pregnancy health promotion for improving pregnancy outcome: Cochrane: 2009. Issue 4.
- Wilson, R. M. et al: The Quality in Australian Health Care Study. *The Medical Journal of Australia* 1995. 163: 458-7.
- Wisborg, K et al: Psychological stress during pregnancy and stillbirth. *BJOG*. 2008; 115; 882-885.

Sammenfatning og Konklusion

Indledning

Med dette phd - projekt har jeg ønsket at bidrage til forebyggelse af utilsigtede hændelser specifikt forebyggelse af præterm fødsel i svangreomsorgen.

Centralt står den kendsgerning, at børn, der er født for tidligt, som nævnt, udgør mere end halvdelen af børn, der udsættes for perinatal mortalitet og morbiditet (Goldenberg: 2008, Saigal: 2008), samt at forskning og viden om forebyggelse af præterm fødsel ikke har kunnet reducere antallet af for tidligt fødte. Et europæisk studie har dokumenteret en statistisk signifikant sammenhæng mellem perinatal mortalitet og suboptimal care (Richardus: 2003). Suboptimal care kan have sammenhæng med organisationskulturens praksis. I erkendelse af den mulige betydning af organisationskulturens praksis, har jeg med projektet ønsket at undersøge denne.

Der er indledningsvist forsøgt at give et indblik i praksis i svangreomsorgen og den komplicerede kontekst, denne indgår i. Praksis på området er søgt belyst ud fra følgende vinkler: hvem praksis i svangreomsorgen er rettet mod, det obstetriske grundlag for denne, hvem, der udfører praksis, samt rammerne herfor (Kapitel 3). Forskning på de pågældende områder er inddraget i arbejdet hermed.

Projektets teoretiske ambition har været, at udvikle en metode til undersøgelse af praksis i organisationskulturen i svangreomsorgen. I Kapitel 4 er praksis' indlejring i og samspil med den samfundsmæssige kontekst blevet belyst og illustreret med eksempler fra den obstetriske organisationskultur. Begrebsliggørelsen af organisationskultur bygger på arbejde af flere forskere på området herunder forskere, der har beskæftiget sig med organisationskultur i sundhedsvæsenet.

I dette kapitel vil centrale problemstillinger i projektet blive sammenfattet og perspektiver, der åbner sig på grundlag heraf, blive omtalt.

Erkendelsesteoretisk sammenfatning og metodiske implikationer

Flere forskere har beskæftiget sig med organisationskultur såvel empirisk som teoretisk, og flere af disse har inspireret begrebsliggørelsen af organisationskultur i dette projekt (Schein:1994, Schultz: 2003, Alvesson: 2002). Der eksisterer en udbredt enighed om, at organisationskultur kan spille en rolle for patientsikkerheden i sundhedsvæsenet (Konteh: 2008, Mannion:2005, Parmelli: 2011, 2011, Pedersen: 2003), selv om denne endnu ikke er afklaret (Parmelli: 2011). Metodemæssigt er konkret undersøgelse af praksis imidlertid ikke centrum for disse forskeres tilgang til forståelsen af organisationskultur. Flertallet af disse forskere opfatter organisationskulturen ud fra ledelsens, eller konsulentens synsvinkel for således at bidrage til effektivisering af virksomheden. Synsvinkelen kan tendentielt skygge for en belysning af medarbejdernes daglige praksis og dermed for en konkret indsigt i denne. Der savnes ligeledes forskning omkring organisationskulturens betydning for praksis. M. Alvesson beskæftiger sig dog hermed, men en konkret redegørelse for, hvorledes undersøgelsen af organisationskulturen kan finde sted, angives ikke (Alvesson: 2002).

Antropologisk forskning har tradition for udforskning af sammenhængen mellem praksis og kultur, (Hastrup: 2003, 2004), og den er derfor inddraget i projektets søgen efter teoretisk inspiration til udvikling af en metode til undersøgelse af praksis. Metodisk er projektet endvidere inspireret af antropologiske studier af mere empirisk karakter (fx: Baarts: 2003, Bourdieu: 1995, 2007, Bundgaard: 2003, Foote Whyte: 1943). Til en erkendelsesteoretisk forståelse af praksis og dennes konkrete samspil med konteksten tager dette projekt derfor udgangspunkt i antropologisk forskning. Bourdieu har bl.a. i en række studier af etnografisk karakter bidraget hertil (fx: Bourdieu: 1995, 2007).

Antropologisk forskning og forskningsmetodik har været væsentlig for projektets tilgang til undersøgelse af problemstillingen omkring fejl og utilsigtede hændelser og forebyggelse heraf. Området kan være endog særdeles belastende for sundhedsprofessionelle, der involveres i en utilsigtet hændelse (jf.: Aasland: 2005), og derfor sårbart at bevæge sig ind i for en fremmed. Den antropologiske synsvinkel

fremhæver betydningen af vejen ind i feltet og forskerens rolle i denne forbindelse, herunder betydningen af såvel en sproglig som erfaringsmæssig kompetence på området.

Centralt i antropologisk forskning står observationer i feltet. Over årene er de antropologiske observationer i feltet blevet mere og mere deltagende (jf.: Hastrup: 2003), og erkendelsen af, at såvel sprogligt som handlemæssigt, fællesskab med feltet kan fremme den antropologiske forskning, øges (fx: Baarts: 2003, Bundgaard: 2003). Forskeren har imidlertid en erkendelsesinteresse, der ligger ud over handlingsfællesskabet med deltagerne: den antropologiske forskningsinteresse i at undersøge sammenhænge mellem praksis og kultur.

Aktionsforskning interesserer sig ligeledes for daglig praksis og betydningen heraf for de mennesker, der indgår i denne (fx: Drewes Nielsen 2006, Nielsen & Nielsen: 2006, 2007, Reason & Bradbury: 2001, Schwantz: 2001). Studier af praksis foretages i samarbejde med deltagerne i denne – gerne gennem hele forløbet fra planlægning, over udførelse, analyse og evaluering (fx: Lykes: 2006, Schwantz: 2001, Nielsen & Nielsen: 2006, 2007). Aktionsforskning har derfor været en vigtig inspirations kilde i såvel i den teoretiske udvikling af en metode til undersøgelse af praksis, som i selve det empiriske arbejde.

Såvel tilegnelsen af praksis, som udviklingen af praksis kan katalyseres af gode samarbejdsrelationer (jf.: Schön:1983). Aktionsforskning lægger vægt på ligeværdig dialog og samarbejde mellem forskere og deltagere om daglig praksis (fx: Nielsen & Nielsen: 2006, 2007, Schwantz: 2001, Lykes: 2006). Kritisk – utopisk aktionsforskning forudsætter tillige en fælles normativitet mellem forsker(e) og deltagere (Skjervheim: 2002); ligesom den forsøger gennem en række metodiske greb at stille dem lige gennem skabelsen af demokratisk orienterede frirum, hvori forskningsprocessen kan finde sted (Nielsen & Nielsen: 2006, 2007). Aktionsforskningens tilgang til forskningsprocessen har derfor haft betydning for, hvordan deltagende observation, kvalitative interviews, fokusgruppeinterviews og særlig fremtidsværkstedet er blevet afviklet i dette projekt (Husted: 2006, Lykes: 2006, Nielsen & Nielsen: 2006, 2007, Schwantz: 2001). Interviewene er under inspiration herfra i høj grad udviklet som samtaler / dialoger. Forskningsprocessen er således søgt udviklet som et samarbejde, der har analogier til det obstetriske teamsamarbejde (jf.: Guise: 2008).

Indsigt i praksis og skitseringen af sammenhænge i organisationskulturen er således fremkommet gennem en analytisk proces undervejs i dialog med medarbejdere og ledelse. Herved voksede gradvist en ny og sammenhængende forståelse frem under fortsat dialog med forskningen på området.

Validitet og gyldighed af det empiriske materiale er, som omtalt, tilstræbt på flere måder. Den basale forståelse af sproget og af praksis på området har muliggjort, at jeg i alle interviews har kunnet vende min forståelse af det sagte med deltagerne undervejs. Hermed dokumenteres interviewenes dialogiske præg og forståelsen af det sagte. Inspireret af aktionsforskning har jeg fra starten valgt at gå ind i diskussioner omkring patientsikkerhed, hvis jeg kunne bidrage hertil. Samtlige interviews er transskriberet af undertegnede og fremsendt til deltagerne med henblik på tilføjelser og kritik (Bilag 5 og 6). Ligeledes blev protokollen, der var udarbejdet på baggrund af vægviser udarbejdet undervejs i værkstedet, tilsendt deltagerne med henblik på tilføjelser og kritik (Bilag 7).

De væsentligste observationer fra den deltagende observation i Ystad stammer fra, når jeg ”gik med jordemødre” på Førløsning og Mödravård - ganske som jeg ville gøre, hvis jeg var startet som ny i afdelingen. Denne form for deltagelse krævede fuld tilstedeværelse blandt andet af sproglige årsager. Iagttagelserne blev i samtale med ledelse og medarbejderne søgt be- eller afkræftet, ligesom betydningen heraf.

I overensstemmelse med aktionsforskningens metodik er de gennem analysen fremkomne resultater forelagt medarbejdere og ledelse på møder i afdelingerne, dels i skriftlig og dels i mundtlig form, med henblik på validering og evaluering heraf. Der var dog kun tale om ganske få rettelser af det fremlagte skriftlige materiale.

Projektets empiriske delprojekter – sammenfatning

Arbejdet med at højne patientsikkerheden foregår blandt andet i daglig praksis i den obstetriske organisationskultur. På baggrund af den skitserede begrebsliggørelse af praksis og organisationskultur og disses indbyrdes samspil er projektets metodiske tilgang blevet udviklet. Herefter er organisationskulturerne, med fokus på deres praksis omkring forebyggelse af utilsigtede hændelser, specifikt forebyggelse og diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel, blevet undersøgt. De empiriske delprojekter vil kort blive sammenfattet nedenfor.

Fokusgruppeinterview undersøgelsen, i den obstetriske afdeling i Horsens, foregik som interviews med hver enkelt medarbejdergruppe for sig. På denne måde blev det forsøgt at tage højde for hierarkiet i organisationskulturen og samtidig at bidrage til en faglig afklaring i de enkelte personalegrupper omkring betydningen af netop deres praksis på området. Efter analysen blev resultaterne forelagt afdelingen på to på hinanden følgende møder til evaluering og diskussion (se evt. Kapitel 5).

Studiet af organisationskulturen i Ystad foregik ligeledes i tæt samarbejde med ledelse og medarbejdere. Studiet bestod af flere perioder af få dages varighed med deltagende observation og kvalitative interviews. Pga. afgørende forskelle i struktureringen af den tidlige svangreomsorg mellem Danmark og Sverige, var det af tidsmæssige årsager nødvendigt at sætte fokus på de medarbejdere, der er i ”front” dvs. jordemødre og læger, for – og bagvagt. Hermed blev der også sat fokus på væsentlige organisationskulturelle forskelle mellem de to afdelinger: Mödravård og Förlosning. Resultaterne blev efterfølgende fremlagt på et møde i afdelingen og valideret og diskuteret (se evt. Kapitel 6).

Derefter blev studiet fra Ystad forelagt afdelingen i Horsens på to på hinanden følgende møder.

På baggrund af dette arbejde blev der i foråret 2010 inviteret til Fremtidsværkstedet i den danske afdeling. Repræsentanter fra alle personalegrupper deltog heri. To forskere med erfaring i arbejdet med fremtidsværksteder afholdt værkstedet, og dokumenterede processen undervejs på vægaviser. Endvidere tog undertegnede noter af processen. Under støttede demokratiske former udviklede personalegruppen såvel kritik af, som utopier for, et realistisk udkast til en dagligdag med forbedrede forhold omkring forebyggelse af præterm fødsel. Protokollen fra fremtidsværkstedet er udarbejdet på grundlag af de udarbejdede vægaviser fra værkstedet og har været forelagt deltagerne til godkendelse (se evt. Kapitel 7).

Opsamling og evaluering af forskningsprocessen i Horsens blev - støttet økonomisk af Jordemoderforeningen – gennemført sidst i februar 2012. Forløbet og resultaterne herfra vil her kort blive refereret.

Såvel hjælpergruppen som jordemodergruppen var repræsenteret, men hverken læger eller afdelingsledelsen deltog. Opsamlingen fandt sted på to på hinanden følgende møder om eftermiddagen (der blandt folk med vagtarbejde anses for

dyrebar ”familietid”). Den ene eftermiddag var det hjælperne, der var mødt op, den anden var det jordemødre, og der blev forsøgt en afklaring af forskningsprocessens betydning for de pågældende personalegrupper og afdelingen som sådan.

Afdelingen i Horsens afholder fortsat debriefing efter vanskelige hændelser. Ledelsen deltager fortsat aktivt i tacklingen af situationer med spidsbelastning, og man kan i sådanne situationer fortsat få ekstra personale til at møde op – frivilligt. Afdelingen har indført Teamtræning, hvori alle afdelingens personalegrupper deltager et par gange om året, og der lægges heri stor vægt på kommunikation (jf.: Guise: 2008, Mann og Nielsen: 2008). Lederne heraf, en jordemoder og en bagvagt, har begge deltaget i empiriske delprojekter i dette studie.

Hjælperne har nu kun en dag om ugen, hvor de møder to i dagvagt, den ene er der blot i 6 timer. Dermed spares der to timer op, og det er således blevet mulighed for at hjælperne får deres eget møde en gang i kvartalet. De ønsker at en del af indholdet denne dag skal være undervisning ved afdelingsjordemoder, læge, jordemoderstuderende eller lignende – meget gerne med henblik på højnelse af patientsikkerhed. De lægger selv deres vagter.

I forbindelse med fusionering med en del af Silkeborg og besparelser er der blevet fyret en bagvagt, en jordemoder og en hjælper. Jordemødre går ikke længere i døgnvagter, og når altså ikke længere at blive udmattet heraf.

Diskussionen af patientsikkerhed i afdelingen synes således fortsat at foregå i en velkvalificeret praksis under fortsat udvikling, og medarbejderne deltager selv aktivt i denne proces.

Hvad angår den tidlige svangreomsorg for kvinder fra lavrisikogruppen, er 20-ugers undersøgelsen hos jordemoder ikke længere en del af det almindelige tilbud. De førstegangsfødende fra lavrisikogruppen kommer første gang i uge 13-14 hos jordemoder og næste gang i uge 29. Når de møder op i uge 29, kan de forekomme rodløse, anfører de tilstedeværende jordemødre; de svangre har endnu ikke på dette tidspunkt en fast tilknytning til en jordemoder. Endvidere har regionen dikteret, at fødselsforberedelse skulle afskaffes. En yngre jordemoder angav, at hun fandt det svært på de givne betingelser at bidrage til udvikling af bonding mellem forældre og barn, og derfor ikke længere arbejdede i svangrekonsultationen.

På denne baggrund blev det konkluderet, at den tidlige svangreomsorg til kvinder fra lavrisikogruppen sandsynligvis kun i ringe omfang kan forebygge præterm fødsel og - endnu ringere står det til med at forebygge ekstremt for tidlig fødsel (dvs. førend 28 uger).

Der arbejdes på ledelsesplan i regionen med, hvem der i fremtiden skal foretage den første svangreundersøgelse.

Projektets empiriske resultater – en perspektivering

Projektet har beskæftiget sig med praksis omkring forebyggelse af utilsigtede hændelser og specifikt forebyggelse og diagnosticering af præterm fødsel med fokus på førstegangsfødende fra lavrisikogruppen. De empiriske delprojekter har undersøgt praksis i organisationskulturerne på de nævnte områder og giver således ikke et fuldkomment indblik i organisationskulturerne.

Projektet har tydeliggjort, at praksis i svangreomsorgen ikke er en entydig størrelse. Alle kvinder er forskellige fra hinanden, og omstændighederne gør, at forholdene heller ikke er ens for fødslerne. Praksis i svangreomsorgen bør derfor udvikles i konkret samarbejde med kvinden og hendes nærmeste pårørende i en situationsafhængig dialog (jvf.: Schön: 1983). Tid og rum for refleksivitet - også i samarbejde med peers er væsentlig i denne forbindelse. Dette forhold er adresseret af medarbejderne i det empiriske arbejde med tematiseringen af såvel (tvær) fagligt samarbejde – individuelt ansvar som etablering af / etablerede rum til faglig udveksling (Kapitel 8).

Med inddragelse af såvel teoretisk som empirisk forskning i spædbarnet og den lille nye familie er det endvidere påpeget, hvor vigtigt det er i svangreomsorgen at tage hånd om den lille nye familie, dens skrøbelighed og indbyrdes afhængighed. Heraf sandsynligvis fremkomsten af temaet omsorg i det empiriske arbejde, der klart udtrykker såvel engagement som længsel efter at kunne udføre arbejdet optimalt hos medarbejderne

I dette afsnit følger indledningsvist en sammenfatning af den tematiserede undersøgelse af forebyggelse af utilsigtede hændelser. Derefter vil de perspektiver og konklusioner, som projektarbejdet er kommet frem til, omkring diagnosticering

og forebyggelse og af (truende) for tidlig fødsel, blive ridset op. Endelig omtales forhold vedrørende organisationskulturen som sådan.

Om forebyggelse af utilsigtede hændelser

Eksistensen af rum for faglig udveksling og prioritering af det (tvær) faglige samarbejde skaber i de to afdelinger, der indgår i projektets empiriske materiale, rum for advokering for og udvikling af patientsikkerhed. En sådan advokering bærer visse fælles træk med ”whistleblowing”, og har en klar parallel til Turners påpegning af betydningen af, at organisationer er åbne over for såvel intern som ekstern kritik (Turner: 1979, 1997). Forskning på området peger netop på betydningen af sådanne rum for udviklingen af teamsamarbejdet i den obstetriske afdeling (Guise: 2008, Nielsen & Mann: 2008, Mann: 2010). Debriefing er et eksempel på et sådant rum.

Medarbejderne har endvidere peget på forholdet mellem individuelt ansvar og (tvær) fagligt samarbejde. Gennem udvikling af det (tvær) fagligt samarbejde kvalificeres den enkelte medarbejder - gennem udvikling af en så at sige ”kollektiv kompetence” øges den enkelte medarbejders reelle mulighed for at påtage sig et individuelt ansvar i en kompleks situation (jf.: Nielsen: 2008: 84). Såvel de eksisterende muligheder for (tvær) fagligt samarbejde som de rum i organisationskulturen, hvori disse foregår, kan imidlertid være truet af det konstante krav om årlige besparelser på 1 % / år (Ledere i Fokusgruppeinterview 0908: 12).

Medarbejderne i begge afdelinger fremhæver, at cheffjordmoderen fra tid til anden giver en hånd med i spidsbelastningssituationer. I begge afdelinger er det – måske som følge heraf - forholdsvist uproblematisk at indkalde ekstra personale i forbindelse med spidsbelastninger. Herved bidrager ledelsen til udfladning af det organisationelle hierarki; forskning peger på, at dette er en spidskompetence hos ledelsen i udvikling af teamsamarbejdet inden for obstetrikken (Guise: 08, Mann & Nielsen: 08, Mann: 10). Dette sker også, når medarbejdere inddrages i diskussion om varetagelsen af patientsikkerhed i konkrete situationer. Disse grundlæggende tilgange til samarbejde i afdelingerne synes således være af essentiel betydning i udviklingen af patientsikkerhed per se i hospitalsvæsnets.

Det er interessant, at medarbejderne ikke lægger vægt på standardisering og effektivisering i det empiriske materiale. I stedet fremhæves betydningen af omsorg for den enkelte svangre / fødende kvinde, betydningen af tid til at lære hende og

hendes familie at kende og tid til at yde optimal behandling. Projektet har sandsynliggjort, at omsorg på flere planer i såvel den omliggende samfundsmæssige kultur som organisationskultur, har betydning for medarbejdernes mulighed for at yde en sådan omsorg. Dermed er det sandsynligt, at disse forhold tillige har betydning for praksis omkring forebyggelse af utilsigtede hændelser.

Om diagnosticering af præterm fødsel

Projektets resultater vedrørende diagnosticering af præterm fødsel peger på en øget anvendelse af teknologi til såvel diagnosticering af vemønster (cardiotocografi) som af de cervikale forhold i den pågældende periode (Transvaginale Scanning). Dette har i et vist omfang ændret samarbejds mønsteret imellem jordemødre og læger. Projektet viste, at medarbejdere med forskellig erfaringslængde og baggrund i såvel Sverige som Danmark ikke anså værdien af at de to diagnosticerings metoder til vurdering af de cervikale forhold – den traditionelle manuelle vaginaleksploration og den teknologisk funderede Transvaginale Scanning (TVS) - for klart afgrænsede. Et review af den internationale litteratur på området blev til på baggrund heraf. Dette peger på, at de to metoder til diagnosticering af de cervikale forhold snarere er komplementære end konkurrerende i forudsigelsen af præterm fødsel (Reiter: 2012). Alligevel har TVS tendentielt erstattet vaginaleksploration i vurderingen af de cervikale forhold.

Eksemplerne viser, at ændringer af teknologisk karakter – indførelse af henholdsvis cardiotocografi og Transvaginale Scanning kan have betydende indflydelse på varetagelsen af praksis også af uintenderet karakter.

Der var ingen påviselige forskelle i denne praksis imellem Sverige og Danmark, og forskelle i diagnosticeringsmetoder har næppe betydning for forskellene i frekvensen af for tidlig fødsel.

Om forebyggelse af præterm fødsel

Antallet af præterme fødsler i Danmark har stabiliseret sig på det høje niveau fra 2004 (Bilag 2). I Sverige har antallet af for tidlige fødsler i hele perioden ligget stabilt og signifikant lavere end i Danmark (Morken: 2008). Projektet peger på, at tiden, som den enkelte svangre har til at tale med de sundhedsprofessionelle om netop hendes ressourcer og risici, sandsynligvis er reduceret over den årrække, hvor antallet af for tidlige fødsler steg signifikant i Danmark. Forebyggelse af præterm fødsel i såvel den tidlige svangreomsorg som på fødegangen er således muligvis

blevet kompromitteret af det stadige krav om besparelser og deraf følgende krav om mindskelse af tidsforbrug.

Der eksisterer en række forskelle på forholdene i svangrekonsultationen i Sverige og Danmark. Den præcise betydning heraf for forskellene på frekvensen af præterm fødsel kendes ikke. Optagelse af anamnese og fortsat visitation hviler kontinuerligt gennem svangerskabet på specialuddannet obstetrisk personale, der indgår i et obstetrisk teamsamarbejde i Sverige. Der eksisterer endvidere her et specielt gynækologisk tilbud – også til unge kvinder, hvor det er muligt at henvende sig med gynækologiske problemstillinger. De unge kvinder erhverver på denne måde, allerede inden graviditeten, fortrolighed med jordemødre som faggruppe. Woman / patientcentered care har imidlertid sandsynligvis bedre vilkår, når der er mere tid i svangrekonsultationen, som i Ystad, hvilket kan forbedre de obstetriske resultater (Ickowitz: 2007, Newmann: 2008). Muligheden for at inddrage neonatologisk bagvagt døgnet rundt i Ystad forbedrer sandsynligvis omsorgen for de svangre – ligesom inddragelsen af socialrådgiver med terapeutisk basalviden må formodes at gøre. Såvel muligheden for (tvær) fagligt samarbejde som rummet for faglig udveksling er dermed større.

Projektet sandsynliggør, at denne såvel kulturelt som organisationskulturelt forankrede praksis kan være medvirkende til at antallet af præterme fødsler er signifikant lavere i Sverige.

Tiden, medarbejderne har til at tale med den enkelte svangre er sandsynligvis formindsket af besparelshensyn her i Danmark, og dermed kan kvaliteten af indsatsen i svangreomsorgen være blevet forringet.

Italesættelsen af temaet: ”ingen travlhed” og mangelen på tid, kan således være udtryk for en tendens til at effektiviseringen af svangreomsorgen medfører en ”malkning” af denne (Alvesson: 2002: 66) med et større antal præterme fødsler til følge. Strukturelle forhold i fødselshjælpen kan således have betydning for praksis omkring forebyggelsen af for tidlig fødsel.

Om Organisationskultur

Analysen af det empiriske materiale viste, at medarbejderne tematiserer (tvær) fagligt samarbejde og individuelt ansvar. Gennem det (tvær) faglige samarbejde kvalificeres såvel den individuelle kompetence som fællesskabets / organisati-

onskulturens samlede kompetence. Medarbejderne betoner på tværs af hierarki, uddannelse og arbejdssted, betydningen heraf. En sådan i fællesskab udviklet kompetence kvalificerer den enkelte medarbejder til at påtage sig sit individuelle ansvar i arbejdet som sundhedsprofessionel, som tidligere nævnt

Ligeledes dukkede temaet om skabelse /etablering af og vedligeholdelse /udvikling af etablerede rum til faglig udveksling gentagne gange op i det empiriske materiale. LEAN og andre effektiviserings tiltag kan indskrænke – om end måske utilsigtet – de muligheder for faglig sparring af såvel formel som uformel karakter som disse temaer rummer. Mangelen på tid, der blev italesat i flere af interviewene, som vi har set, såvel som i fremtidsværkstedet, kan medføre en kompromitteret faglig udvikling på sigt og dermed betyde en reel ”malkning” af kompetenceniveauet i organisationskulturen (jf.: Alvesson: 2002: 66). Netop denne fare anså forvægterne i fokusgruppeinterviewet for meget bekymrende i forhold til deres kliniske uddannelse og kvaliteten af denne. I denne sammenhæng er det tankevækkende, at et nyere studie betoner betydningen af obstetrisk teamsamarbejde og samtidig peger på en række rum, der kan skabe mulighed for tværfaglig udvikling heraf (Guise: 2008).

I Fremtidsværkstedet adresserer samtlige temaer, der blev taget op i utopifasen, udviklingen af allerede etablerede rum til faglig udveksling og skabelsen af nye. Det gælder såvel temaerne ”Familiehuset” og ”Neonatalafdeling her i huset” som temaet ”Rum til at udtale sine tanker om det faglige”. Det er interessant, at samtlige realiseringsforslag til opnåelse af disse utopier illustrerer den ønskede organisationsudvikling ved et velindrettet hus. Husene kan uden undtagelse rumme hele (den ønskede) organisationskultur, og husets indretning skaber rum for faglig udveksling og udvikling af de rum, man allerede har etableret herfor. Detaljeringsgraden er selv sagt størst på netop det område, der er i fokus for den givne utopi (se evt. Kapitel 7). De i realitetsfasen fremkomne handlingsudkast rummer således en rigdom af detaljerede forslag til en udvikling af organisationskulturen, der kan fremme teamsamarbejdet, højne (tvær) faglig kompetence og dermed patientsikkerhed.

I dette projekt har medarbejderne dermed bidraget til en både konkret og dybere forståelse af forholdet mellem individuelt ansvar og (tvær) fagligt samarbejde. Med udviklingen af deres handlingsudkast har de understreget betydningen af rum for faglig udveksling (se evt. Kapitel 8). De således lokalt fremkomne resultater om-

handler sandsynligvis problemstillinger, der er af mere almen karakter. Udvikling af (tvær) fagligt samarbejde og arbejdet med etablering af rum til faglig udveksling, som skitseret i dette projekt adresserer nemlig problemer med kommunikation og /eller teamsamarbejde, der er de mest almindelige årsager til uventet perinatal mortalitet og skade i hvert fald i USA (Guise: 2008:938).

Endvidere omtaler de empiriske studier omsorgens afgørende betydning for og i den obstetriske organisationskultur i begge afdelinger. Gennem alle udsagn desangående løber den rodfæstede erkendelse af det nye barns og den nye familie skrøbelighed. Medarbejderne i svangreomsorg og fødselshjælp synes her til tider i deres erkendelse langt fra den rationalitet, der til stadighed fordrer effektivisering af det daglige arbejde. For barnet og den nye familie er der kun én begyndelse, og medarbejderne må til tider kæmpe for at denne bliver god, under de krav om effektivisering, der stilles.

Som omtalt har M Brodén givet os figuren: De professionelle skal helst ”holde” forældrene” så de (bedre) kan ”holde” det lille nye barn (Brodén: 1991). I dette projekt føres denne figur videre til organisationsplan. Her peges der på, at organisationskulturen bør ”holde” de sundhedsprofessionelle, så de (bedre) kan varetage denne opgave og udvikle deres (fælles) kompetencer på området.

De samfundsmæssige og strukturelle forhold i Sverige fremmer på det helt konkrete plan i højere grad organisationskulturens mulighed for at drage omsorg for medarbejderne. Deres organisation, så at sige ”holder” de sundhedsprofessionelle – men også deres mulighed for at ”holde de vordende og nyblevne familier (se evt. Kapitel 9).

Figuren går igen hos personalegruppen i Danmark, med ønsket om et velindrettet hus, som ”holder” om både beboere og gæster i huset. For at blive i billedet: så peges der med arbejdet i projektet tillige på betydningen af de samfundsmæssige vilkår, der gives for husets beboere.

Ikke overraskende er den perinatale mortalitet og frekvensen af præterm fødsel således lavest i lande, der gennem velfærds og sundhedsinstitutioner støtter de vordende / nyblevne familier (Lawn: 2010). Ligeledes er perinatal mortalitet og frekvensen af for tidlig fødsel lavere i Sverige, der på flere områder har en mere ”omsorgsorienteret” reproduktionskultur, end i Danmark (se evt. Kapitel 9)

Konklusion

Dette projekt har bidraget med kvalitativ metodeudvikling til undersøgelse af forebyggelse af utilsigtede hændelser, et væsentligt indsatsområde i forbindelse med faglige standard. Udgangspunktet herfor er antropologisk forskning, der har udviklet strategier til at komme ind i et felt. En af disse er nødvendigheden af at erhverve sig en dertilhørende sproglig kompetence, en anden er betydningen af deltagelse i daglig praksis, hvormed der kan opnås en erfaringsbaseret indsigt i kulturen. Aktionsforskning, særligt participativ og kritisk-utopisk aktionsforskning lægger vægt på ligeværdighed mellem forsker (e) og deltagere i forskningsprocessen. Kritisk utopisk aktionsforskning understreger yderligere betydningen af, at deltagere og forsker (e) har en fælles normativitet og skabelsen af demokratiske rum, hvori forskningsprocessen kan finde sted. Implikationer fra denne forsknings-tilgang har været afgørende for projektets metodeudvikling. På denne baggrund har projektet udviklet en metode til tematiseret undersøgelse af forebyggelse af utilsigtede hændelser, specifikt forebyggelse og diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel. Anvendelsen af flere synsvinkler og metoder, herunder medicinsk forskning har bidraget til at øge gyldigheden af projektets resultater.

Hvad vurdering af de cervikale forhold i forbindelse med diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel angår, har medarbejderne samstemmende peget på, at der kan være en vis uklarhed om, hvilken metode, der er bedst. Transvaginal scanning og den traditionelle metode, vaginaleksploration, er imidlertid sandsynligvis komplementære snarere end konkurrerende metoder (jf.: Reiter: 2012).

Den indsigt, som projektet har givet, bidrager således med et supplement til den teknologiforståelse, der kommer til udtryk i begrebet Medicinsk Teknologivurdering. Var praktikernes vurdering af værdien af Transvaginal Scanning i daglig praksis, taget i betragtning, er det ikke sikkert, at teknologien havde fået samme udbredelse, som tilfældet er i dag. På baggrund af dette eksempel synes en praksis, der udelader praktikernes vurdering af en medicinsk teknologi, ikke at være optimal.

Projektet viser, at forebyggelse af utilsigtede hændelser også er et spørgsmål om udvikling af praksis. Tilegnelsen af praksis og udviklingen heraf katalyseres af samarbejdsrelationer, der tillægger alle i teamet værdi for netop deres ekspertise, og giver alle mulighed for at ytre sig og blive hørt. Med udgangspunkt i empiriske

studier i to obstetriske afdelinger peges der på, at det højner den faglige standard og dermed patientsikkerheden at skabe og bevare rum for faglig udveksling for personalet. Betydningen af (tvær)fagligt samarbejde i afdelingen understreges, herigennem kan den individuelle indsats kvalificeres. Såvel debriefing, som advokering for patientsikkerheden bør indgå som del af organisationskulturens praksis - i overensstemmelse med forskning på området. Projektet omtaler endvidere betydningen af, at ledelsen formår at medvirke til at flade hierarkiet ud – særligt i belastede situationer.

Samtidig har projektet i sin tilgang til denne undersøgelse været i stand til at vise, at organisationskultur ikke udelukkende er et ledelsesspørgsmål. Projektarbejdet har således bidraget til at kvalificere diskussionen om patientsikkerhed i de involverede afdelinger.

Der belyses flere modsætninger mellem den kompetence, som de sundhedsprofessionelle har til at yde omsorg og forebygge utilsigtede hændelser, og forhold i svangreomsorgen, der kan kompromittere brugen af denne kompetence. Effektiviseringen i sundhedsvæsenet synes således tendentielt at indskrænke ovennævnte rum for faglig udveksling. Beparelser synes endvidere at have formindsket den tid, den enkelte svangre har til at tale med den sundhedsprofessionelle om netop sine ressourcer og risici, og dermed kan mulighederne for forebyggelsen af præterm fødsel være blevet forringet. Denne vurdering blev støttet af det empiriske studie af organisationskulturen i Sydsverige, idet der tydeligvis her er mere tid til at tage individuelle hensyn i svangreomsorgen, samtidig med at resultaterne i svangreomsorgen her er signifikant bedre.

Såvel anamnese som fortsat visitation af svangre hviler i Sverige på sundhedspersonale, der indgår i et dagligt obstetrisk teamsamarbejde. På alle fødeafdelinger har man neonatal bagvagt døgnet rundt, og man har både kuratorassistance og supervision i svangreomsorgen. I svangrekonsultationen har personalet selvbetalte pauser sammen med de øvrige medlemmer af det obstetriske team, hvortil man stempler ind og ud. Hermed har man flere både formelle og uformelle rum til faglig udveksling end i den danske svangreomsorg. Den unge kvinde har, allerede inden svangerskabets start, stiftet bekendtskab med jordemødre som faggruppe. Endelig følger jordemødre som faggruppe kvinden gennem alle kvindelivets transitioner i Sverige, hvor hun ”kun” er til stede under graviditet og fødsel og i barselsperioden i Danmark.

Den samfundsmæssige reproduktionskultur, som den kommer til udtryk i regulering omkring barsels- og forældrelov, og regulering på arbejdsmarkedsområdet som fx ferielovgivning, kan have betydning for organisationskulturens mulighed for at yde medarbejderne omsorg. Jo flere forhold, der i den samfundsmæssige struktur og kultur støtter organisationskulturens omsorg - også fagligt, jo lavere synes frekvensen af præterm fødsel, perinatal mortalitet - og ”suboptimal care” at være.

Projektet har dermed sat fokus på væsentlige sammenhænge mellem omsorg i den lille familie, sundhedsprofessionelles omsorg for familien, organisationskulturens omsorg for sundhedsmedarbejderne, og den mere generelle omsorg i den samfundsmæssige kultur. Disse indsigter er lokalt og kontekstuel erhvervede, og de er resultat af den fælles forskningsproces, der har fundet sted med og mellem deltagere i de to organisationskulturer og undertegnede, projektets ”fælles tredje”. Jeg vil gerne hermed udtrykke en dybtfølt tak til afdelingerne og deltagerne i projektet.

I svangreomsorgen er der ikke alene mulighed for en dobbelt øgning af patientsikkerheden, idet den er rettet mod både moderens og barnets helbred, men der er også mulighed for at bidrage til en øgning af trivselen med en faktor tre. Parterne i den lille nye familie er så afhængige af hinanden, at øges trivselen for den ene, gør den det sandsynligvis også for de andre. Studiet peger på, at det er muligt at opnå bedre resultater i fremtiden.

I håbet om, at arbejdet vil bidrage til, at man ikke blot accepterer suboptimale vilkår i den tidlige svangreomsorg, men at man på baggrund af projektets indblik i såvel de organisationskulturelle som de overordnede samfundsmæssige kulturelle forhold besinder sig på, at disse vilkår er skabt af mennesker og derfor er mulige at ændre og forbedre og derfor snarest tager skridt dertil.

Eva Reider, august 2012

Litteratur

- Aasland, O.G. et al: Impact of feeling responsible for adverse events on doctor's personal and professional lives: the importance of being open to criticism from colleagues. In *Qual Saf Health Care* 2005, 14, 13-17
- Alvesson, M.: *Understanding Organisational Culture*. Sage. 2002.
- Alvesson, M et al: *Critical Methodology in Management and Organization Research*. In Buchanan et al (ed.): *Organizational research Methods*. Sage. 2009
- Baarts, C.: *Solidaritet Arbejdsdeling og tillid*. I Hastrup, K. (red.): *Ind i Verden. En grundbog i antropologisk metode*. Kbh. 2003.
- Bourdieu, P.: *Distinktionen*. Pax. Oslo.1995
- Bourdieu, P.: *Den praktiske sans*. Kbh. 2007.
- Brodén M: *Mor og barn i ingenmandsland*. Kbh. 1991.
- Bundgaard, H.: *Lærlingen. Den formative erfaring*. I Hastrup, K. (red.): *Ind i Verden. En grundbog i antropologisk metode*. Kbh. 2003.
- Goldenberg, R. L. et al (1): *Preterm Birth 1. Epidemiology and causes of preterm birth*. *The Lancet*. Vol. 371. Jan 5, 2008. 75-84.
- Goldenberg, R. L. et al (2): *Preterm Birth 2. Primary, secondary and tertiary interventions to reduce the morbidity and mortality of preterm birth*. *The Lancet*. Vol. 371. Jan 12, 2008. 164-75.
- Guisse JM et al: *Teamwork in Obstetric critical care. Best practice & research Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2008. Vol. 22 No 5: 937-51
- Hastrup, K. (red.): *Ind i Verden. En grundbog i antropologisk metode*. Kbh. 2003.
- Hastrup, K.: *Kultur – det fleksible fællesskab*. Kbh. 2004.
- Hastrup, K. (Red.): *Viden om Verden. En grundbog i antropologisk analyse*. Kbh. 2004b.
- Herbst A et al: *Diagnosis of early preterm labour*. *BJOG*. 2006; 113:60–7.
- Husted M and Tofteng D: *The common third*. In Nielsen, K.A. and Nielsen, B. S.: *Methodologies in Action Research*. In Nielsen, K.A. et al: *Action and interactive research*. Netherlands. 2006
- Ickovics JR et al: *Group Prenatal Care and Perinatal Outcomes. A Randomized Controlled Trial*. *Obstetrics and Gynecology*. Vol 110.No.2 Part1, August 2007
- Langhoff-Roos, J. et al: *Spontaneous preterm delivery in primiparous women at low risk in Denmark: population based study*. In *British Medical Journal*, 2006; 332:937-39.
- Lawn JE, Gravett MG, Nunes TM, Rubens CE, Stanton C, GAPPS Review Group: *Global Report on preterm birth and stillbirth (1 of 7): definitions, description of the burden and opportunities to improve data*. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2010, 10(Suppl 1): S1.
- Konteh F: *Clinical Governance views on culture and quality improvement*. *Clinical Governance: An International Journal*. Vol. 13 No 3. 2008. 200-207

- Lykes, MB: Creative Arts and Photography in Participatory Action research in Guatemala. Handbook of Action Research. Concise Paperback Edition. London. 2006.
- Mann S et al: Role of Clinician in Involvement in Patient Safety in Obstetrics and Gynecology. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2010 Vol 53 (3): 559-75
- Mannion R et al: Cultural characteristics of "high" and "low" performing hospitals. Journal of Health Organization and Management. Vol.19 No 6, 2005.
- Morken NH et al. Reference population for international comparisons and time trend surveillance of preterm delivery proportions in three countries. BMC. Women's Health. 2008. Doi: 101186/1472-6874-8-16.
- Nielsen LD: The Methods and Implications of Action Research. In Nielsen KA and Svensson L (Eds.): Action and interactive Research beyond practice and theory. Shaker. Netherlands 2006.
- Nielsen KA and Nielsen B.: Methodologies in Action Research. In Nielsen KA et al: Action and Interactive Research. Netherlands. 2006.
- Nielsen BS og Nielsen KA: En menneskelig natur. Frydenlund. Kbh. 2006.
- Nielsen BS og Nielsen KA: Demokrati og naturbeskyttelse. Frydenlund. Kbh: 2007.
- Nielsen P & Mann S: Team Function in Obstetrics to reduce Errors and Improve Outcomes. Obstet Gynecol Clin N Am 35 (2008) 81-95
- Newmann RB et al: South Carolina Partners for Preterm Birth Prevention: a regional perinatal initiative for the reduction of premature birth in a Medicaid population. AM J Obstet Gynecol 2008;199:393.e1-393e8.
- Parmelli E et al: The effectiveness of strategies to change organizational culture to improve health-care performance (Protocol). Cochrane Library. 2010. Issue 4.
- Parmelli E et al: The effectiveness of strategies to change organizational culture to improve health-care performance. Cochrane Library. 2011. Issue 1
- Pedersen BL et al. (red): Patientsikkerhed fra sanktion til læring. Kbh. 2003
- Pedersen KM (red.) et al: Sundhedsvæsnets økonomi, organisation og ledelse. Gads Forlag. DK 2005.
- Reason, P. and Bradbury, H (red.): Handbook of Action Research. The Concise Paperback Edition. London. 2006.
- Reiter et al: Digital examination and transvaginal scan - competing or complementary for predicting preterm birth? Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. Accepted 7 12 11. Available online Feb 12
- Reiter, E.: Patientsikkerhed og Organisationskultur i Sundhedsvæsnets. RU. Speciale 2004.
- Richardus JH: et al: Differences in perinatal mortality and suboptimal care between 10 European regions: results of an international audit. BJOG. Feb 2003, vol. 110 p 97-105.
- Robson M, Murphy: Should every unit have a 24-hour transvaginal ultrasound available? BJOG. 2006; 113 Suppl3:57-9

- Saigal, S. et al: an overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. *The Lancet*. vol. 372. 9608.19 Jan 2008. 261-69.
- Saigal, S et al: Measurement of Quality of Life of Survivors of Neonatal Intensive care. Critique and Implications. *Seminars on Perinatology*. Vol. 32. Issue 1 Feb. 2008:59-66
- chein, E.: *Organisationskultur og ledelse*. 2. udg. Kbh. 1994
- Schön D: *The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action*. GB. 1983.
- Schultz, M.: *Kultur i organisationer*. Kbh. 1990. 8. Oplag. 2003.
- Schwartz, ML et al: Participatory Action research in Southern Tanzania, with special Reference to Women. In Reason, P. and Bradbury, H.: *Handbook of Action Research*. London 2001.
- Skjervheim, H: *Deltakar og tilskodar*. I Skjervheim, H: *Mennesket*. Oslo 2002
- Turner, B. et al: *Man-made Disasters*. First Ed.1979. Sec. Ed. Oxford 1997.
- Westlander, G: Researcher roles in Action Research. In Nielsen, K.A. et al: *Action and Interactive Research*. Netherlands. 2006
- Whyte WF: *Street Corner Society*. Chicago 1943

Bilag 1

Fødsler i Sverige (2006) og Danmark (2007)

	SVERIGE	DANMARK
Alle fødte	104418	65172
Perinatal mortalitet	0,44%	0,7 %
Mors gennemsnitsalder v 1. Barn	28,4 år	29,1 år
Kejsersnit	17,7 %	21,4 %
Instrumentel vaginal forløsning	9,6 %	6,8 %
Rygere+ snusere	8,9 %	15,5 % (2004) *
IVF		2,47 % *
Ass. Befrugtning	4,1 %	
BMI >25	36,4 %	33 % **
Kort vårdtid < 2 døgn	66,4 %	33% (2008) ***

Kilder:

*Langhoff-Roos, J. et al: Spontaneous preterm delivery in primiparous women at low risk in Denmark: population based study. In *British Medical Journal*, 2006; 332:937-39

** Sundhedsstyrelsen: Anbefalinger for Svangreomsorg. April 09

***Rasmussen, S.(Sundhedsstyrelsen) April 09

Socialstyrelsen (Hälsa ock sjukdommar 2008:5): Graviditeter, förlossningar ock nyfödda barn. Medicinska födelsesregisteret 1973-2006

Sundhedsstyrelsen: Fødselsregisteret 1. Halvår 2008. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2008:8

Præmature fødsler i Sverige og i Danmark

GA	<28	28-32	32-36	37-42	43+
SVERIGE		<32 1,3 %	4,9 %	93,8 %	
DANMARK	0,6 %	0,8 %	5,8 %	92,7 %	0,1 %

I alt føder 6,13 % præmaturo i Sverige og 7,15 % i Danmark.

Dødfødte i Sverige og Danmark

I alt udgør dødfødte 2,9 0/00 i Sverige og 3,5 0/00 i Danmark af det samlede antal fødsler.

Kilde:

Socialstyrelsen (Hälsa och sjukdommar 2008:5): Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Medicinska födelseregistret 1973-2006

Sundhedsstyrelsen: Fødselsregisteret 1. Halvår 2008. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2008:8

Fødsler i Ystad og Horsens i 2007

	Ystad	Horsens
Alle fødte	1242	1893
Perinatal mortalitet	0,24 %	0,37 %
Kejsersnit	17,7 %	17,4 %
Instrumentel vaginal Forl.	11,6 %	6,7 %
Sæde sectio % af alle fødsler	3,4 %	4,0 %
Sæde vaginalt % af alle fødsler	0,2 %	0,6 %
Epidural / EDA % af alle vaginale fødsler	15,7 %	15,2 %
Sphincterruptur	4,7 %	3,23 %
Præmature fødsler		3 %
Remitterede børn	25	

Kilde:

Chefjordmoder Lisbeth Drevs og Chefjordmoder Birgitta Schooner

Bilag 2

Udvikling i præmature fødsler i DK 2005 - 2010 (Steen Rasmussen, Sundhedsstyrelsen)

Børn fordelt efter svangerskabslængde

	N					All	PctN					
	svlangde						svlangde					
	Uopl	22-27	28-31	32-36	37+		Uopl	22-27	28-31	32-36	37+	
2005	21	318	505	3702	59947	64493	0.0	0.5	0.8	5.7	93.0	100.0
2006	20	268	470	3686	59955	64399	0.0	0.4	0.7	5.7	93.1	100.0
2007	15	283	550	3658	58739	63245	0.0	0.4	0.9	5.8	92.9	100.0
2008	25	249	489	3530	59743	64036	0.0	0.4	0.8	5.5	93.3	100.0
2009	17	255	501	3365	58022	62160	0.0	0.4	0.8	5.4	93.3	100.0
2010	36	269	450	3365	58375	62495	0.1	0.4	0.7	5.4	93.4	100.0

Børn fordelt efter svangerskabslængde

	Paritet																						
	førsteg					flerg																	
	N		PctN			N		PctN															
	svlangde	All	svlangde	All	svlangde	All	svlangde	All															
22-27	28-31	32-36	37+	Uopl	22-27	28-31	32-36	37+	Uopl	22-27	28-31	32-36	37+	All									
2005	187	302	1999	25598	28094	0.0	0.7	1.1	7.1	91.1	100.0	13	131	203	1703	34348	36398	0.0	0.4	0.6	4.7	94.4	100.0
2006	158	296	2066	26062	28590	0.0	0.5	1.0	7.2	91.2	100.0	10	111	174	1619	33892	35806	0.0	0.3	0.5	4.5	94.7	100.0
2007	170	324	2031	25727	28259	0.0	0.6	1.1	7.2	91.0	100.0	8	113	226	1627	33012	34986	0.0	0.3	0.6	4.7	94.4	100.0
2008	136	280	1905	26041	28372	0.0	0.5	1.0	6.7	91.8	100.0	15	113	209	1625	33702	35664	0.0	0.3	0.6	4.6	94.5	100.0
2009	154	313	1865	25707	28044	0.0	0.5	1.1	6.7	91.7	100.0	12	101	188	1500	32315	34116	0.0	0.3	0.6	4.4	94.7	100.0
2010	159	286	1905	25640	28013	0.1	0.6	1.0	6.8	91.5	100.0	13	110	164	1460	32730	34477	0.0	0.3	0.5	4.2	94.9	100.0

Bilag 3

Research article

Open Access

Reference population for international comparisons and time trend surveillance of preterm delivery proportions in three countries

Nils-Halvdan Morken*^{1,2,3}, Ida Vogel^{4,5}, Karin Kallen⁶, Rolv Skjærven^{7,8}, Jens Langhoff-Roos⁹, Ulrik Schiøler Kesmodel⁴ and Bo Jacobsson^{2,4}

Address: ¹Department of Obstetrics and Gynecology, Telemark Hospital, Skien, Norway, ²Perinatal Center, Department of Obstetrics and Gynecology, Institute for the Health of Women and Children, Sahlgrenska Academy, Göteborg, Sweden, ³Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Norway, ⁴NANEA at the Institute of Public Health, Department of Epidemiology, University of Aarhus, Denmark, ⁵Department of Clinical Genetics, Aarhus University Hospital, Aarhus, Denmark, ⁶Tornblad Institute, University of Lund, Lund, Sweden, ⁷Section for Epidemiology and Medical Statistics, University of Bergen, Bergen, Norway, ⁸Medical Birth Registry of Norway, Norwegian Institute of Public Health, Bergen, Norway and ⁹Department of Obstetrics, Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark

Email: Nils-Halvdan Morken* - nhmorken@online.no; Ida Vogel - IV@SOCIAU.DK; Karin Kallen - Karin.Kallen@med.lu.se; Rolv Skjærven - Rolv.Skjarven@smis.uib.no; Jens Langhoff-Roos - jlr@dadlnet.dk; Ulrik Schiøler Kesmodel - UKES@SOCIAU.DK; Bo Jacobsson - bo.jacobsson@obgyn.gu.se

* Corresponding author

Published: 25 September 2008

Received: 21 February 2008

BMC Women's Health 2008, 8:16 doi:10.1186/1472-6874-8-16

Accepted: 25 September 2008

BMC Women's Health 2008, 8:16

<http://www.biomedcentral.com/1472-6874/8/16>

Table 5: The proportion of spontaneous preterm deliveries of the total number of deliveries in the reference population¹ in Sweden (S), Denmark (D) and Norway (N), 1995–2004, presented according to gestational age groups.

Gestational weeks	Country	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	p-value for trend ²
22–27	S	0.10	0.13	0.13	0.11	0.11	0.07	0.12	0.11	0.12	0.16	0.34
	D	0.17	0.18	0.23	0.21	0.23	0.21	0.23	0.13	0.31	0.24	< 0.038(1) ³
	N	0.15	0.17	0.17	0.17	0.13	0.23	0.15	0.15	0.16	0.12	0.33 ⁴
28–31	S	0.22	0.26	0.24	0.25	0.28	0.19	0.23	0.24	0.28	0.27	0.44
	D	0.45	0.44	0.58	0.64	0.71	0.58	0.63	0.71	0.63	0.72	< 0.001(1)
	N	0.44	0.36	0.34	0.52	0.30	0.29	0.30	0.36	0.29	0.22	0.98 ⁴
32–36	S	4.1	3.8	3.5	3.6	3.7	3.9	3.4	3.7	3.7	3.9	0.39
	D	3.8	4.4	4.3	4.8	5.2	5.2	5.2	5.7	5.8	5.8	< 0.001(1)
	N	4.0	3.8	3.9	4.4	3.6	3.7	3.9	3.9	3.7	3.7	0.29 ⁴
< 37	S	4.4	4.2	3.9	4.0	4.1	4.1	3.8	4.0	4.1	4.3	0.64
	D	4.4	5.0	5.1	5.7	6.1	6.0	6.0	6.5	6.7	6.8	< 0.001(1)
	N	4.6	4.3	4.4	5.0	4.0	4.2	4.3	4.5	4.2	4.0	0.63 ⁴

¹ Reference population: 20 – 35-years-old primiparas, born in the country in which delivery occurs, with singleton, spontaneously conceived pregnancies.

² p-values obtained from simple logistic regression analyses with the dichotomized variables specified as outcome variables, and year of birth as the only independent variable for 1995 to 2004.

³(1) = Increase

⁴Trend analyzed for 1999 to 2004, due to known registration changes in the Medical Birth Register of Norway in 1999.

clear that the medically indicated and multiple preterm ... The increased spontaneous preterm delivery rate found in

Bilag 4



AOGS REVIEW ARTICLE

Digital examination and transvaginal scan – competing or complementary for predicting preterm birth?

EVA REITER^{1,2,3}, KURT AAGAARD NIELSEN³ & JENS FEDDER¹¹Scientific Unit and ²Department of Gynecology and Obstetrics, Horsens Hospital, Horsens, Denmark and ³Department of Environmental, Social and Spatial Change, Roskilde University, Roskilde, Denmark**Key words**

Vaginal examination, transvaginal scan, preterm birth, prediction, ultrasound

Correspondence

Eva Reiter, Department of Environmental, Social and Spatial Change, Roskilde University, Denmark. E-mail: reiter@ruc.dk

Conflict of interest

The authors have stated explicitly that there are no conflicts of interest in connection with this article.

Please cite this article as: Reiter E, Nielsen KA, Fedder J. Digital examination and transvaginal scan – competing or complementary for predicting preterm birth? Acta Obstet Gynecol Scand. 2012; 91:428–438.

Received: 25 October 2011

Accepted: 5 December 2011

DOI: 10.1111/j.1600-0412.2011.01341.x

Introduction

Preterm birth (PTB) accounts for about 75% of perinatal mortality and more than half of perinatal morbidity (1,2). Preterm birth has increased throughout western countries, but the prevalence differs significantly between countries (3). If preterm birth could be predicted in a better way, this might contribute to its prevention and thus, in some pregnancies, help to improve birth outcome.

Digital examination (DE) is the traditional method for assessing cervical change for clinical prediction and diagnosis of PTB. In the late 1980s, transvaginal scanning (TVS) was introduced as a possible way of diagnosing PTB. Observational trials undertaken in the USA in the early 1990s suggested that

Abstract

Background. The transvaginal ultrasonographic cervix scan has partly replaced digital examination for diagnosing preterm birth; conflicting results are reported about their respective contribution to birth prediction. **Objective.** To review the predictive value of digital examination and transvaginal scan in low-risk asymptomatic and symptomatic women before treatment. **Methods.** A literature search of PubMed, Web of Science and Cochrane Databases from 1994 to 2010 and selected reference lists was carried out. Randomized controlled trials, retrospective and prospective cohort studies, outcome research and studies of clinical decision rules were included. **Results.** The studies showed that methods for the estimation of cervical ripening are not unequivocal nor is the nomenclature for digital examination. Evidence for routine screening for premature cervical ripening in asymptomatic low-risk women is insufficient. Knowledge of ultrasonographic cervical length in symptomatic women was not associated with a significantly improved outcome in symptomatic women, but may help to reduce length of hospitalization. In women selected by the Bishop Score, a transvaginal scan may reduce the number of false-positive results. **Conclusions.** Clarification on the methods for performing cervical assessment is needed. The evidence that transvaginal scanning of the cervix improves outcome in symptomatic women is insufficient. The methods for assessing cervical change should be regarded as complementary.

Abbreviations: CL, cervical length; DE, digital examination; GA, gestational age; LBW, low birthweight; PTB, preterm birth; SPB, spontaneous preterm birth; TVS, transvaginal scan.

TVS might be superior to DE in the diagnosis of threatened PTB (4–6). There is an ongoing tendency for TVS to supersede DE in clinical practice, but research in this field has not been unequivocal.

The performance of a diagnostic test is influenced by the background prevalence of the condition at which the test is directed and by the competence of the staff conducting the test. For assessment and comparison of the two methods of digital examination and transvaginal scanning, we have focused on clinical performance and the predictive and diagnostic value of cervical ripening assessment in both asymptomatic women who are at low risk and symptomatic women before treatment is initiated, in order to evaluate implications for clinical practice.

Material and methods

Only in a few studies have DE and TVS been compared for prediction and diagnosis of threatened PTB. As different materials, methods, outcome variables and cut-off values have been used, meta-analysis has not been optional; methods, materials and research results are presented in Tables 1 and 2. A search of the PubMed, Web of Science and Cochrane databases on digital examination and transvaginal scanning was carried out for the years 1994–2010 and included studies for predicting and diagnosing threatened preterm birth in asymptomatic women at low risk and symptomatic women before treatment was commenced; randomized controlled trials, retrospective and prospective cohort studies, outcome research and studies of clinical decision rules (guidelines) within one center were included. Also, the reference lists of qualifying articles were examined for additional studies not identified through the search process. Studies with inadequately described methods and those describing already comprised trials were excluded. Studies were evaluated according to the standards of the Oxford Centre for Evidence-Based Medicine www.cebm.net (levels of evidence) and the PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analysis (7). The last search was carried out at the end of 2010 (a list of excluded articles is available from the authors on request).

Results

Digital examination involves an evaluation of whether the cervix is opened and effaced or not, and assessment of cervical length (CL), evaluated in centimeters or as a percentage of the effacement (with or without validation of cervical dilatation).

Digital examination has been reported as synonymous with the Bishop score (8), while the Preterm Prediction Study introduced a cervical score, comprising cervical length and cervical dilatation only (9). Cervical collagen content has been associated with cervical competence (10), which was viewed as a continuum in a study published in 1995 (11). The ‘continuum theory’ has subsequently been endorsed (12,13). The nomenclature used has, however, not been consistent and will therefore be referred to separately for each study (Tables 1 and 2).

Learning to measure CL by TVS can be done quickly (14), and an interobserver variability of less than 10% can probably be achieved after as few as 50 supervised transvaginal ultrasonographic scans (15). Pitfalls in TVS measurements of CL for predicting PTB have been described (16), but present standards for cervical sonography in the prediction of PTB try to avoid these (17). Funneling of the internal os and cervical canal noted on TVS has been found to be predictive of PTB (18). As an independent finding, funneling does not seem to add appreciably to the risk of PTB (13). Funneling together with a short CL has, however, been reported to be associated with a significantly increased risk of PTB compared with a short TVS CL alone (12), but in a cohort study that was retrospective and fairly small.

Asymptomatic low-risk women

Studies on these women are summarized in Tables 1 and 3. A major European randomized controlled study found no significant benefit of routine cervical examinations in antenatal care compared with its avoidance when possible (19). The USA Preterm Prediction Study evaluated DE and TVS in the prediction of preterm birth in three studies.

Table 1. Predicting preterm birth/spontaneous preterm birth in asymptomatic women at low risk, using digital examination and/or transvaginal scan.

First author (year) (No of reference) country, n	Population	Study design		Evaluation of cervical ripening:	
		Characteristics of trial groups	Intervention	DE	TVS
Buekens (1994) (19) 7 European Countries 5836	Routine All patients booked for prenatal care: >20 weeks gestational age	Randomized controlled trial	Cervical examination on every prenatal visit (median 6)	Cervical examination	Preterm delivery/LBW 6.7%/6.6%
1b	Medical reasons	Trial groups similar demographically and medically + information on noncompleters	vs. avoidance of cervical examination if possible (median 1)	TVS	6.4%/7.7%

Table 1. Continued.

First author (year) (No of reference) country, n	Population	Study design		Evaluation of cervical ripening:	
		Characteristics of trial groups	Intervention	DE	Outcome
Level of evidence	Criteria of exclusion	Information on non completers	Intervention	TVS	Outcome
Iams (1996) (18) 10 sites, USA 3073	24 and 28 weeks	Exploratory cohort study	DE AND TVS at 22–24 weeks	DE: Bishop score cut-off ≥ 4 and ≥ 6 and CL by obstetrician or trained nurse	TVS CL SPB <35 weeks: 4.3%
	Selected to reflect parity and race No regard to medical or socio-economic factors	Trial groups: similar + information on noncompleters	and at 28 weeks	TVS: CL cut-off ≤ 20 mm by trained sonographer	
Iams (2001) (20) 10 sites, USA 2107	Low risk Selected to reflect populations at each center	Observational study/clinical decision rule after derivation	DE AND TVS AND fetal fibronectin at 22–24 weeks	DE: Bishop score cut-off ≥ 4 TVS: CL cut-off ≤ 25 mm by sonographer	Prediction of SPB <35 weeks: 3.04%
	Maternal and fetal anomaly	Information on noncompleters not mentioned		Research personnel not available for clinical care	
Matijevic (2006) (21) Croatia 282	Unselected	Randomized controlled trial	DE: Bishop score	DE: Bishop score cut-off ≥ 4	Diagnostic accuracy of both tests regarding prediction of PTB <37 weeks: 5.7%
	Low risk PTB risk factors Major fetal anomaly No consent	Information on noncompleters not mentioned	vs. TVS: CL	TVS: CL cut-off ≤ 24 mm	
Herbst (2006) (22) Sweden 306	<27 weeks	Retrospective cohort study/Clinical Decision Rule	Outpatient visit(s) for preterm contractions by midwives	DE and TVS and speculum examination TVS optional but not mandatory	PTB <32 weeks: 1.3% PTB <37 weeks: 4.6%
	Background population: 11 406	All included			
Newman (2008) (9) 10 sites, USA 2916	22–24 weeks	Exploratory cohort study	DE at 22–24 weeks	DE: Bishop score cut-off ≥ 4	Prediction of PTB <35 weeks: 4.4%
	Parity and race reflected Rupture of membranes Multiple gestation, cerclage, praevia, congenital malformation, HIV, signs of PTB	Information on noncompleters not mentioned See Iams (1996) (18)		and cervical score (DE CL minus cervical dilatation, both in centimeters) cut-off <1.5 By specially trained personnel	

Abbreviations: CL, cervical length; DE, digital examination; LBW, low birthweight; PTB, preterm birth; SPB, spontaneous preterm birth; and TVS, transvaginal scan.

Table 2. Predicting preterm birth/spontaneous preterm birth in hospitalized symptomatic women with singleton pregnancy before treatment was initiated using digital examination and/or transvaginal scan.

First author (year) (No of reference) country, n,	Population	Study design		Evaluation of cervical ripening:	
		Characteristics of trial groups		DE	
Level of evidence	Criteria of exclusion	Information on non completers	Intervention	TVS	Outcome
Timor-Tritsch (1996) (24) USA, 70	20–35 weeks	Outcomes Research	DE AND TVS	DE by admitting physician	PTB <37 weeks:
2c	Ruptured membranes, pathology	Wedge and nonwedge group: Similar demographically and medically		TVS CL and wedging by authors (not involved in care) TVS information not known and used in management of patient	27.1%
Tekesin (2003) (25) Germany, 68	20–35 weeks	Outcomes Research	DE AND TVS AND Quantitative Ultrasound Tissue Characterization	DE: cervical dilatation + effacement + Bishop score	PTB <37 weeks
2c	Pathology			On admission: TVS CL AND quantitative ultrasound tissue characterization of the uterine cervix by a single investigator TVS: information not known and used in treatment	41.2%
Tsoi (2003) (26) 4 sites in UK 216	24–36 weeks	Prospective observational study	DE AND TVS	DE: before admission by obstetricians	PTB <37 weeks within 7 days
2c	Active labor Multiple pregnancies Ruptured membranes	Outcomes Research Logistic regression: Study groups: similar demographically and medically		TVS: CL on admission by sonographers. Cut-off: 15 mm TVS information not known and used in management of patient	7.8%
Voluminie (2004) (27) France, 59	20–33 weeks	Clinical decision rule tested in one center (referral unit)	DE AND TVS	On admission: DE: Bishop score cut-off ≥ 6 by attending clinician	PTB <37 weeks:
2b	Spontaneous onset of labor Cervical dilatation >3 cm Ruptured membranes Fetal and maternal pathology	All patients needing hospital care for threatened labor + information on noncompleters		TVS: CL cut-off ≤ 27 mm by First author within 24 h. TVS information not known and used in treatment	39%
Herbst (2006) (22) Sweden, 115	<27 weeks	Retrospective study in a referral unit of Clinical Decision Rule	DE TVS optional but not mandatory	DE: cervical effacement and dilatation	PTB <37 weeks: 68%
2b	Background population: 72 000 approx. Ruptured membranes	+ information on noncompleters		TVS: CL	PTB <32 weeks: 57%

Table 2. Continued.

First author (year) (No of reference) country, n,	Population	Study design		Evaluation of cervical ripening:	
		Characteristics of trial groups	Intervention	DE	TVS
Level of evidence	Criteria of exclusion	Information on non completers	Intervention	TVS	Outcome
Robson (2006) (28) Ireland, 60	≤34 weeks	Clinical Decision Rule tested in one center	DE AND history	On admission: DE by experienced midwives	Prediction of PTB ≤34 weeks Within 24 h: 30% Within 48 h: 42%
1b	Background population: approx. 1330	Prospectively tested All included			Overall: 2.7%
Ness (2007) (29) USA, 100	24–34 weeks	Prospective randomized controlled trial	DE AND TVS AND fetal fibronectin	On admission: Speculum examination AND fetal fibronectin AND DE: cervical effacement and dilatation	Length of evaluation to discharge from triage area Effect of physicians' knowledge of TVS and fetal fibronectin
1b	Rupture of membranes Fetal anomaly Vaginal bleeding possibly affecting clinical management Cerclage Known short CL Cervical dilatation ≥3 cm	Study groups: similar demographically and medically, but not according to ethnicity + information on noncompleters	Trial group: physicians blinded to TVS CL and fetal fibronectin	TVS: CL by sonographers not involved in clinical management	Selection for intervention SPB <34 weeks: 10.4% SPB <37 weeks: 24.5%
Schmitz (2008) (30) France, 395	24–35 weeks	Exploratory cohort study with good standards of reference General demographic and medical characteristics provided	DE AND TVS	DE: Bishop score TVS CL ≤30 min after DE	PTB <37 weeks Within 48 h: 4.3% Within 7 days: 8.1%
2b	Rupture of membranes Cervical dilatation >3 cm Fetal and maternal pathology	+ information on noncompleters		DE AND TVS by Fellow in obstetrics TVS information not known and used in treatment	SPB: 26%

Abbreviations are as for Table 1.

Cervical length assessed by TVS correlated significantly with the Bishop score, but the predictive value of TVS was low (18). In a second analysis comprising only low-risk women from the original cohort, the Bishop score, fetal fibronectin measurement and CL by TVS were all significantly related to spontaneous preterm birth. The sensitivity of each individual test was, however, low (20). Another secondary analysis of the data compared the Bishop score and the cervical score for predicting preterm birth (9). Both evaluations were associated with spontaneous preterm birth, but the Bishop score

performed better in mid-trimester, whereas by 26–29 weeks a cervical score <1.5 was a better predictor than a Bishop score ≥5.

In a randomized controlled study comprising 282 women at low risk undertaken in Croatia where TVS CL was not used for management, a TVS CL <24 mm had diagnostic superiority to DE, i.e. a Bishop score >4, in the prediction of PTB (21). A retrospective cohort study from Southern Sweden using DE as the main predictor in assessing cervical ripening revealed that the frequency of PTB in patients with

Table 3. Statistics for asymptomatic women of low risk.

First author (year) (No of reference) Country, n analysis	Outcome	Evaluation of cervical ripening cut-off values	Sensitivity (%)	Specificity (%)	Positive predictive value (%)	Negative predictive value (%)	Positive Likelihood Ratio (LR+)	Negative Likelihood Ratio (LR-)
Buekens (1994) (19) 7 European countries, 5836	PTB <37 weeks: 6.7%/6.6 LBW: 6.4/7.7%	Routine cervical examination vs. avoidance if possible		No significant differences between experimental and control group				
Iams (1996) (18) 10 sites, USA 3073	SPB <35 weeks: 4.3%	Bishop score 24/28 weeks ≥ 6 ≥ 4 TVS: CL 24/28 weeks ≤ 20 mm	7.9/15.8 27.6/42.5 23.0/31.3	99.4/97.9 90.9/82.5 97.0/94.7	38.5/25.6 12.1/9.9 25.7/16.7	96.0/96.3 96.5/96.9 96.5/97.6	13.2*/7.5* 3.0/2.4 7.7*/5.9*	0.93/0.86 0.80/0.70 0.79/0.73
Iams (2001) (20) 10 sites, USA 2107, secondary analysis	Prediction of SPB <35 weeks: 3.04%	Bishop score ≥ 5 TVS: CL ≤ 25 mm	23.4 39.1	92.6 92.5	9.1 97.5	97.5 98.0	3.2 5.2*	0.83 0.66
Mattijevic (2006) (21) Croatia, 282	Diagnostic accuracy PTB <37 weeks: 5.7%	Bishop score ≥ 4 vs. TVS: CL ≤ 24 mm	33.3 57.1	89.7 98.4	17.6 66.7	95.3 97.7	3.2 35.7*	0.83 0.44
Herbst (2006) (22) Sweden, 306	PTB <32 weeks: 1.3%	DE: cervical length and dilatation TVS (not mandatory)	1.3% amongst women (outpatients) with contractions 0.6% amongst all other women Perinatal mortality in background population: 4 per 1000	No significant difference				
Newman (2008) (9) 10 sites, USA 2916, secondary analysis	Prediction of PTB <35 weeks: 4.4%	Bishop score ≥ 4 Bishop score ≥ 5 Cervical score <1.5	27.6 11.8 13.4	90.9 97.6 97.7	12.1 18.1 20.7		3.0 4.9 5.8*	0.80 0.90 0.89

Abbreviations are as for Table 1. * value is statistical significant.

Table 4. Statistics for symptomatic women.

First author (year) (No of reference) Country, n	Outcome	Evaluation of cervical ripening cut-off values	Sensitivity (%)	Specificity (%)	Positive predictive value (%)	Negative predictive value (%)	Positive likelihood ratio (LR+)	Negative likelihood ratio (LR-)
Timor-Triisch (1996) (24) USA, 70	PTB <37 weeks: 27.1%	DE and TVS CL and TVS: wedging	100	74.5	59.4	100	3.9	0*
Teksin (2003) (25) Germany, 68	PTB <37 weeks: 41.2%	Bishop score ≥ 4 TVS CL ≤ 25 mm TVS: Mean of Quantitative Ultrasound Tissue	60.7 82.1	72.5 62.5	60.7 62.5	72.5 83.3	2.2 2.2	0.54 0.29
Tsai (2003) (26) 3 sites in UK, 216	PTB <37 weeks within 7 days: 7.8%	Characterization of Cervix ≤ 6.54 TVS CL and TVS QTC combined	82.1 71.4	72.5 82.5	67.6 74.1	85.3 80.5	3.0 4.1	0.25 0.35
Volumine (2004) (27) France, 59	PTB <37 weeks: 39%	On admission: Cervical dilatation <3 cm TVS CL <15 mm	94.1	86.4	37.2	99.4	6.9*	0.07*
Herbst (2006) (22) Sweden, 115	PTB <32 weeks: 57% PTB <37 weeks: 68%	Bishop score ≥ 6 TVS CL ≤ 27 mm (within 24 h)	74 70	61 64	55 55	79 77	1.9 1.9	0.43 0.47
Robson (2006) (28) Ireland, 60	Prediction of PTB ≤ 34 weeks within 24 h: 30% within 48 h: 42% Overall PTB <34 weeks: 2.7%	DE: cervical effacement and cervical dilatation TVS not mandatory	Perinatal mortality in background population: 4.0 0/00					
Ness (2007) (29) USA, 100	Length of evaluation in triage SPTB <37 weeks: 24.5% SPTB <34 weeks: 10.4%	History and DE Cervical dilatation	100 92	88 100	78 100	37 95	8.3* No value as specificity = 100%	0* 0.08*
Schmitz (2008) (30) France, 395	PTB ≤ 35 weeks within 7 days: 8.1%	DE Cervical dilatation TVS CL <20 mm (Knowledge of TVS vs. not)	36	87	47	81	2.8	0.74
		Bishop score and TVS CL	No significant difference in areas under receiver operating characteristic curves					
		Bishop score ≥ 4	97	45	13	99	1.8	0.07*
		Bishop score ≥ 8	34	98	58	94	17.0*	0.67
		TVS CL ≤ 30 mm	94	42	12	99	1.6	0.14*
		(Bishop score 4-7 AND TVS ≤ 30 mm) OR Bishop score ≥ 8	94	60	17	99	2.4	0.10*

Abbreviations are as for Table 1. QTC, quantitative ultrasound tissue characterization.
*value is statistical significant.

preterm contractions booked only for midwifery outpatient visits and the frequency of PTB in the background population were not significantly different with regard to the frequency of delivery <32 weeks (22). The rate of perinatal mortality in the region was low, at 4.0 per 1000 (23).

Symptomatic women

The studies included are shown in Tables 2 and 4. In three studies investigating TVS for the prediction of preterm birth, CL measured by TVS correlated significantly with PTB. In all three studies, the participant women had a DE on enrollment. In an American study, wedging/funneling was initially present in all women delivering preterm, but only in 26% of those delivering at term (24), but the correlation between DE and PTB was not investigated further. In a German study, qualitative tissue characterization of the uterine cervix gave additional and significant information for predicting PTB, as was the case with the Bishop score and TVS CL (25), but there was no clearly defined comparison group. An outcome research study from four hospitals in the UK suggested from logistic regression analysis that TVS CL <15 mm was the only contributor to prediction of PTB, with no significant contribution from medical and demographic characteristics (26), but correlation with the Bishop score was not further investigated.

Three centers, all referral units with neonatal intensive care (in France, Ireland and Sweden), investigated the clinical decision rule of DE as the main predictor of PTB. The risk for preterm delivery increased significantly with a Bishop score ≥ 6 , and with TVS cervical length ≤ 27 mm (French study), but the Bishop score was the only independent risk factor on multivariate analysis (27). A combination of Bishop score and TVS did not yield better results. Two of the centers considered the clinical decision rule by using the background population as the comparison group. The Irish study enrolled 60 women prospectively and 42% delivered within 48 h, showing that experienced clinicians could make an acceptable diagnosis of PTB based on history and DE only. The center had a perinatal mortality of 3.8 per 1000 (28). In a retrospective cohort study undertaken in Southern Sweden on the clinical decision rule, TVS was optional. There were 115 women with singleton pregnancy enrolled at <27 weeks, and 57% had delivered before 32 weeks (22). Perinatal mortality in the region was low (23).

Some researchers have considered that women with threatened preterm labor can be subjected to prolonged observation with serial pelvic examinations (29), and studies in Europe suggest that this is not a problem (22,27,28,30).

Three randomized controlled studies have investigated whether knowledge of TVS CL in symptomatic women reduces hospital stay (29,31,32) and improves the birth outcome. In all these studies, the woman and the physician knew

to which group the women were allocated, thus creating potential bias. In the first of these studies, only the abstract was published (31). In another study, the allocation of women was decided after initiation of treatment (32). There was insufficient evidence for judging whether routine knowledge of TVS CL had an impact on perinatal outcome, but other evidence suggested that such knowledge might reduce the length of stay for women hospitalized because of non-progressive threatened preterm labor. In a recent French study, the Bishop score performed at least as well as TVS CL. Transvaginal scan carried out only on patients selected according to their Bishop score vs. systematic TVS in the entire population was found to reduce the number of false positives by 30%, and this decreased unnecessary therapeutic interventions (30).

Discussion

The prevalence of PTB is increasing (3), but differs significantly between countries and is considerably higher in the USA than in the north-western part of Europe, where it is low. This affects the predictive capacity of the DE and TVS, because an increasing prevalence inevitably adds to the probability of diagnosing preterm birth.

Research is unfortunately impaired by the unclear methods used to describe DE. We emphasize that clinical assessment of the cervical length and dilatation by digital vaginal examination is not equivalent to measurement of cervical length by ultrasound, but a matter of evaluation of the *external* intravaginal length of the cervix (the 'portio'). While being careful not to violate the internal mucosa of the cervix or the mucus plug, DE can still provide an evaluation of the *external os* and, indirectly, of the cervical channel. Furthermore, a vaginal examination can provide information about cervical position and consistency and the station of the presenting part of the fetus, all of which are included in the Bishop score. In addition, the pelvic space can be assessed and knowledge of the flexion of the fetal head may be obtained, provided that the external and internal os are sufficiently dilated, so that breaching of the cervical mucus plug cannot be avoided if a proper cervical assessment is to be done.

By transvaginal ultrasonography, the length of the *inner* cervical channel can be measured without breaching the mucus plug barrier, and TVS also supplies information on the *internal os*, including signs of funneling/wedging. In addition, TVS can provide information about qualitative tissue characterization of the cervix (25). In studies undertaken in the USA and UK, the transvaginal scans were usually done by sonographers (20,26,29). In the Preterm Prediction Study, sonographers who were specially trained and certified performed the ultrasound examinations. They were continuously subjected to quality control, but some differences in results between the centers persisted throughout the

study period (18). In the study reported by Tsoi *et al.*, certified sonographers performed the TVS (26). Three of the studies reported an applied protocol for TVS, with the study from Croatia (21) using a protocol from 2001 (33), a study from USA (29) using a protocol from 2003 (34) and a study from France using a protocol from 1999 (4). The investigators did in some studies perform the TVS themselves and described the method used (24,25,27). Although subsequent management of the patients was blinded to the results, this may have caused bias. In most European studies, the TVS has been performed by the obstetrician on call, except in the study by Tsoi *et al.* (26). Unfortunately, differences in the published guidelines on performance of the digital examination and transvaginal ultrasonographic scan, respectively, impaired extraction of information across the studies.

Clear evidence from a randomized controlled study among asymptomatic low-risk women confirmed the value of avoiding digital cervical examination as a routine part of antenatal care if possible (19); a result also shown in an earlier randomized trial (35). A smaller randomized controlled study showed that TVS was better for predicting PTB compared with DE in asymptomatic women, but the impact of knowledge of the TVS CL on perinatal outcome was not further investigated (21). A center using DE as the main predicting method for diagnosing PTB with TVS only as an option had low rates of perinatal mortality (22), thus indirectly supporting the clinical DE method. The evidence for antenatal TVS screening of CL in asymptomatic women at low risk must be regarded as insufficient, and such a practice can at present not be recommended as better than no screening at all. Transvaginal scan in the prediction of PTB in asymptomatic women at high risk has been reviewed elsewhere (36).

Transvaginal scan CL in symptomatic women has likewise not shown significant improvement with regard to perinatal outcome and has only been associated with an insignificant decrease in length of hospital stay among women with a cervix ≥ 30 mm (29,31,32). This result could have been biased by significant differences in ethnicity between the study groups. There is thus not sufficient evidence for using TVS CL for screening symptomatic women in order to enhance perinatal outcome. Transvaginal scan may, however, be associated with shorter hospitalization among symptomatic women who do not progress towards birth, but again the study groups were ethnically different, which could have biased the results.

Taking advantage of the two methods for assessing cervical ripening does provide additive information about the condition of the cervix. A study investigating TVS only in patients selected according to Bishop score was thus significantly associated with fewer false-positive results and unnecessary therapeutic interventions (30), suggesting that TVS and DE should be regarded as complementary means of diagnosing real threatened PTB in clinical practice. Centers relying on

DE as the main predictor of PTB report very low perinatal mortality (22,23,28), but this does not allow the suggestion that one method is better than the other in these settings where there is an established tradition of teamwork between obstetricians and midwives as a part of the organizational culture.

Personal competence can be developed through education, training, experience and quality control. The latter can be conducted by formal means (9,18) or informally in the dialogic practice of teamwork (37). The reliability and precision of a DE or TVS depends to some extent on this type of collective competence, and qualitative research methodology could contribute to knowledge about this aspect.

Conclusion

Clarification and agreement concerning the methods of performing DE and TVS are warranted. Cervical examination in routine antenatal care should be avoided, and such a practice can at present not be recommended. There is insufficient evidence for TVS CL improving perinatal outcome in symptomatic women, although it may reduce length of stay if preterm labor does not progress to PTB. Transvaginal scan and DE may be regarded as complementary in the diagnosis of threatened preterm birth.

Funding

No specific funding.

References

1. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet*. 2008;371:75–84.
2. Saigal S, Doyle LW. An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. *Lancet*. 2008;371:261–9.
3. Lawn JE, Gravett MG, Nunes TM, Rubens CE, Stanton C; GAPPs Review Group. Global report on preterm birth and stillbirth (1 of 7): definitions, description of the burden and opportunities to improve data. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010;10:S1.
4. Andersen HF, Nugent CE, Wauty SD, Hayashi RH. Prediction of risk for preterm delivery by ultrasonographic measurement of cervical length. *Am J Obstet Gynecol*. 1990;163:859–67.
5. Sonek JD, Iams JD, Blumenfeld M, Johnson F, Landon M, Gabbe S. Measurement of cervical length in pregnancy: comparison between vaginal ultrasonography and digital examination. *Obstet Gynecol*. 1990;76:172–5.
6. Gomez R, Galasso M, Romero R, Mazor M, Sorokin Y, Goncalves L, *et al.* Ultrasonographic examination of the

- uterine cervix is better than cervical digital examination as a predictor of the likelihood of premature delivery in patients with preterm labor and intact membranes. *Am J Obstet Gynecol.* 1994;171:956–64.
7. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gotzsche PC, Ioannidis JP, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *J Clin Epidemiol.* 2009;62:e1–34.
 8. Bishop EH. Pelvic scoring for elective induction. *Obstet Gynecol.* 1964;24:266–8.
 9. Newman RB, Goldenberg RL, Iams JD, Meis PJ, Mercer BM, Moawad AH, et al. Preterm prediction study: comparison of the cervical score and Bishop score for prediction of spontaneous preterm delivery. *Obstet Gynecol.* 2008;112:508–15.
 10. Oxlund BS, Ørtoft G, Brüel A, Danielsen CC, Bor P, Oxlund H, et al. Collagen concentration and biomechanical properties of samples from the lower uterine cervix in relation to age and parity in non-pregnant women. *Reprod Biol Endocrinol.* 2010;8:82.
 11. Iams JD, Johnson FF, Sonck J, Sachs L, Gebauer C, Samuels P. Cervical competence as a continuum: a study of ultrasonographic cervical length and obstetric performance. *Am J Obstet Gynecol.* 1995;172:1097–103;discussion 1104–6.
 12. Rust OA, Atlas RO, Kimmel S, Roberts WE, Hess LW. Does the presence of a funnel increase the risk of adverse perinatal outcome in a patient with a short cervix? *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192:1060–6.
 13. Berghella V, Owen J, MacPherson C, Yost N, Swain M, Dildy GA 3rd, et al. Natural history of cervical funneling in women at high risk for spontaneous preterm birth. *Obstet Gynecol.* 2007;109:863–9.
 14. Vayssiere C, Moriniere C, Camus E, Le Strat Y, Poty L, Fermanian J, et al. Measuring cervical length with ultrasound: evaluation of the procedures and duration of a learning method. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2002;20:575–9.
 15. Berghella V, Baxter JK, Hendrix NW. Cervical assessment by ultrasound for preventing preterm delivery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(3):CD007235.
 16. Yost NP, Bloom SL, Twickler DM, Leveno KJ. Pitfalls in ultrasonic cervical length measurement for predicting preterm birth. *Obstet Gynecol.* 1999;93:510–6.
 17. Mella MT, Berghella V. Prediction of preterm birth: cervical sonography. *Semin Perinatol.* 2009;33:317–24.
 18. Iams JD, Goldenberg RL, Meis PJ, Mercer BM, Moawad A, Das A, et al. The length of the cervix and the risk of spontaneous premature delivery. *N Engl J Med.* 1996;334:567–72.
 19. Buekens P, Alexander S, Boutsen M, Blondel B, Kaminski M, Reid M. Randomised controlled trial of routine cervical examinations in pregnancy. European Community Collaborative Study Group on Prenatal Screening. *Lancet.* 1994;344:841–4.
 20. Iams JD, Goldenberg RL, Mercer BM, Moawad AH, Meis PJ, Das AF, et al. The preterm prediction study: can low-risk women destined for spontaneous preterm birth be identified? *Am J Obstet Gynecol.* 2001;184:652–5.
 21. Matijevic R, Grgic O, Vasilj O. Is sonographic assessment of cervical length better than digital examination in screening for preterm delivery in a low-risk population? *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006;85:1342–7.
 22. Herbst A, Nilsson C. Diagnosis of early preterm labour. *BJOG.* 2006;113:60–7.
 23. Richardus JH, Graafmans WC, Verloove-Vanhorick SP, Mackenbach JP; EuroNatal International Audit Panel, EuroNatal Working Group. Differences in perinatal mortality and suboptimal care between 10 European regions: results of an international audit. *BJOG.* 2003;110:97–105.
 24. Timor-Tritsch IE, Boozarjomehri F, Masakowski Y, Monteagudo A, Chao CR. Can a “snapshot” sagittal view of the cervix by transvaginal ultrasonography predict active preterm labor? *Am J Obstet Gynecol.* 1996;174:990–5.
 25. Tekesin I, Hellmeyer L, Heller G, Romer A, Kuhnert M, Schmidt S. Evaluation of quantitative ultrasound tissue characterization of the cervix and cervical length in the prediction of premature delivery for patients with spontaneous preterm labor. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;189:532–9.
 26. Tsoi E, Akmal S, Rane S, Otigbah C, Nicolaides KH. Ultrasound assessment of cervical length in threatened preterm labor. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2003;21:552–5.
 27. Volumenier JL, Luton D, De Spirlet M, Sibony O, Blot P, Oury JF. Ultrasonographic cervical length measurement is not a better predictor of preterm delivery than digital examination in a population of patients with idiopathic preterm labor. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2004;117:33–7.
 28. Robson M, Murphy T. Should every unit have a 24-hour transvaginal ultrasound available? *BJOG.* 2006;113:57–9.
 29. Ness A, Visintine J, Ricci E, Berghella V. Does knowledge of cervical length and fetal fibronectin affect management of women with threatened preterm labor? A randomized trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;197:426.e1–7.
 30. Schmitz T, Kayem G, Maillard F, Lebre T-M, Cabrol D, Goffinet F. Selective use of sonographic cervical length measurement for predicting imminent preterm delivery in women with preterm labor and intact membranes. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2008;31:421–6.
 31. Palacio M, Sanchez M, Cobo T, Figueras F, Coll O, Cararach V, et al. Cervical length measurement to reduce length of stay in patients admitted because of preterm labor. Prospective and randomized trial. Final results. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2006;28:485.
 32. Alfirevic Z, Allen-Coward H, Molina F, Vinuesa CP, Nicolaides K. Targeted therapy for threatened preterm labor based on sonographic measurement of the cervical length: a randomized controlled trial. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2007;29:47–50.

33. Owen J, Yost N, Berghella V, Thom E, Swain M, Dildy GA 3rd, et al. Mid-trimester endovaginal sonography in women at high risk for spontaneous preterm birth. *JAMA*. 2001;286:1340–8.
34. Berghella V, Talucci M, Desai A. Does transvaginal sonographic measurement of cervical length before 14 weeks predict preterm delivery in high-risk pregnancies? *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2003;21:140–4.
35. Mortensen OA, Franklin J, Lofstrand T, Svanberg B. Prediction of preterm birth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1987;66:507–12.
36. Crane JM, Hutchens D. Transvaginal sonographic measurement of cervical length to predict preterm birth in asymptomatic women at increased risk: a systematic review. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2008;31:579–87.
37. Nielsen P, Mann S. Team function in obstetrics to reduce errors and improve outcomes. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2008;35:81–95, ix.

Bilag 5

Se CD

(Af hensyn til anonymitet kun udgivet til vejledere og opponenter)

Bilag 5a

Til Nyhedsbrevet

Ang.: Projekt: "For tidlig fødsel, hvad gør vi hvad kan vi gøre?"

Jeg vil komme til Horsens i dagene 16-17/ 4. Jeg vil præsentere mit projekt på morgenkonferencen d 17/4.

Jeg ville også meget gerne præsentere mit projekt for jordemødre og hjælpere – men nu er der jo planlagt en strejke ... så det må blive en anden gang.

Hvis det er muligt vil jeg gerne mødes med repræsentanter for ledelse og medarbejdere for at indlede planlægningen af undersøgelsen og dens fokuspunkter.

Intentionen med projektet er som omtalt i det indledende brev at undersøge, hvad man faktisk gør i en obstetrisk afdeling i Danmark i dag i forbindelse med forebyggelse og diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel.

Baggrunden for projektet er at antallet af for tidlige fødsler er steget med 50 % i gruppen af normale førstegangsfødende (2) Stigningen er sket i alle grupper af for tidlige fødsler.

Partus præmaturus må anses for en utilsigtet hændelse, og det kan være svært som personale at være involveret i en sådan (4).

Formålet med projektet er derfor at bidrage til at forbedre patientsikkerheden og det psykiske arbejdsmiljø.

Personalet, der tager sig af disse kvinder ved, hvordan behandlingen foregår. I ved, hvad der er praksis i jeres organisationskultur, og I tænker måske derfor også på, hvordan der kunne blive plads til forbedringer?

Projektets udgangspunkt er i samarbejde med jer at undersøge disse forhold.

Der er altså ikke tale om kvalitetsvurdering i traditionel forstand og der vil derfor heller ikke ske indrapporteringer i forbindelse hermed.

Praksis er selvfølgelig en del af jeres organisationskultur, men er også del af en større obstetrisk kultur, kan man sige.

Eksempelvis omtaler Sandbjerg Guidelines ikke hvad man bør gøre ved truende for tidlig fødsel efter GA fulde 34 uger (1)

Men en ny metaundersøgelse af konsekvenserne af for tidlig fødsel blev offentliggjort i "The Lancet" i januar i år (3). Forfatterne er to professorer i pædiatri.

Der omtales heri et britisk studie af konsekvenserne af for tidligt fødsel for børn født med gestationsalder på 32-35 uger. Op til en tredjedel af børnene havde vanskeligheder med motorik, sprog, skrivning, matematik og adfærd rapporterede deres lærere ved børnenes 7-års-alder.

Jeg ser frem til at møde jer.

Venlig hilsen

Eva Reiter

Litteratur

Andersen, A.S. et al: Præterm fødsel. Sandbjerg Guidelines. Revideret ihht diskussion på Sandbjerg 2000 og 2001

Langhoff-Roos, J. et al: Spontaneous preterm delivery in primiparous women at low risk in Denmark: population based study. In *British Medical Journal*, 2006;332:937-39

Saigal, S et al : An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. In *The Lancet*. Vol 371. Issue 9608. 19jan2008.p261-69

Wu, A.V.: Medical Error: The second victim. In *British Medical Journal* 2000, 320; 726-27

Til Nyhedsbrevet

Projekt: "For tidlig fødsel, hvad gør vi hvad kan vi gøre?"

Om forskning i utilsigtede hændelser inden for obstetrikken

Den klart mest alvorlige utilsigtede hændelse inden for obstetrikken er naturligvis, hvis moderen dør. Dette sker dog meget sjældent og kræver derfor meget omfattende statistisk materiale som baggrund for en nøjere udredning.

Imidlertid betragtes perinatal mortalitet fortsat som et validt mål for kvaliteten af fødselshjælpen i et land og også som en indikator på standarden i sundhedsvæsenet i det pågældende land.

Et forholdsvist nyt studie har sammenlignet perinatal mortalitet i 10 europæiske lande ved at udføre en international peerbaseret audit på 1619 perinatale dødsfald i årene 1993-98 (Richardus, J. H. et al: 2003). Hver case var blindet og vurderingen af dem skete ved at anvende eksplicitte kriterier. Der opnåedes konsensus mellem eksperterne i 95 % af tilfældene.

Den perinatale mortalitet varierede fra 0,4 % til omkring 0,85 %, Den var lavest i Sverige og Finland, og Danmark havde det dårligste resultat i Norden med en perinatal mortalitet på ca. 0,7 %. Forskellene var signifikante.

Imidlertid varierede andelen af perinatale dødsfald, som eksperterne mente muligvis eller sandsynligvis kunne være undgået.

I Finland og Sverige vurderede den internationale ekspertgruppe, at henholdsvis, at knapt 32 % og knapt 36 % af dødsfaldene kunne være undgået.

Generelt vurderede eksperterne, at 46 % af dødsfaldene kunne være undgået.

I Danmark vurderede man, at 51 % af dødsfaldene kunne være undgået, et resultat der kun "overgås" i England, hvor eksperterne vurderede at 53,5 % af dødsfaldene kunne være undgået.

I materialet var der en positiv association mellem den samlede perinatale mortalitet og antallet af cases med suboptimal behandling.

Undersøgelsen konkluderer at forskellene på kvaliteten af antenatal, intrapartum og perinatal behandling i de forskellige lande bør undersøges nøjere.

Artiklen, der omhandler undersøgelsen er vedlagt.

Om projektet lige nu

Hensigten med dette projekt er, som nævnt, at bidrage til udviklingen varetagelsen af forebyggelse og diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel, og omsorgen for personale, der har været

involveret i evt. utilsigtede hændelser i denne forbindelse. Fokus er på normale førstegangsfødende.

Opfattelsen af at afdelingen er en organisationskultur står i denne sammenhæng centralt. I en statisk kultur, som vi har kendskab til fra beskrivelser af ursamfund, gives orienteringen om, hvordan man opretholder livet så at sige i arv. Gennem praksis opøves kulturens medlemmer i kulturens måde at tackle hverdagens og tilværelsens problemer, og samtidig genskaber kulturens medlemmer så at sige denne praksis gennem deres hverdagsliv. Kulturens praksis bliver gennem opvæksten indlejret som handleberedskab hos det enkelte individ. Man lærer efterhånden hvordan man gør.

Vi kender alle til kulturel inerti. Det er altid nemmest at gøre som man plejer, og det kan være svært at indføre ændringer på, hvordan man gør tingene - ikke nødvendigvis pga. uvilje mod de pågældende ændringer, men fordi det, man plejer at gøre så at sige sidder på ryggraden. Vi kender også til inerti i kulturen, når vi har fra tid til anden har sat spørgsmålstegn ved det "man plejer at gøre". "Ja, men sådan er det" eller "Ja, men sådan har det altid været" er svar, vi alle har hørt.

20-04-2012 15:27 Da jeg besøgte jeres organisationskultur første gang i forbindelse med udarbejdelsen af mit speciale fremgik det, at ledelse og medarbejdere i jeres afdeling var i dialog omkring udviklingen af patientsikkerheden i afdelingen. Ligeledes arbejdede I sammen om at udvikle medarbejdertilfredsheden (Reiter: 2004).

Der er indført væsentlige ændringer i proceduren for forebyggelse og diagnosticering af truende for tidlig fødsel inden for det sidste årti. Jeg tænker her eksempelvis på hvor tit den gravide ser en jordemoder i graviditetens første trimestre og indførelsen af cervixscanning. Disse ændringer har betydet ændringer i hverdagens håndtering af forebyggelse og diagnosticering af truende for tidlig fødsel.

Ifølge Sundhedsstyrelsen retningslinjer er jordemoderen den primære sundhedsperson i graviditeten (Sundhedsstyrelsen: 1998)

For bare 10 år siden var det almindeligt at komme til jordemoder første gang omkring uge 12 og anden gang i uge 20, når man som gravid havde mærket liv. På dette tidspunkt i graviditeten var det almindeligt for en kvinde at have en klar fornemmelse af hvem, der er "min jordemoder". Ligeledes var der i mange amter et tilbud om fødselsforberedelse, og det startede ofte i uge 22 eller 24. Den første time i fødselsforberedelsen handlede typisk om graviditeten, og jordemoderen ville her såvel som en af de første konsultationer komme ind på de signaler, den gravide skal være opmærksom på for at undgå at føde for tidligt

Kvinden havde således, når hun kom til uge 25 mødt en jordemoder (sin jordemoder) 2-3 gange. Kvinden ville derfor såfremt der opstod problemer i graviditeten typisk ringe i jordemoderkonsultationens telefontid eller henvende sig direkte på fødegangen.

I den kultur vi generelt har her i Danmark henvender man sig til sin egen eller vagtlægen, hvis man føler, at der er "noget galt".

I dag ser den gravide kvinde tidligst jordemoderen i 16-18 graviditetsuge, og hvis alt er normalt, ser hun ofte ikke jordemoderen igen før i uge 29-30. Fødselsforberedelse i offentligt regi er stort set sparet væk.

Kvinden når måske derfor ikke at få et klart indtryk af, hvem hendes jordemoder er, inden hun debuterer med præmature veer. Måske er det længe siden at hun har været til jordemoder (op til måneder) og hun vil derfor måske som førstevalg kontakte en læge, når hun føler, at der er noget "galt".

Endvidere er cervixscanningen indført i hele landet, i det samme tiår, hvor antallet af for tidlige vigtig i diagnosticeringen af truende for tidlig fødsel.

Tidligere spillede den forsigtigt udførte vaginalesploration v. erfarent personale - dvs. ofte en jordemoder - en tilsvarende rolle.

Resultatet af vaginalesplorationen blev angivet i Bishops score. Der blev givet point for cervix' konsistens, position og længde for orificiums dilatation og for ledende fosterdels stand og evt. tryk på nedre segment.

Resultatet af cervixscanningen angiver længden og dilatationen af cervikalkanalen, og om der er tale om funneling. Ledende fosterdels stand, evt. tryk på nedre segment, cervix position og konsistens angives ikke.

Cervixscanning foretages i dag af forvagt eller bagvagt i den obstetriske afdeling. En afgørende diagnostisk parameter til vurdering af om der er tale om truende for tidlig fødsel ligger således ofte ikke i dag i jordemoderens hænder.

Men hvad disse ændringer har betydet for den daglige konkrete praksis i fødselshjælpen vides ikke med sikkerhed.

I og med disse konkrete ændringer i den hverdagslige praksis i forebyggelsen og håndteringen af truende for tidlig fødsel har personalet måttet tilegne sig en anden måde at arbejde på. Det kan eksempelvis dreje sig om:

- hvem har hvilken rolle i forbindelse med forebyggelse og diagnosticering af truende for tidlig fødsel
- hvordan fungerer samarbejdet personalegrupperne sædvanligvis indbyrdes om forebyggelse og diagnosticering af truende for tidlig fødsel

Den læring, der sker og er sket igennem praksis, den daglige varetagelse af de proceduremæssigt fastlagte retningslinjer for håndtering af forebyggelse og diagnosticering af truende for tidlig fødsel vil projektet forsøge at kaste lys over.

Vi ved alle, at dersom man har set og deltaget i behandlingen af en obstetrisk komplikation, står det mere klart for én, hvad man skal gøre, såfremt, man igen møder en kvinde med en sådan komplikation

En viden, der bygger på erfaring, har man således i langt højere grad tilegnet sig.

Dette projekt vil derfor, da det tager udgangspunkt i jeres egne erfaringer fra den daglige praksis, som I selv er med til at se på og diskutere, kunne give jer selv og afdelingen ny erfaringsbaseret viden på området.

Litteratur

Alvesson, M.: Understanding Organizational Culture. Sage. 2003.

Bourdieu, P.: Af praktiske grunde. Kbh. 1997.

Hastrup, K. (red.) Ind i verden. En grundbog I antropologisk metode. Kbh. 2003

Nielsen, B.S.: Det eksemplariske princip. I "Modet til fremtiden" RUC 1997.

Pedersen, B. L. et al (red.) patientsikkerhed fra sanktion til læring. Kbh. 2003

Richardus, J. H. et al: Differences in perinatal mortality and suboptimal care between 10 European regions: results of an international audit. In *BJOG* febr. 2003 vol. 110:97-105

Reiter, E.: Patientsikkerhed og organisationskultur i sundhedsvæsenet. RUC 2004.

Schein, E.H: Organisationskultur og ledelse. Kbh.1994.

Schultz, M. Kultur i Organisationer. Kbh.2003

Sundhedsstyrelsen: "Retningslinjer for svangerskabshygiejne og fødselshjælp" Kbh. 1998

Til: Afdelingsledelsen, Kvindeafdelingen i Horsens
 Ang.: Referat af møde 15-7-8

Som indledning blev projektets problemområde skitseret.

Antallet af præmature fødsler er steget med 50 % i gruppen af normale førstegangsfødende i perioden 1995- 2004 her i Danmark (Langhoff-Roos et al: 2006).

Vi var inde på, at i samme periode er gennemsnitsalderen for førstegangsfødende steget, antallet af kunstigt befrugtede er steget, og det gennemsnitlige BMI for gravide er steget.

Endvidere var vi inde på at et større antal af fødende sandsynligvis lider af spiseforstyrrelser.

Men i sundhedsstyrelsens opgørelser er også BMI anført, så det er der taget højde for i undersøgelsen fra 2006 – i hvert fald for så vidt som spiseforstyrrelsen ikke har medført at BMI falder uden for normalområdet.

Tendensen med et stigende antal præmature fødsler kan også ses i andre vestlige lande som f.eks. Australien og USA, men her drejer det sig om en stigning på ca. 10-15 % i den samme periode (Tracy: 2007, Ananth: 2005).

Dette projekts fokus vil være på forebyggelse og diagnosticering af partus præmaturus imminens, for hermed at bidrage til at undgå den utilsigtede hændelse, som en for tidlig fødsel kan være.

I og med at fokus er på forebyggelse og diagnosticering af truende for tidlig fødsel omgår man meget svært håndterbare utilsigtede hændelser, men kommer alligevel i praksis ind på problematikken. Projektet omhandler gruppen af normale førstegangsfødende.

Et studie af perinatal mortalitet og suboptimal forudgående behandling placerer ikke Danmark i toppen af den Europæiske Region (Richardus: 2003). Den perinatale mortalitet i Danmark i dette studie ligger klart over 7 o / oo, hvor den i Sverige er på mellem 3 og 3½ o / oo. Endvidere vurderer peer-grupper, at mere end 50 % af disse tilfælde i Danmark måske kunne være undgået ved optimal forudgående behandling. Det tilsvarende tal for Sverige er på ca. 1/3.

Steffen anførte, at vi altid havde ligget lige over 7 o /oo i Danmark.

Alligevel har vi ikke set initiativer fra sundhedsstyrelsen til at undersøge hvad der kan være på spil...

Dette projekt vil ikke kunne levere statistisk signifikante forbedringer i fødselshjælpen. Men intentionen er at spørge personalet selv, hvordan problemstillingerne tidligere (hvor resultatet var bedre!) blev tacklet, og hvordan de tackles i dag. Det er personalet, der står i den daglige praksis og her tager stilling til hvad der skal gøres og får det udført. Det bliver derfor spændende at få indblik i hvordan personalet selv ser på problemstillingerne, og hvordan I oplever dem...

Jeg forsøgte at gøre mine hoser grønne i Horsens da jeg skulle lave speciale. På denne afdeling mente jeg at der er tradition en åben ledelsesstil og for inddragelse af medarbejderne i udviklingen af patientsikkerheden i afdelingen. Mit studie bekræftede dette.

Den anden obstetriske afdeling, der skal indgå i projektet bliver en svensk afdeling for hermed at bidrage til en sammenligning af organisationskultur og praksis i de to lande.

Den svenske afdeling må nødvendigvis også have en tradition for synlig ledelse og inddragelse af medarbejderne i sikkerhedsarbejdet – ellers kan afdelingerne kun dårligt sammenlignes.

Mere generelle forhold som lovgivning, normeringer, pædiatrisk assistance mm i de to lande vil selvfølgelig indgå i undersøgelsen.

I Sverige vil undersøgelsen foregå ved at jeg besøger afdelingen i nogle dage og er til stede der. Endvidere vil en repræsentant for hver personalegruppe blive interviewet.

Tredje fase i projektet vil være afholdelse af fremtidsværksteder i Horsens. Disse vil sandsynligvis kunne afholdes i efteråret 09.

Strukturelle og teknologiske ændringer har haft en betydning for praksis omkring forebyggelse og diagnosticering af truende for tidlig fødsel.

Vi diskuterede forskellige strukturelle ændringer. Det er næppe sandsynligt at sammenlægningen med Vejle for nogle år siden har haft så megen betydning. Men det vedholdende krav om højere effektivitet har betydet, at der er afsat færre timer pr gravid i jordemoderkonsultation og fødselsforberedelse end der var i 1995. Alt andet lige har jordemoderen derfor mindre tid til at tale med kvinden om evt. personlige risikofaktorer for partus præmaturus. Samme krav har også betydet, at anamnesen fra at være optaget / konfirmeret af bagvagt omkr. uge 16 nu optages af egen læge / egen læges sekretær i samarbejde med den gravide, sagde Steffen.

Endvidere var vi mere konkret inde på, at den korte tid, der er til rådighed formindsker personalets muligheder for at opdage en evt. spiseforstyrrelse, tungt arbejde eller andre typer af belastningsfaktorer.

Endelig blev det konstante årlige krav om yderligere besparelse på 1-2 % nævnt.

Cervixscanningen, er en teknologisk ændring, der har afgørende indflydelse på den måde truende for tidlig fødsel diagnosticeres på. Der er evidens for at cervix < 25 mm medfører forhøjet risiko for partus præmaturus.

Bishops score gav oplysninger om cervix position og konsistens, og også om det tryk ledende fosterdel udøvede på nedre segment. Disse oplysninger får man ikke ved en cervixscanning.

Vi talte vi om at i årene forud for 1995 havde der i jordemoderfaget været en omfattende diskussion af kvindens oplevelse i forbindelse med vaginal eksploration. Betydningen af information før og efter og stor forsigtighed ved udførelsen af selve eksplorationen blev stedse mere betonet.

En læge, der ikke har megen erfaring er ikke nødvendigvis opmærksom herpå ved cervixscanningen.

Ligeledes var vi inde på den immunologiske betydning af slimen i cervix.

I Horsens udføres cervixscanning i forbindelse m. en evt. diagnosticering af partus præmaturus imminens af bagvagt.

Vi var i denne diskussion inde på, at indførelsen af ny teknologi, hvor effektiv og relevant den end er, kan medføre en tendens til at viden og kompetencer blegner eller forsvinder.

Lisbeth fortalte om en workshop på en jordemoderkonference i England, der handlede om uncertainty. Vel at mærke personalets uncertainty. Vi blev enige om at dette kunne være et tema i undersøgelsen.

Vi kom ind på nogle konkrete eksempler på utilsigtede hændelser. Vi talte også om behovet for efteruddannelse og behovet for uformelle samtaler i hverdagen, hvor det er muligt at stille "dumme" spørgsmål – f.eks. over kaffen, på den måde kan der ske en vidensdeling i afdelingen.

I forbindelse med denne diskussion af organisationskulturens betydning for forebyggelse af fejl og utilsigtede hændelser kom vi ind på et studie fra Wales, der omhandlede mere end 100.000 normale fødende (Stewart: 1998). Om natten og om sommeren var der signifikant forhøjet risiko for at fødslen endte som foetus mors, og studiet angiver selv at grunden hertil skal søges i, at det på de pågældende tidspunkter var sværere at få fat i erfarent obstetrisk personale.

Første del af projektet vil således være en undersøgelse af

Hvad har strukturelle og teknologiske ændringer betydet for praksis omkring forebyggelse og diagnosticering af partus præmaturus og hvad har disse ændringer betydet for personalets oplevelse af deres arbejdsliv?

Alle personalegrupper inviteres til at deltage i en fokusgruppe for sammen med fagfæller at diskutere, hvordan håndteringen af truende for tidlig fødsel skete omkring 1995, og hvordan dette gøres i dag. Hvad de pågældende ændringer har betydet for personalegruppens personlige oplevelse af arbejdet og arbejdssituationen vil også være til diskussion.

Temaer for undersøgelsen er:

- Strukturelle og teknologiske ændrings betydning for håndteringen af forebyggelse og diagnosticering af truende for tidlig fødsel
- "Uncertainty"

Medarbejdere og ledelse inviteres til at bidrage med andre temaer

Der vil være informationsmøde for lægerne og scanningspersonalet torsdag d 28-8 kl. 8.20-9.00. Informationsmøde for sygehjælpere og jordemødre vil være d 27-8 og 28-8 begge dage kl. 14-15.

Fokusgruppemøderne vil blive afholdt i uge 36, 38 og 39.

En gruppe hver dag i to dage i de tre uger.

Hver gruppe består af max 7-8 personer

Der vil være en fokusgruppe for hver personalekategori, dog 2 for jordemødre, hvis der er tilstrækkelig interesse, fordi de er så mange.

Afdelingsledelsen vil melde datoer tilbage for, hvornår fokusgrupperne skal finde sted.

Tak for et inspirerende møde!

Venlig hilsen fra

Eva

Litteratur

Ananth, C.V. et al: Trends in preterm birth and perinatal Mortality Among Singletons: United States, 1989 through 2000. In *Obstet Gynecol.* 2005 May;105 (5 Pt1):1084-91

Langhoff-Roos, J. et al: Spontaneous preterm delivery in primiparous women at low risk in Denmark: population based study. In *British Medical Journal*, 2006;332:937-39

Richardus, J H et al : Differences in perinatal mortality and suboptimal care between 10 European regions: results of an international audit. In *BJOG* febr.2003, Vol. 11: 97-105

Stewart, J et al: Numbers of deaths related to intrapartum asphyxia and timing of birth in all Wales Perinatal Survey, 1993-95. In *British medical journal*. Vol. 316. Febr.1998:657-59

Tracy, SK et al: Spontaneous preterm birth of live born infants in women at low risk in Australia over 10 years: a population based study. In *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2007 Jun; 114(6):731-5.

Til Nyhedsbrevet (3)

Ang.: Projekt: "For tidlig fødsel, hvad gør vi, hvad kan vi gøre?"

Projektet udspringer af en undersøgelse der blev offentliggjort for 2 år siden (Oversat resumé se s 2).

Heraf fremgår det, at antallet af for tidlige fødsler i Danmark er steget med mere end 50 % fra 1995-2004 i gruppen af normale førstegangsfødende.

En præmatur fødsel i denne gruppe må siges at være en utilsigtet hændelse, som fødselshjælpen gennem forebyggelse og tidlig diagnosticering af den truende for tidlige fødsel måske kunne have forhindret.

I arbejdet med mit speciale var jeg i Horsens og udarbejdede i samarbejde med jer en undersøgelse af sammenhængen mellem organisationskultur og patientsikkerhed.

Men som vi alle ved er det belastende som personale at være involveret i en utilsigtet hændelse. Dette projekt vil derfor forsøge at kaste lys over sammenhængen mellem patientsikkerhed, organisationskultur og personaletrivsel.

Mere specifikt vil patientsikkerheden i dette projekt blive forsøgt belyst med fokus på forebyggelse og diagnosticering af truende for tidlig fødsel.

I den pågældende periode er der sket både teknologiske og strukturelle ændringer i fødselshjælpen.

Cervixscanningen er blevet indført og antallet af scanninger i graviditeten er øget markant. Strukturelt har fødselshjælpen i Danmark været igennem centraliserings- og effektiviseringstiltag. Dette har mange steder betydet at den normale gravide ser sin jordemoder færre gange i svangerskabets første 2/3.

Sådanne ændringer har indflydelse på, hvordan forebyggelse og diagnosticering af truende for tidlig fødsel sker i praksis. Men de har også en betydning for hvordan det daglige arbejde i fødselshjælpen forløber, og hvordan det opleves.

Personalet, der står midt i den daglige praksis ved, hvad man "plejer" at gøre, hvad man "plejede" at gøre, hvilke ændringer, der er sket og hvordan disse opleves.

Jeg håber derfor i samarbejde med jer at kunne belyse hvordan I håndterer forebyggelse og diagnosticering af truende for tidlig fødsel i dag i jeres afdeling, hvordan I gjorde det tidligere og hvad denne praksis(ændring) betyder for jeres oplevelse af arbejdet på fødegangen

Første del af projektet er nu klar til at løbe af stablen.

Der vil derfor i august måned blive afholdt informationsmøder for alle personalegrupper om projektet.

Informationsmøder:

Onsdag d 27 – 8 kl. 14 - 15 for jordemødre og social- og sundhedshjælpere

Torsdag d 28 - 8 kl. 8.20-9.00 for læger og scanningspersonale

Venlig hilsen fra Eva Reiter

Juliane Marie Centeret, Fødeafdelingen, Rigshospitalet, 2100 Kbh. (2) NANEA ved Institut for Folkesundhedsvidenskab, Afd. F. Epidemiologi, Århus Universitet, 8000 Århus. (3) Perinatalt Center, Afd. f. Obstetrik og Gynækologi, Sahlgrenska Universitetshospital /Ostra, SE-41345 Göteborg, Sverige. (4) Sundhedsstatistik, Sundhedsstyrelsen, 2300 Kbh. (5) Afd. F. Klinisk Genetik, Århus Universitetshospital.

Korrespondance til: J. Langhoff-Roos jlr@dadlnet.dk

Resume

Formål at analysere tendenser i præterm fødsel og faktorer, der er medvirkende til præterm fødsel i Danmark. At konstruere en standard population med lav risiko (hvide europæere 20-40 år gamle, spontant svangre m ét foster) og beskrive ændringerne i denne population, så at tendenser i tiden kan blive sammenlignet internationalt.

Design Populationsbaseret studie

Deltagere 99,8 % af alle fødsler i Danmark, 1995-2004

Mål for hovedudkommet Antallet af nyfødte med gestationsalder under fulde 37 uger for hvert år i hele populationen og i en standardpopulation med lav risiko

Resultater Alt i alt steg andelen af præterme fødsler med 22 % i perioden 1995 til 2004. Gennem den samme periode steg kendte risikofaktorer såsom in vitro fertilisation (højteknologisk kunstig befrugtning (er)), flerfoldssvangere og elektive forløsninger også, og logistiske regressionsanalyser (specielle statistiske analyser (er)) viste at disse faktorer var associeret med en øget risiko for præterm fødsel. Spontan præterm fødsel hos førstegangsfødende kvinder med lav risiko steg med 51 % (fra 3,8 % til 5,7 %) gennem dette tidsrum sammenlignet med 20 % (2,7% til 3,2 %) hos fleregangsfødende med lav risiko.

Konklusioner Det samlede antal af præterme fødsler i Danmark steg signifikant fra 1995 til 2004. og førstegangssvangere og flerfoldsfødsler var de væsentligste disponerende faktorer. Stigningen i spontane præterme fødsler i standardpopulationen af lavrisiko førstegangsfødende var større end i den samlede population.

Til Nyhedsbrevet (4)

Ang.: Projekt: "For tidlig fødsel, hvad gør vi, hvad kan vi gøre?"

I Danmark er antallet af for tidligt fødte børn – enkeltfødte efter et normalt svangerskab hos en førstegangsfødende - som nævnt i sidste nyhedsbrev steget med 50 % fra 1995 til 2004.

Formålet med projektet er derfor at bidrage til at forbedre sikkerhedskulturen specielt med henblik på forebyggelse og diagnosticering af truende for tidlig fødsel. Det er jo bedre at forebygge end at helbrede som man siger.

Som nævnt i sidste Nyhedsbrev blev cervixscanning indført i den samme periode og antallet af abdominalscanninger tidligt i graviditeten steg. Endvidere stod effektivisering og centralisering på dagsordenen i sygehusvæsenet i den samme periode.

Herved blev den måde man i hverdagen forsøgte at forebygge for tidlig fødsel og den måde man diagnosticerer truende for tidlig fødsel ændret.

Disse ændringer kan have haft en negativ betydning. I hvert fald var resultaterne af fødselshjælpen på netop dette område bedre førhen.

I samarbejde med jer ønsker jeg at kaste lys over betydningen af ændringer i organisationskulturen i den pågældende periode af betydning for netop denne del af fødselshjælpen.

Ændringerne kan også have haft en betydning for hverdagslivet, og hvordan det opleves på fødegangen, og det håber jeg også at kunne få et indblik i.

Derfor vil der blive mulighed for at I sammen med kollegaer fra jeres egen personalegruppe kan deltage i et fokusgruppeinterview i september måned. Fokus vil være på følgende spørgsmål: *Hvilke ændringer i fødselshjælpen har haft betydning for praksis omkring forebyggelse og diagnosticering af for tidlig fødsel, og hvad har disse ændringer betydet for personalets oplevelse af hverdagslivet på fødegangen?*

På **informationsmøder d 27. og 28. august** vil jeg gerne præsentere projektet for jer, og hvis I mener, at der er temaer I synes der skal belyses i denne sammenhæng, vil jeg meget gerne vide det, så disse synsvinkler også kan komme med.

Fokusgrupper bliver afholdt følgende dage:

Social- og sundhedshjælpere: 17-9-08 kl. 13.30-15.00

Jordemødre 1-9-08 og 30-9-08 kl.13.30-15.00

Forvagter: 2-9-08 kl. 13.30-15.00

Bagvagter: 18-9-08 kl. 13.30-15.00

Ledere: 29-9 kl. 13.30-15.00

Ser frem til at møde jer!

Venlig hilsen

Eva Reiter

Vedlagt: Et abstract, der viser at fødselshjælpen måske rummer plads til forbedringer I Danmark

Forskelle i perinatal mortalitet og suboptimal behandling i 10 europæiske regioner: resultater fra en international audit

Jan H. Richardus (a), Wilco C. Graafmans (a), S Pauline Verloove-Vanhorick (b), Johan P. Mackenbach (a), The EuroNatal International Audit Panel, The EuroNatal Working Group

(a) Department of Public Health, Erasmus MC, Erasmus Medical Centre, Rotterdam. (b) TNO Prevention and Health, Leiden, Holland. Korrespondance: Dr. J H Richardus, department of Public Health, P.O. Box 1738, 3000 DR Rotterdam, Holland

En liste over medlemmerne af the Euronatal International Audit Panel and the EuroNatal Working Group findes på side 104

Oversættelse: Eva Reiter

Formål En samlet europæisk aktion (The Euronatal Study) undersøgte baggrunden for forskelle i perinatal mortalitet i forskellige lande i Europa. Studiet havde til hensigt at bestemme betydningen af forskelle i behandlingskvaliteten ved at se på forskelle i tilstedeværelsen af suboptimal faktorer i individuelle tilfælde af perinatale dødsfald.

Design Retrospektivt audit studie

Sted regioner fra 10 europæiske lande

Population 1619 tilfælde af perinatale dødsfald

Metode Perinatale dødsfald mellem 1993 og 1998 i 10 regioner fra 10 europæiske lande blev identificeret. Graviditeter m et foster og føtal dødsfald (gestationsalder >28 uger), intrapartum dødsfald (gestationsalder > 28 uger) og neonatale dødsfald (34 eller flere uger) blev undersøgt. Dødsfald m (større) medfødte misdannelser blev ekskluderet. Cases var blindet for region og et internationalt audit-panel undersøgte dem ved brug af eksplicitte audit kriterier.

Hovedudkomme tilstedeværelse af suboptimale faktorer

Resultater Denne audit omfattede 1619 tilfælde af perinatale dødsfald, der repræsenterede 90 % af de mulige tilfælde i regionerne. Konsensus blev opnået i 1543 (95 %) af tilfældene. I 715 (46 %) af tilfældene blev suboptimale faktorer som muligvis eller sandsynligvis havde bidraget til det fatale udcome identificeret. Procentdelen af tilfælde med sådanne suboptimale behandlingsfaktorer var signifikant lavere i de finske og svenske regioner sammenlignet med de resterende regioner fra Spanien, Holland, Skotland, Belgien, Danmark, Norge, Grækenland og England. Manglende diagnosticering af svær IUGR (10 % af alle tilfælde) og rygning i kombination m alvorlig IUGR og / eller abruptio placentae (12 %) var de mest almindelige suboptimale faktorer. Der var en positiv association mellem tilfælde med suboptimal behandling og den generelle perinatale mortalitets rate i regionerne.

Konklusioner Fundene fra denne internationale audit tyder på, at der eksisterer forskelle mellem regionerne i de 10 europæiske lande i kvaliteten af antenatal, intrapartum og neonatal behandling, og at disse forskelle bidrager til forklaringen på forskellene i perinatal mortalitet mellem disse lande. Baggrunden for disse forskelle i behandlingskvalitet behøver yderligere undersøgelse.

Til Nyhedsbrevet

Ang.: Projekt: "For tidlig fødsel, hvad gør vi, hvad kan vi gøre?"

I forbindelse med fokusgruppeinterviewene er baggrundsartiklen for projektet (Langhoff-Roos et al: 2006) blevet diskuteret.

Artiklen er baseret på tal fra det nationale fødselsregister i Danmark, der omfatter 99,8 % af fødslerne fra 1995-2004.

Ifølge artiklen er antallet af præterme fødsler hos førstegangsfødende i lavrisiko steg med 51 % i perioden. Hos fleregangsfødende i lavrisikogruppen steg antallet af præterme fødsler med 22 % i den samme periode.

Det blev bl. a. rejst flg. diskussionspunkt på baggrund af artiklen:

- Er den omtalte stigning i præterme fødsler jævnt fordelt på alle grupper af præmaturitet?

Du inviteres derfor sammen med jordemoder og lægekolleger til møde

TORSDAG d 4-12 kl 8.10- 8.55 i konferencelokalet på 6. sal

Hvor artiklen vil blive gennemgået og vi i fællesskab vil diskutere artiklen, dens resultater og betydningen af disse.

(Vedlagt: oversat abstract af artiklen).

Venlig hilsen:

Afdelingsledelsen og Eva Reiter

BMJ 2006;332:937-939(22april), doi:10.1136/bmj.38751.524132.2F(offentliggjort 23 februar 2006)

Oversættelse: Eva Reiter

Forskning

Spontan præterm fødsel hos førstegangsfødende med lav risiko i Danmark: et populationsbaseret studie

Jens Langhoff-Roos (konsulent)(1), **Ulrik Kesmodel**, lektor(2), **Bo Jacobsen**, lektor(3), **Steen Rasmussen**, statistiker(4), **Ida Vogel**, lektor(5)

Juliane Marie Centeret, Fødeafdelingen, Rigshospitalet, 2100 Kbh. (2) NANEA ved Institut for Folkesundhedsvidenskab, Afd. F. Epidemiologi, Århus Universitet, 8000 Århus. (3) Perinatalt Center, Afd. f. Obstetrik og Gynækologi, Sahlgrenska Universitetshospital /Ostra, SE-41345 Göteborg, Sverige. (4) Sundhedsstatistik, Sundhedsstyrelsen, 2300 Kbh. (5) Afd. F. Klinisk Genetik, Århus Universitetshospital.

Korrespondance til: J Langhoff-Roos jl@dadlnet.dk

Resume

Formål at analysere tendenser i præterm fødsel og faktorer, der er medvirkende til præterm fødsel i Danmark. At konstruere en standard population med lav risiko (hvide europæere 20-40 år gamle, spontant svangre m ét foster) og beskrive ændringerne i denne population, så at tendenser i tiden kan blive sammenlignet internationalt.

Design Populationsbaseret studie

Deltagere 99,8 % af alle fødsler i Danmark, 1995-2004

Mål for hovedudkommet Antallet af nyfødte med gestationsalder under fulde 37 uger for hvert år i hele populationen og i en standardpopulation med lav risiko

Resultater Alt i alt steg andelen af præterme fødsler med 22 % i perioden 1995 til 2004. Gennem den samme periode steg kendte risikofaktorer såsom in vitro fertilisation (højteknologisk kunstig befrugtning (*er*)), flerfoldssvangskaber og elektive forløsninger også, og logistiske regressionsanalyser (specielle statistiske analyser (*er*)) viste at disse faktorer var associeret med en øget risiko for præterm fødsel. Spontan præterm fødsel hos førstegangsfødende kvinder med lav risiko steg med 51 % (fra 3,8 % til 5,7 %) gennem dette tidsrum sammenlignet med 20 % (2,7% til 3,2 %) hos fleregangsfødende med lav risiko.

Konklusioner Det samlede antal af præterme fødsler i Danmark steg signifikant fra 1995 til 2004. og førstegangssvangskaber og flerfoldsfødsler var de væsentligste disponerende faktorer. Stigningen i spontane præterme fødsler i standardpopulationen af lavrisiko førstegangsfødende var større end i den samlede population.

Til Nyhedsbrevet

Ang.: Projekt: "For tidlig fødsel, hvad gør vi, hvad kan vi gøre?"

Alle interviews er nu skrevet ud, og de fire af grupperne har fået udskrifterne tilsendt. I næste uge regner jeg med at kunne sende de sidste udskrifter til jer.

Jeg vil gerne takke jer alle for jeres indsats, der er fremkommet et stort og spændende materiale. Forebyggelse og diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel før og nu er blevet belyst fra mange forskellige synsvinkler. Organisationskulturens betydning – også for medarbejdernes oplevelse af deres arbejdsliv i hverdagen er blevet belyst.

Som allerede lovet – til nogen af jer – vil jeg tage kontakt til jer for at høre om I kan godkende udskrifterne.

Efter at have arbejdet med udskrifterne fra båndene og analyseret dem vil jeg gerne præsentere resultaterne for jer.

Alle personalegrupper inviteres, så der vil blive lejlighed til at diskutere og vurdere den samlede undersøgelse i fællesskab, og naturligvis også mulighed for at fremsætte kritik.

Håbet er, at I kan få inspiration til at arbejde videre med patientsikkerhed og personaletrivsel i jeres afdeling.

Efter aftale med ledelsen vil dette foregå:

Torsdag d. 4-12 kl 9-12 og Fredag d. 5-12 kl. 9-12

i Konferencerummet på 6.sal

To dage i træk for at så mange som muligt kan deltage!
Venlig hilsen

Eva Reiter

Til Nyhedsbrevet

Ang.: Projekt: "For tidlig fødsel, hvad gør vi, hvad kan vi gøre?"

Referat af møde for læger og jordemødre om baggrundsartiklen for projektet 041208

På mødet blev artiklen gennemgået, og vi diskuterede i fællesskab dens resultater og betydningen af disse. Det drejer sig om artiklen:

"Spontan præterm fødsel hos førstegangsfødende med lav risiko i Danmark: et populationsbaseret studie" Jens Langhoff-Roos et al: BMJ 2006;332:937-939(22april),

Jeg startede mødet med at fremlægge artiklen, der er et epidemiologisk studie baseret på tal fra nationale registre, der omfatter 99,8 % af fødslerne fra 1995-2004.

I artiklen er der en figur, der viser udviklingen i antallet af præmature fødsler over hele perioden i den samlede befolkning og hos "low risk" 1.p og multip.

I den samlede befolkningen er andelen af præmature fødsler steget fra 5,2 % til 6,3 % en stigning på 22 %

For "low risk" 1. para er der i perioden sket en stigning fra 3,8 til 5,7 %, en stigning på 51 %.

For "low risk" m. para er der i perioden sket en stigning fra 2,7 til 3,2 %, en stigning på 20 %.

I forbindelse med fokusgruppeinterviewene er artiklen for projektet blevet diskuteret, og flere spørgsmål blevet rejst, bl. a.

- Er den omtalte stigning i præterme fødsler jævnt fordelt på alle grupper af præmaturitet?

En ændring af abortgrænsen kunne have spillet ind, var det blevet fremført i en af fokusgrupperne. Men abortgrænsen ændredes ved lov i marts 2004 fra 28 fulde uger til 23 fulde uger (Retsinformation.dk - Lov nr. 133 af 02/03/2004). Den ændredes altså så sent, at det kun har haft ringe betydning for talmaterialet.

Af tabel 1 i artiklen fremgår det, at i den samlede befolkning er antallet af moderat for tidlige fødsler (32-36 uger) og meget for tidlige fødsler (28-32 uger) steget med 22 % i perioden.

I gruppen af ekstremt for tidlige fødsler er der imidlertid sket en stigning på 41 % i perioden, og langt det største antal forekommer i 2003 og 2004.

Desværre fremgår den specifikke fordeling på de forskellige grupper af præmaturitet ikke for low risk – grupperne ikke af artiklen. Vi diskuterede ikke emnet yderligere.

Endvidere fremgår det af tabel 1 at andelen af gravide rygere faldt fra 26,8 % til 15,5 % i perioden. Antallet faldt altså med over 40 %. Så vi talte om at, rygeprofylaksen kunne synes at have båret frugt i perioden! Der var nogen utilfredshed med de fremtidige udsigter for rygeafvænningskurser til gravide i Horsens.

Vi var også inde på, at når antallet af rygere er faldet så klart i perioden, fremtræder den samlede stigning af præmature fødsler endnu mere markant. Det kan ikke være rygerne, der står bag stigningen!

I studiet er der lavet en såkaldt multivariat logistisk regressionsanalyse (en anerkendt statistisk metode) af risikofaktorer for præterm fødsel. (Tabel 2).

Flerfold er klart den mest alvorlige risikofaktor i perioden. Venter man flerfold er risikoen for præterm fødsel 14 gange større, end hvis man "bare" venter et enkelt barn.

Vi var i denne forbindelse inde på, at sundhedsstyrelsen fra og med efteråret 2007 *henstiller*, at der ved kunstig befrugtning lægges eet æg op – ikke flere.

Ikke uventet fremgår det klart, at rygning øger risikoen for præterm fødsel.

Risikoen er øget med en faktor på 1,5 samlet set, men med en faktor over 2 for ekstremt for tidlig fødsel (Tabel 2).

Hos de førstegangsfødende er risikoen for præterm fødsel imidlertid overraskende nok ca. 1,5 gange den risiko, man har for at føde for tidligt, hvis man er fleregangsfødende (Tabel 2).

Det er med andre ord lige så farligt i den angivne periode at være 1. p som at være ryger!

Dette affødte nogen diskussion omkring profylakse af præterm fødsel. Det er ikke let at springe 1. svangerskab over!

I hele perioden har vi vidst, at rygning er en risikofaktor, men ingen vidste, at førstegangsfødende åbenbart er lige så udsatte. Profylaksen har derfor ikke været rettet specifikt mod denne gruppe.

Problemer i forbindelse med præterm fødsel søges traditionelt forebygget ved:

- En forebyggende indsats rettet mod alle kvinder
- En forebyggende indsats rettet kvinder i risikogruppe (Eks: kvinder, der tidligere har født præmaturt)
- En indsats rettet mod optimering af obstetrisk og neonatal assistance i forbindelse med fødslen.

Vi kender tilsyneladende ikke studier der undersøger, hvordan organisationskulturen kan spille positivt ind på forebyggelsen.

En række af studierne er imidlertid foretaget i USA, hvor der kun er meget få jordemødre. Det er derfor obstetrikere, der står og har stået for såvel svangreomsorg som fødselshjælp.

En noget anden kultur i organisationen end her i Norden, hvor jordemoderen er den primære sundhedsperson i det normale svangerskab.

I USA er antallet af præmature fødsler steget fra 11,0 % i 1995 til 12,1 % i 2002 (Langhoff-Roos et al: 2006).

Fra 1995 til 2004 er der sket ændringer i den obstetriske organisationskultur her i Danmark, som det fremgår af resultaterne fra fokusgruppeinterviewene hos jer.

F eks. er antallet af jordemodertimer / normal 1. para – gået ned i perioden.

Cervixscanningen er blevet indført på baggrund af studier, der giver evidens for dens effektivitet.

Hermed er en del af diagnosticeringen af truende for tidlig fødsel i Danmark gået fra jordemoderhænder til lægens hånd.

Vi berørte her diskussionen om hvad kan dette rolleskifte betyde?

Et inter - europæisk studie har sat fokus på forskellene mellem de forskellige regioner i Europa hvad angår perinatal mortalitet:

Forskelle i perinatal mortalitet og suboptimal behandling i 10 europæiske regioner: resultater fra en international audit. Jan H. Richardus et al: BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology. February 2003, Vol. 110, pp97-105.

Jeg fremlagde en graf fra dette studie, der viser at Danmark ikke ligger bedst placeret i Europa. Danmark har en perinatal mortalitet på lige over 7 o/oo i dette studie, Sverige har en perinatal mortalitet på ca. 3,5 o/oo.. I Sverige mente internationalt sammensatte peer - grupper, at 1/3 af tilfældene måske kunne have været undgået ved optimal behandling. Men i Danmark mente peer – grupperne, at lige over 50 % af tilfældene måske kunne være undgået ved en optimal behandling.

Phd - projektets næste fase skal foregå i Sverige, og resultaterne herfra vil selvfølgelig blive forelagt her i Horsens

Til: Ledelsen, Kvindeafdelingen, Horsens Sygehus

Fra: Jordemoder, Cand. Scient., Phd - studerende Eva Reiter

Ang.: Resultater fra empirisk undersøgelse af Sikkerhedskultur i Afdelingen.

Resultaterne fra undersøgelsen af sammenhængen mellem organisationskultur, patientsikkerhed og medarbejdertrivsel foreligger nu. Fokus i undersøgelsen var, som nævnt, forebyggelse og diagnosticering af truende for tidlig fødsel.

Imidlertid er der fremkommet væsentlige resultater, der har betydning for sikkerhedskulturen som sådan i afdelingen.

Det drejer sig om procedurerne. Disse findes ikke alle i elektronisk udgave, og det kan være vanskeligt at finde den aktuelle opdaterede udgave.

Dette har naturligvis betydning for patientsikkerheden i afdelingen.

Men det er også af betydning for medarbejdertrivslen især for nyuddannede og nyansatte i afdelingen.

I håb om at I kan anvende dette resultat i jeres videre arbejde med udvikling af sikkerhedskulturen i afdelingen

Venlig hilsen

Eva Reiter

Til Nyhedsbrevet

Tilbage melding på fokusgruppinterviews:

”For tidlig fødsel, hvad gør vi, hvad kan vi gøre?”

Jeg vil gerne benytte lejligheden til endnu en gang at takke jer alle for jeres indsats. Der er fremkommet et stort og spændende materiale gennem de samtaler / fokusgruppinterviews, vi har haft.

Forebyggelse og diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel før og nu er blevet belyst fra mange forskellige synsvinkler; der er sket mange og væsentlige ændringer i perioden fra 1995 til 2004. Organisationskulturens betydning – også for medarbejdernes oplevelse af deres arbejdsliv i hverdagen er blevet grundigt diskuteret.

Jeg har desværre været syg i en længere periode og efterfølgende været på ferie. Jeg har derfor endnu ikke fået kontaktet jer alle sammen for at høre om I kan godkende udskrifterne. Men jeg arbejder på sagen.

Efter at have arbejdet med udskrifterne fra båndene og analyseret dem vil jeg gerne præsentere resultaterne for jer. I inviteres hermed til at komme

Fredag d. 5-2 -2009 kl. 8.10 - 9.00 i Konferencerummet på 6.sal

Alle personalegrupper er velkomne, så der vil blive rig lejlighed til at diskutere og vurdere den samlede undersøgelse i fællesskab, og naturligvis også mulighed for at fremsætte kritik. Håbet er, at I kan få inspiration til at arbejde videre med patientsikkerhed og personaletrivsel i jeres afdeling.

Ser frem til at mødes med jer!

Venlig hilsen

Eva Reiter
Jordemoder, Cand. Scient., phd – studerende.

Til Nyhedsbrevet

Oktober 2009

I den kommende tid vil jeg give jer informationer fra mit phd - projekt som måske kan være til gavn i dagligdagen eller et udgangspunkt for diskussion.

Projektet handler om patientsikkerhed i den tidlige graviditet i den forstand at præmatur fødsel hos en normal førstegangsfødende kan være en utilsigtet hændelse. Forebyggelse og diagnosticering spiller her en central rolle. Klart nok vil det ideelle være om man kan forebygge præmature fødsler, men nok så væsentligt er diagnosticeringen af den for tidlige fødsel. Sker denne rettidigt vil man kunne iværksætte relevant behandling og måske endog få standset fødslen.

I fokusgruppeinterviewene sidste år - især i jordemodergrupperne og gruppen af bagvagter blev diagnosticering af præmatur fødsel, da også bragt op. Alle var selvsagt enige om at diagnosticering af veer og progression af de cervikale forhold er af central betydning i denne sammenhæng. Hvad angår progressionen af de cervikale forhold var der livlig diskussion om hvilken metode man stolede mest på; skarpt trukket op var synspunkterne at diagnosticering af præmatur fødsel først og fremmest kan ske ved:

- Vaginalscanning
- Vaginaleksploration eller
- En kombination af vaginalscanning og vaginaleksploration

Vi kom ikke i nogen af grupperne frem til enighed om, hvad der er bedst. Men det viser sig at også på andre fødesteder har man denne diskussion gående.

Indledningsvist sender jeg jer derfor i dag et abstract (i oversættelse) om vaginalscanning versus vaginaleksploration i forbindelse med vurdering af fødende, der skal sættes i gang. Studiet stammer fra Norge, der på mange måder minder om Danmark: befolkningerne har omtrent de samme muligheder socialt og sundhedsmæssigt.

På baggrund af bl.a. denne artikel kan man bl.a. diskutere om vaginalscanning er fremtiden, og om den i fremtiden måske vil kunne udkonkurrere vaginaleksploration. Den diskussion har vi – Anni Wyrzt og jeg - i dag berørt.

Nedenfor følger det oversatte Abstract. Venlig hilsen fra

Eva Reiter

Can Ultrasound measurements replace digitally assessed elements of the Bishop Score?

Eggebo, TM, Økland; I, Heien, C, Gjessing, LK, Romundstadt, P og Salvesen, K. i

Acta Obstet et Gynecol. 2009; 88 325-31

Oversættelse: Eva Reiter

(Artiklen kan ses som en kommentar til diskussionen om vaginalscanning versus vaginaleksploration.)

Abstrakt:

Mål: at sammenligne elementer af Bishops Score, der korresponderer med ultralydsmålinger, inden igangsættelse af fødsel, og at vurdere hvordan prædiktive faktorer kan bruges i klinikken.

Design: Prospektivt sammenlignende klinisk studie.

Setting: Landsdelshospital

Population: i alt 275 kvinder med planlagt igangsættelse.

Metoder: Fosterhovedets nedtrængning mod perinæum blev vurderet med transvaginal ultralyd. Cervikallængde, posterior vinkel og dilatation blev vurderet v.h.j.a. transvaginal ultralyd fulgt af Bishops score - uden kendskab til ultralydsmålingerne.

Resultater: Univariable regressionsanalyser af succesfuld igangsættelse var signifikante for vaginaleksplorationsmæssig vurdering af cervikal dilatation, ultralydsmålt caput – perinæum – distance ≤ 40 mm, ultralydsmålt cervikallængde ≤ 25 mm og ultralydsmålt posterior cervikal vinkel > 90 grader. Efter justering for materielle faktorer i en multivariabel model var estimaterne signifikante for tidligere vaginal fødsel; men på grænsen for materiel højde og ultralydsmæssigt vurdering af posterior cervikal vinkel > 90 grader. En scoringsmodel, der kombinerede ultralydsmålt caput - perinæum distance, cervikallængde, cervikal posterior vinkling og vaginaleksplorationsmæssigt vurderet cervikal dilatation var succesfuld.

Konklusion: Vaginaleksplorationsmæssig vurdering af caputs nedtrængning, cervix' længde og position kan muligvis erstattes af ultralydsmålinger. Dilatationen måles bedst ved vaginaleksploration. Kombinationen af disse faktorer kan forudsige succes ved igangsættelsesforsøg

Til Nyhedsbrevet 16. Nov. 2009

Ang.: Projekt: "For tidlig fødsel, hvad gør vi, hvad kan vi gøre?"

Kære alle!

Nu nærmer tiden sig, at jeg kan give jer indblik, i hvordan praksis omkring forebyggelse og diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel varetages på Ystad Sygehus.

Torsdag d. 19-11 kl. 8.00

mødes vi, og efter morgenkonferencen vil jeg give et oplæg herom. Der vil også blive tid til spørgsmål og diskussion.

Jeg medsender et oversat referat af det inter europæiske studie, der peger på at Sydsverige på flere måder klarer obstetrikken bedre end vi gør her i Danmark.

Glæder mig til at se jer og høre jeres synspunkter

Mange hilsner fra

Eva

BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology

February 2003, Vol. 110, pp97-105

Forskelle i perinatal mortalitet og suboptimal behandling i 10 europæiske regioner: resultater fra en international audit

Jan H. Richardus (a), Wilco C. Graafmans (a), S Pauline Verloove-Vanhorick (b), Johan P. Mackenbach (a), The EuroNatal International Audit Panel, The EuroNatal Working Group

(a) Department of Public Health, Erasmus MC, Erasmus Medical Centre, Rotterdam. (b) TNO Prevention and Health, Leiden, Holland. Korrespondance: Dr. J H Richardus, department of Public Health, P.O. Box 1738, 3000 DR Rotterdam, Holland

Resume: Oversættelse: Eva Reiter

Formål En samlet europæisk aktion (The Euronatal Study) undersøgte baggrunden for forskelle i perinatal mortalitet i forskellige lande i Europa. Studiet havde til hensigt at bestemme betydningen af forskelle i behandlingskvaliteten ved at se på forskelle i tilstedeværelsen af suboptimal faktorer i individuelle tilfælde af perinatale dødsfald.

Design Retrospektivt audit studie

Sted regioner fra 10 europæiske lande

Population 1619 tilfælde af perinatale dødsfald

Metode Perinatale dødsfald mellem 1993 og 1998 i 10 regioner fra 10 europæiske lande blev identificeret. Graviditeter m et foster og føtalt dødsfald (gestationsalder >28 uger), intrapartum dødsfald (gestationsalder > 28 uger) og neonatale dødsfald (34 eller flere uger) blev undersøgt. Dødsfald m (større) medfødte misdannelser blev ekskluderet. Cases var blindet for region og et internationalt audit-panel undersøgte dem ved brug af eksplicitte audit kriterier.

Hovedudkomme tilstedeværelse af suboptimale faktorer

Resultater Denne audit omfattede 1619 tilfælde af perinatale dødsfald, der repræsenterede 90 % af de mulige tilfælde i regionerne. Konsensus blev opnået i 1543 (95 %) af tilfældene. I 715 (46 %) af tilfældene blev suboptimale faktorer som muligvis eller sandsynligvis havde bidraget til det fatale udkomme identificeret. Procentdelen af tilfælde med sådanne suboptimale behandlingsfaktorer var signifikant lavere i de finske og svenske regioner sammenlignet med de resterende regioner fra Spanien, Holland, Skotland, Belgien, Danmark, Norge, Grækenland og England. Manglende diagnosticering af svær IUGR (10 % af alle tilfælde) og rygning i kombination m alvorlig IUGR og / eller abruptio placentae (12 %) var de mest almindelige suboptimale faktorer. Der var en positiv association mellem tilfælde med suboptimal behandling og den generelle perinatale mortalitets rate i regionerne.

Konklusioner Fundene fra denne internationale audit tyder på, at der eksisterer forskelle mellem regionerne i de 10 europæiske lande i kvaliteten af antenatal, intrapertum og neonatal behandling, og at disse forskelle bidrager til forklaringen på forskellene i perinatal mortalitet mellem disse lande. Baggrunden for disse forskelle i behandlingskvalitet behøver yderligere undersøgelse.

Til Nyhedsbrevet 16. Nov. 2009

Ang.: Projekt: "For tidlig fødsel, hvad gør vi, hvad kan vi gøre?"

Kære alle!

I næste uge får I mulighed for at høre, hvordan det gik i Sverige, hvordan de i Ystad varetager forebyggelse og diagnosticering af (truende) for tidlig fødsel, og hvordan personalet oplever deres hverdag på arbejdet i forbindelse hermed. Mangt og meget er som her i Danmark hos jer men der er også overraskende forskelle.

Et Sydsvensk studie har opsummeret viden om diagnosticering af præmatur fødsel, og der er også i afdelingen foretaget et selvstændigt studie af diagnosticering af præmatur fødsel. Referatet af studie følger nedenfor: (håber I synes det er lige så spændende og relevant som jeg)

Diagnosis of early preterm labour

A Herbst, C Nilsson Lunds Universitetshospital. Review I BJOG 2006,113 (Suppl. 3) s 60 – 66

Artiklen omhandler dels et review over den eksisterende litteratur på området og dels to selvstændige hospitalsbaserede studier fra Lunds Universitetshospital. Et kort (!) referat:

Referat: Eva Reiter

Abstract

Konsekvenserne af for tidlig fødsel er ofte alvorlig. En korrekt diagnose er derfor vigtig og diagnostiske tests bør have høj sensitivitet. I de fleste rapporter er der 30 – 40 % af de kvinder, der bliver hospitaliseret pga. truende for tidlig fødsel, der faktisk føde for tidligt. Det kunne være fordi at der er en lav prædiktiv værdi af en klinisk diagnose baseret på uterine kontraktioner og vaginal eksploration. Transvaginal ultralydsscanning af cervixlængden (TVUSS) har vist en høj sensitivitet på 90 -100 % ved brug af en 30 mm grænse. Vurdering af cervikovaginal fibronektin har vist en sensitivitet på omkring 80 %.

I et retrospektivt studie af 147 kvinder i afdelingen med spontane præmature veer og intakte membraner inden 27 ugers GA fødte 61 % af de hospitaliserede kvinde og 77 % af de kvinder, der modtog tokolytisk behandling inden 32 ugers GA. Blandt 66 gravide med ét foster, der fødte inden 32 ugers GA havde 94 % ved ankomsten til hospitalet enten udslettet cervix eller cervix m dilatation ≥ 2 cm (74 %) vaginalblødning (61 %) eller CRP > 20 mg / ml (40 %), hvor et af disse symptomer kun var til stede hos 18 % af kvinder der fødte ved senere GA. Blandt 132 kvinder med symptomer på præterme kontraktioner inden uge 27, som ikke blev visiteret til hospital fødte kun 2

(1,5 %) inden 32 uger, hvilket ikke var signifikant forhøjet i forhold til alle kvinder (0,6 %). Selv om (TVUSS) kan være nyttig når der er tvivl om, hvorvidt der er tale om prætermt vearbejde, kan hovedsagen hvad angår tidligt spontant vearbejde være at forebygge og ikke at forudsige præterm fødsel, fordi mange kvinder ankommer i fremskreden fødsel eller med manifest chorioamnionitis.

Introduktion. Spontan præterm fødsel defineres sædvanligvis som fødsel inden 37 fulde ugers GA (gestationsalder). Ved meget lav GA er konsekvenserne af præterm fødsel ofte alvorlige. Artiklens intention er at fokusere på meget for tidlig fødsel - før 27 ugers GA, hvor mortaliteten er betragtelig og morbiditet er forventelig.

Incidensen af præmaturo fødsel varierer mellem studierne afhængig af populationerne. Fødsel pga. spontant indsættende for tidlige veer inden GA på 27 uger andrager således 0,7 % (og 36 % af de præterme fødsler) i et studie fra USA (1) og 0,05 % (og 20 % af de præterme fødsler)(2) i et studie fra Nordsverige.

Symptomer på spontant præterm vearbejde. Tegn på uterine kontraktioner og tilstedeværelsen af associerede symptomer kan give en anelse om hvorvidt en præterm fødsel truer. Regelmæssige kontraktioner, der starter pludseligt er sandsynligvis snarere et tegn på spontant præterm vearbejde end en længere periode med uregelmæssige kontraktioner. En maksimum rate på >4 kontraktioner / t i uge 22-28 var eksempelvis i et studie associeret med en trefoldig risiko for præterm fødsel inden 35 ugers GA (3). Andre symptomer på præterm vearbejde er: menstruationslignende krampesmerter, rygsmærter, tryk i bækkenet, vaginal fluor, øget urineringsfrekvens eller diarré.

1. Reviewet

Tegn på spontant præterm vearbejde. En udslettet eller dilateret cervix konfirmerer diagnosen: præterm vearbejde. Et studie vurderede risikoen for præterm fødsel hos 3496 kvinder, der var indlagt pga. spontant præmaturo vearbejde i relation til cervikal dilatation efter tokolysebehandling. Med en cervikal dilatation på 0,1,2,3 og 4 cm var risikoen for præterm fødsel før uge 28 henholdsvis 2,5, 4,17, 29 og 75 %. Den estimerede risiko for præterm fødsel var højere jo lavere GA (4).

Vaginaleksploration er måske ikke tilstrækkeligt til at udelukke faktisk spontant præterm vearbejde og yderligere diagnostiske metoder er blevet foreslået. Nogle få studier har sammenlignet den diagnostiske værdi af vurderingen af cervix ved vaginaleksploration og transvaginal ultralydsscanning (TVUSS) i forbindelse med spontant vearbejde kun to af disse er < 10 år gamle (5-6). Man fandt at risikoen for præterm fødsel steg med øget Bishops score såvel som ved forkortet cervix målt ved transvaginal ultralydsundersøgelse, men konfidensintervallerne overlappede hinanden.

Et nyere studie, der inkluderer 39.284 kvinder, hvis cervix længde blev screenet ved GA 22-24 viste at cervikallængden er normalfordelt omkring 36 mm, og risikoen for præterm fødsel øges progressivt med faldende cervikallængde < 16mm. Cirka halvdelen af disse kunne forudsiges ved transvaginal ultralydsundersøgelse alene. Dilatation af den indrecervikale "munding": "funneling"

reflekteres sædvanligvis af nedsat cervikallængde, men kan være en yderligere uafhængig risikofaktor ligesom en mindre cervikal dilatation (2-4 mm).

Laboratorietests. Øget niveau af hvide blodlegemer og CRP er blevet associeret med prætermfødsel. Øget CRP kan skyldes infektion men også wearbejde, da CRP øges under fødslen uden infektionstegn. Føltalt fibronectin (FFN) findes i høj koncentration i placenta og fostervand, det findes i vaginalsekretet hos ca 4 % af alle gravide kvinder efter uge 20. De omtalte studier tilskriver det imidlertid meget varierende værdi som indikator på truende for tidlig fødsel. Øget niveau af interleukin 6 (IL-6) i fostervand og cervikalsekret har vist sig at kunne forudsige præterm fødsel. IL-6 er blevet associeret ikke kun med intrauterin infektion men også med wearbejde både til terminen og prætermt uden tegn på infektion. Nogle forfattere fandt at kombinationen TVUSS + (FFN) forbedrede den diagnostiske effektivitet, andre fandt TVUSS i sig selv var lige så effektivt.

2. Veer inden fulde 27 ugers GA: et hospitalsbaseret studie

I de fleste rapporter oplever som omtalt bare 30-40 % af de kvinder der indlægges for truende for tidlig fødsel en præterm fødsel. Dette antyder en lav præcision af den kliniske test. Få studier har fokuseret på meget for tidlig fødsel, den periode hvor en korrekt diagnose har størst betydning. Et retrospektivt studie blev udført for at vurdere raten af præterme fødsel hos kvinder, der blev behandlet for truende for tidlig fødsel < 27 ugers GA.

Metode: Studiet inkluderede alle kvinder, der blev indlagt på Lunds universitetshospital for *truende for tidlig fødsel med intakte hinder mellem januar 2000 og august 2005. Hospitalet er henvisningshospital for Syd - Sverige et område med ca 16.000 fødsler om året.* Gennem studieperioden var TVUSS en mulighed men ikke obligatorisk for at diagnosticere spontant præmaturnt wearbejde. FFN blev ikke målt. Journaler blev vurderet for alle kvinder med diagnosen spontan præmaturn fødsel eller truende præmaturn fødsel. Kun kvinder med intakte fosterhinder blev inkluderet. Undersøgte data omhandlede symptomer og fund ved ankomsten, tokolyse eller andre medicinske behandlinger, komplikationer, latensperiode fra ankomst til fødsel og GA ved fødselen. I et sideløbende studie blev raten af præterme fødsler i det primære optageområde fra juni 2001 til august 2005 undersøgt og sammenlignet for kvinder med og uden registrerede besøg pga. præterme kontraktioner i udekonsultation. Journaler for kvinder med registrerede udekonsultationsbesøg eller hospitalsbesøg for spontan præmaturnt wearbejde m GA 22-27 blev analyseret.

Resultater: 222 kvinder modtog hospitalsbehandling for spontane præmaturne veer eller PPRM (for tidlig vandafgang) inden fulde 27 ugers GA; 149 (67 %) havde intakte fosterhinder ved ankomsten. Median GA: 24 +4. To kvinder blev udskrevet uden at have født og kunne ikke spores. Af de tilbageblevne 147 fødte 110 (75 %) prætermt; 60 (61 %) fødte inden 32 ugers GA. Af 115 enkeltfoldsgravide fødte 66 (57 %) inden 30 ugers GA spontant eller pga. komplikationer associeret med spontant prætermt wearbejde (chorioamnionitis, abruptio) og 36 (31 %) fødte til terminen. Af de 115 enkeltfoldgraviditeter med intakte membraner havde 65 kontraktioner der krævede tokolyse. Af disse fødte 50 (77 %) inden 32 uger, 6 i uge 33-36 og 9 til terminen. For 34 kvinder ansås tokolyse for unødvendig, og ingen af dem fødte før 32 fulde uger – i gennemsnit var de indlagt i 2 døgn. For 14 kvinder var tokolyse kontraindiceret (chorioamnionitis, abruptio eller

begge) og hos to kvinder var fødslen så fremskreden, at det var for sent at behandle med tokolyse. Disse 16 kvinder fødte inden 32 uger.

Af 66 kvinder der fødte inden 32 uger, havde 62 (94 %) en udslettet cervix eller en cervix med en dilatation på ≥ 2 cm eller hindeblære i orificium (74 %), blødning (61 %) eller et CRP- niveau på 20 mg / l (40 %), hvor ét af disse symptomer kun var til stede hos 18 % af de kvinder, der fødte senere. De 4 kvinder der fødte uden nogen af disse tegn var til stede inden 32 uger havde alle en cervikallængde målt ved TVUSS på under 20 mm (10 -18) mm.

3. Præterm kontraktioner inden 27 ugers GA et populationsbaseret studie

Et andet studie blev udført for at vurdere om tidligt prætermt væarbejde var underdiagnosticeret. I så fald kunne det indikere at yderligere diagnostiske metoder er påkrævede. I det område, der blev undersøgt foretages rutine graviditetsundersøgelser af jordemødre på graviditetsklinikker. I almindelig arbejdstid kan kvinder henvende sig her og bliver videresendt til obstetrisk afdeling hvis dette er nødvendigt. Kvinder med akutte symptomer kan også henvende sig direkte til den obstetriske afdeling, hvilket er den eneste mulighed uden for alm. arbejdstid.

Metoder. Raten af spontane præterm fødsler (der starter med spontant væarbejde eller PPRM) fra juni 2001 til august 2005 ved Lund Hospital blev vurderet for kvinder der boede i det primære optageområde og sammenlignet for kvinder med og uden registrerede udekonsultationsbesøg for præterm kontraktioner fra januar 2001 til august 2005. Medicinske journaler for kvinder med registrerede udekonsultationsbesøg eller hospitalsomsorg for spontan præterm fødsel med GA 22-27 blev analyseret. For kvinder med mere en et besøg blev kun det første besøg taget i betragtning.

Resultater: Præterm fødsel inden uge 37, 32 og 27 forekom hos 6.7, 0.95 og 0.24 % af populationen og spontan præterm fødsel og spontan præterm fødsel hos henholdsvis 4.6, 0.54 og 0.12 %. I alt 503 af de 11.406 kvinder (4.4 %) havde registrerede udekonsultationsbesøg for præterm kontraktioner. Raten af spontan præterm fødsel blandt disse kvinder var lav (7,6 %) og kun signifikant forhøjet hos kvinder med det første besøg i den sen præterm periode. Kun 4 (1,3 %) af 306 kvinder med tidligere udekonsultationsbesøg for præterm kontraktioner fødte spontant inden 32 uger – en rate der ikke var signifikant forhøjet i forhold til andre kvinder. Kun 7,2 % af kvinder med spontan prætermatur fødsel havde et forudgående konsultationsbesøg for præterm kontraktioner.

Spontan prætermatur fødsel mellem 22 og 26 ugers GA blev undersøgt mere indgående. I denne gestationsperiode var 33 kvinder indlagt pga. spontan prætermatur fødsel, og 132 kvinder havde udekonsultationsbesøg med diagnosen præterm kontraktioner, men blev sendt hjem. I 3 ud af 132 udekonsultationsbesøg blev diagnosen præterm kontraktioner givet uden dokumenterede symptomer. For 9 kvinder manglede der journalnotater. 6 kvinder havde modtaget hospitalsbehandling inden udekonsultationsbesøget. Af de resterende 113 udekonsultationspatienter blev der foretaget vaginaleksploration hos 70 (62 %); cervix blev vurderet til ≥ 2 cm eller upåvirket hos 67 og til at være lukket eller < 1.5 cm åben hos alle. Hos 9 (8 %) kvinder blev der udelukkende anvendt en spekulumundersøgelse, og cervix blev hos alle disse kvinder vurderet til at være upåvirket. Cervikallængde blev vurderet ved TVUSS hos 12 (11 %) og

var <20mm hos en og 20-29 mm hos to. 26 kvinder (inkl. 14 der kom for at få en sygemelding) blev ikke undersøgt.

Af de 113 udekonsultationspatienter fødte 15 (13 %) præterm (8 spontant). Kun 2 fødte inden 32 uger. Af de 33 kvinder, der blev hospitalsindlagt ved deres første besøg fødte 18 (55 %) præterm (12 spontant); 11 kvinder fødte inden 32 uger (8 spontant) Kun 7 kvinder fik tokolytisk behandling, 6 af disse fødte præterm - alle inden 32 uger.

Konklusion:

I den meget præterme periode kan de fleste tilfælde af truende for tidlig fødsel identificeres ved vaginalblødning eller dilateret cervix ved en vaginaleksploration. Et højt maternelt CRP -niveau, der ofte reflekterer chorioamnionitis, er også almindeligt og burde inducere hospitalsindlæggelse. I tvivlstilfælde er måling af cervikallængden ved TVUSS nyttig. Hvis cervikallængden er ≥ 30 mm er præterm fødsel så usandsynlig, at det er fornuftigt at sende kvinden hjem, forudsat at der ikke er tegn på andre komplikationer. Det er tvivlsomt hvorvidt andre prædikative markører er nødvendige for kvinder, der har symptomer. I modsætning hertil er det et problem omkring præmatur fødsel at mange kvinder ankommer i fremskreden fødsel eller med manifest chorioamnionitis. For at mindske raten af præmature fødsler må vi nødvendigvis rette opmærksomheden på muligheden for screening og forebyggelse.

Referencer (jeg har kun medtaget de i dette referat omtalte)

- (1) Mercer, B et al: Perivable birth at 20 to 26 weeks of gestation: proximate causes, previous obstetric history and recurrence risk. Am J Obstet Gynecol 2005; 193 1175-80.
- (2) Holmgren PÅ et al: The very preterm infant – a population based study. Acta Obstet Gynecol Scand 2001; 80 525-31
- (3) Iams, JD et al: Frequency of uterine contractions and the risk of spontaneous preterm delivery. N Engl Med 2002; 346: 250-5
- (4) McWeeney D et al: Probability of prematurity by cervical dilatation and gestational age at preterm labour. Obstet Gynecol 2006; 107 (4 Suppl): 31s
- (5) Tekesin I et al: Evaluation of quantitative ultrasound tissue characterization of the cervix and the cervical length in prediction of premature delivery for patients with spontaneous preterm labour. Am J Obstet Gynecol 2003.
- (6) Volumenien J-L et al: Ultrasonographic examination of the uterine cervix is better than cervical digital examination as a predictor of the likelihood of premature delivery in patients with preterm labour and intact membranes. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2004; 117: 33-7
- (7) To MS et al: Prediction of patient specific risk of early preterm delivery using maternal history and sonographic measurement cervical length: a population based prospective study. Ultrasound Obstet Gynecol 2006; 27 362-7

Til Nyhedsbrevet

Så nærmer tiden sig for *Fremtidsværkstedet*, der løber af stabelen 4.marts.

Temaet er: *Forebyggelse af for tidlig fødsel – patientsikkerhed og medarbejdertrivsel i hverdagen*

I fællesskab vil vi forsøge at kaste lys over problemstillingen, og hver enkelt får mulighed for at beskrive hvilke knaster der er for trivselen og kvaliteten i hverdagens arbejde.

Men der blive også mulighed for at drømme og ønsker kan komme til udtryk. Hvordan skulle trivsel og kvalitet i hverdagsliv og arbejde være, hvis vi helt selv kunne bestemme ...

I den sidste fase i fremtidsværkstedet arbejdes der med, hvordan drømme kan blive til virkelighed...

Jeg har inviteret mine kolleger til som ordstyrere at lede processen, og de vil dokumentere denne på vægviser undervejs, de er

Mette Bladt, der tidligere har lavet fremtidsværksteder for indsatte og ansatte i fængsler og

Helle Nielsen, der tidligere har lavet fremtidsværksteder på skoler og naturforvaltninger.

De er begge gravide og skal føde til april! (Vi har én der kan være stand in hvis der bliver brug for dette).

Der vil blive mulighed for at afholde endnu et fremtidsværksted hvis der er behov for det

Venlig hilsen

Eva Reiter

Til Nyhedsbrevet

Kære alle!

Fremtidsværkstedet blev afholdt fjerde marts som aftalt.

Det var nogle meget engagerede deltagere fra afdelingen, der var på banen så at sige hele dagen.

Deltagerne vil efter påske modtage en protokol, der er en udskrift af de vægaviser, som blev produceret undervejs. I Nyhedsbrevet vil der udkomme delresultater fra værkstedet her i foråret og i forsommeren.

Det var en stor oplevelse for mig at følge med fra sidelinjen (og noteringsarbejdet). Stemningen i fremtidsværkstedet er svær at gengive, men vi (fotografen og undertegnede) har valgt et par snapshots ud til jer, så I kan fornemme lidt af stemningen da vi startede:



Tema: Trivsel og Kvalitet i Vores Arbejde og Liv – Forebyggelse af for tidlig fødsel på Horsens Fødeafdeling



Fremtidsværksted i Jordemoderkonsultationen

Mange hilsner fra Eva

Til jeres Ugebrev

Kære alle!

Efter lang tids sygdom pga. flere tilfælde af alvorlig sygdom og ulykke og også et dødsfald i min allernærmeste familie er jeg nu startet på deltid med at færdiggøre phd - studiet "Forebyggelse af for tidlig fødsel og muligheder og begrænsninger for udvikling heraf i organisationskulturen".

Gennem studiet har jeg fået kendskab til jeres dejlige afdeling, men jeg ved jo langt fra alt om jeres afdeling – heller ikke hvad angår forebyggelsen af præterm fødsel i praksis (det er selv sagt vanskeligt for en københavnersnude midt i det jyske hovedland...)

Forhåbentlig kan jeg alligevel bidrage til den I debat, I har i afdelingen. Jeg vil derfor gerne fremlægge et resume af resultaterne af mit studie for jer i Jordemoderkonsultationens lokaler den 28. og 29. februar om eftermiddagen og diskutere dem med jer.

Programmet er tilrettelagt, så der bliver mulighed for at I får lejlighed til sammen med andre medarbejdere at forholde jer til vores samarbejde og resultaterne heraf, og med udgangspunkt i jeres opfattelse, komme med ideer og forslag til hvordan man fremover bør arbejde videre med problemstillingerne.

Ideen med eftermiddagene er, at jeg i korthed fremlægger resultaterne af vores samarbejde og analyserne heraf for dermed at lægge op til en åben diskussion. Det er jo ikke sikkert at I er enige med mig, men forhåbentlig kan en diskussion bidrage til at udvikle praksis omkring forebyggelse af præterm fødsel.

Jordemoderforeningens Forsknings - og uddannelsesudvalg har bidraget med et beløb svarende til ca. 200kr / timen pr. deltager, og alle deltagere vil blive honoreret med det samme beløb.

Undersøgelsens ene formål er at bidrage til den diskussion, og udvikling, I allerede har i afdelingen. Undersøgelsen andet formål er at jeg med udgangspunkt i jeres gode eksempel vil forsøge at bidrage til udvikling af praksis på området. Hermed får du lejlighed til at se om det er lykkedes!

Venlig hilsen

Eva Reiter

Kære

Som deltager i projektet:



”Forebyggelse af for tidlig fødsel”

vil jeg gerne hermed endnu en gang takke dig for din deltagelse i Fokusgruppeinterviewet og invitere dig til at komme til afsluttende møde og evaluering

Den 28. eller 29. februar i jordemoderkonsultationen kl. 15.30-17.00.

Indledningsvist vil jeg vil gerne fremlægge resultater fra vores samarbejde og analysen heraf for jer, og derefter vil du få lejlighed til sammen med andre medarbejdere at forholde dig til vores samarbejde og resultaterne heraf.

Jeg er meget interesseret i at høre, hvad I mener at projektet har kunnet bidrage med, og hvorvidt du og dine kolleger mener, at projektet har kunnet medvirke til udvikling af praksis omkring arbejdet med forebyggelse af for tidlig fødsel.

Jeg har modtaget støtte fra Jordemoderforeningen, så alle deltager vil blive aflønnet med cirka 200kr. pr time.

Venlig hilsen

Eva Reiter

Bilag 6

Se CD

(Af hensyn til anonymitet kun udgivet til vejledere og opponenter)

Bilag 6a

Til: Afdelingschef Birgitta Schooner, Kvinnoklinikken i Ystad

Fra: Jordemoder, cand. scient., phd - stud. Eva Reiter

Om: Projekt: "For tidlig Fødsel, hvad gør vi, hvad kan vi gøre?"

Jeg arbejder på et phd -studie om sammenhængen mellem patientsikkerhed - organisationskultur og medarbejdertrivsel.

Baggrunden for projektet er, at antallet af for tidlige fødsler er steget med 50 % i gruppen af normale førstegangsfødende i årene 1995-2004 i Danmark (Langhoff - Roos et al: 2006), og at der eksisterer forskning, der peger på at perinatal omsorg kan have bedre kvalitet i Sverige (Richardus et al: 2003)

For tidlig fødsel kan være en utilsigtet hændelse, der kan have alvorlige konsekvenser for barnet og dets familie. Men det er også ubehageligt som personale at være involveret i en sådan utilsigtet hændelse (Asland:2005).

Strukturelle, organisatoriske og teknologiske ændringer har haft betydning for udviklingen af organisationskulturen i fødselshjælpen i Danmark og dermed for praksis omkring forebyggelse og diagnosticering af truende for tidlig fødsel i den samme årrække

Projektets hypotese er at sådanne strukturelle og teknologiske ændringer i fødselshjælpen kan have betydet væsentlige ændringer i organisationskulturens håndtering af forebyggelse og diagnosticering af partus præmaturus imminens.

Projektet vil forsøge at afklare betydningen af ovennævnte ændringer for hvordan forebyggelse og diagnosticering af for tidlig fødsel sker i praksis i Danmark, for mulighederne for at lære af evt. utilsigtede hændelser og for konsekvenserne heraf for patientsikkerheden og det psykiske arbejdsmiljø.

Formålet er at forsøge at bidrage til øget patientsikkerhed og medarbejdertrivsel.

Den første del af projektets empiriske undersøgelse: et kvalitativt studie af organisationskulturen på en fødeafdeling i Danmark med særligt henblik på varetagelse og diagnosticering af truende for tidlig fødsel før 1995 og efter 2004 og personalets oplevelse af deres arbejdsliv i forbindelse hermed er i øjeblikket i gang.

Den klart mest alvorlige utilsigtede hændelse inden for obstetrikken er naturligvis, hvis mor eller barn dør i forbindelse med fødslen.

Et forholdsvis nyt studie har sammenlignet perinatal mortalitet i 10 europæiske regioner ved at udføre en international peerbaseret audit på 1619 perinatale dødsfald i årene 1993-98 (Richardus, J. H. et al: 2003). Hver case var blindet og vurderingen af dem skete ved at anvende eksplicitte kriterier. Der opnåedes konsensus mellem eksperterne i 95 % af tilfældene.

Den perinatale mortalitet varierede fra 0, 4 % til omkring 0,85 %, Den var lavest i Sverige og Finland (0,3 - 0,35 %), og Danmark havde det dårligste resultat i Norden med en perinatal mortalitet på ca. 0,7 %. Forskellene var signifikante.

Imidlertid varierede andelen af perinatale dødsfald, som eksperterne mente muligvis eller sandsynligvis kunne være undgået.

I Finland og Sverige vurderede den internationale ekspertgruppe, at henholdsvis, at knapt 32 % og knapt 36 % af dødsfaldene kunne være undgået.

Generelt vurderede eksperterne, at 46 % af dødsfaldene kunne være undgået.

I Danmark vurderede man, at 51 % af dødsfaldene kunne være undgået, et resultat der kun "overgås" i England, hvor eksperterne vurderede at 53, 5 % af dødsfaldene kunne være undgået. I materialet var der en positiv association mellem den samlede perinatale mortalitet og antallet af cases med suboptimal behandling.

Undersøgelsen konkluderer at forskellene på kvaliteten af antenatal, intrapartum og perinatal behandling i de forskellige lande bør undersøges nøjere.

Jeg ønsker derfor i nærværende phd - studie også at undersøge organisationskulturen på en svensk fødeafdeling med særligt fokus på forebyggelse og diagnosticering af truende for tidlig fødsel.

Efter samtale med Kathe Wedin, bammorska og vårdutvecklare i Malmö har jeg valgt at kontakte jer.

Organisationskulturen kan have betydning for patientsikkerheden i en afdeling (Pedersen et al: 2003). En åben organisationskultur med en synlig ledelsesstil og tradition for inddragelse af medarbejdere kan bidrage til en øget patientsikkerhed – et sådant sted er det lettere at få talt sammen og dermed lære af utilsigtede hændelser (Reiter: 2004).

Den danske fødeafdeling, der indgår i projektet er karakteriseret ved en sådan organisationskultur. Ifølge Kathe Wedin er dette også tilfældet hos jer i Ystad. Endvidere er de to afdelinger af næsten samme størrelse, og ingen afdelingerne har tilknyttet neonatalafdeling på det samme sygehus.

Inspireret af antropologisk forskning og aktionsforskning foregår såvel planlægning som udførelse af den empiriske undersøgelse i tæt samarbejde med afdelingen. Hensigten hermed er at bidrage til udviklingen af organisationskulturen i den på gældende afdeling. Af samme grund ønsker jeg også at udføre analyse og evaluering af forskningsresultaterne i samarbejde med afdelingen. Dette sker i den danske afdeling, som jeg arbejder sammen med, og jeg håber også, at vi kunne få et sådant samarbejde i jeres afdeling.

I er så at sige selv eksperter på, hvordan man gør tingene i Ystad. Jeg ønsker derfor at kigge på, hvad I gør i samarbejde med jer. Gennem jeres eksempel kan vi forhåbentlig sammen blive klogere på, hvordan organisationskulturen kan tage hånd om forebyggelse og diagnosticering af for tidlig fødsel. I og med at der kommer fokus herpå og der bliver rejst nogle diskussioner herom i afdelingen kan projektet forhåbentlig bidrage til udviklingen af sikkerhedskulturen i jeres afdeling.

Phd - projektet er finansieret af Det danske videnskabsministerium, Kvindeafdelingen på Horsens sygehus, Region Midt og Roskilde Universitetscenter. Hver parthaver deltager i finansieringen af projektet, og bidrager hertil med 1/3 af forskningsmidlerne.

Jeg vil meget gerne uddybe ovenstående på et møde med jer og håber på at få mulighed for at samarbejde med jer om projektet.

Venlig hilsen

Eva Reiter

Litteratur:

- Aagard Nielsen, K. et al (Eds.): Action an Interactive Research Beyond practice and theory. Shaker, Netherlands. 2006
- Alvesson, M.: Understanding Organizational Culture. London 2002.
- Ananth, C.V. et al: Trends in preterm birth and perinatal Mortality Among Singletons: United States, 1989 through 2000. in *Obstet Gynecol.* 2005 May;105 (5 Pt1)1084-91
- Aasland, O.G. et al: Impact of feeling responsible for adverse events on doctor's personal and professional lives: the importance of being open to criticism from colleagues. In *Qual Saf Health Care* 2005, 14 ,13-17
- Brennan, T.A. et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Haward Medical Practice Study. In *The New England Journal of Medicine.* Feb. 1991.
- Bourdieu, P.: The Logic of Practice. UK 1990
- Hastrup, K.(red): ind i verden. En grundbog i antropologisk metode. Kbh. 2003
- Kjærgaard, J. et al. Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Kbh. 2001
- Kristiansen, S. et al: Deltagende observation. Introduktion til en forskningsmetodik. Kbh.1999
- Kvale, S. : Kvalitative interviewundersøgelser. Kbh. 1995
- Langhoff-Roos, J. et al: Spontaneous preterm delivery in primiparous women at low risk in Denmark: population based study. In *British Medical Journal*, 2006;332:937-39
- Pedersen, B. L. et al. (red): Patientsikkerhed fra sanktion til læring. Kbh. 2003.
- Reason, J: Understanding adverse events: The human Factor in Vincent, C (Ed): Clinical risk management. BMJ, London 2001
- Reiter, E. : Patientsikkerhed og Organisationskultur i sundhedsvæsenet. *Specialeprojekt RUC TekSam* 2004
- Schein, E.H.: Organisationskultur og ledelse.2.udg. Kbh.1994.
- Schiøler, T. et al: Forekomsten af utilsigtede hændelser på sygehuse. En retrospektiv gennemgang af journaler. Ugeskr. Læger 2001. 163 (39): 5370-8.
- Schultz, M. : Kultur i organisationer. København 8.oplag 2003.
- Thomas, E.J. et al: Incidence and Types of Adverse Events and Negligent Care in Utah and Colorado. In *Medical Care* 2000. 38 (3): 261-271
- Tracy, SK et al: Spontaneous preterm birth of live born infants in women at low risk in Australia over 10 years: a population based study. In *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2007 Jun; 114(6):731-5.
- Wilson, R. M. et al: The Quality in Australian Health Care Study. In *The Medical Journal of Australia* 1995. 163: 458-71
- Wu, A.V.: Medical Error: The second victim. In *British Medical Journal* 2000, 320; 726-27

Roskilde d 22-12-11

Kære alle!

Jeg vil gerne hermed benytte lejligheden til atter at takke jer alle og særligt deltagerne i interviews og de jordemødre jeg har fulgt på Mödravård og Förlosning og BB for jeres medvirken i projektet om forebyggelse af for tidlig fødsel.

Som I ved er der nogle forskelle på, hvordan den tidlige svangreomsorg foregår i Sverige og i Danmark. Derimod foregår diagnosticeringen af præterm fødsel sandsynligvis på samme måde i de to lande. På baggrund af det arbejde vi har udført sammen, foretog jeg derfor et studie af litteraturen desangående, og det er der nu kommet en artikel ud af:

[Acta Obstet Gynecol Scand](#). 2011 Dec 14. doi: 10.1111/j.1600-0412.2011.01341.x. [Epub ahead of print]

Digital examination and transvaginal scan - competing or complementary for predicting preterm birth?

[Reiter E](#), [Nielsen KA](#), [Fedder J](#).

Projektet er ved at nærme sig sin afslutning, og jeg håber at kunne møde jer en gang i foråret for at fremlægge mine resultater af undersøgelsen.

I ønskes alle en god jul og et godt nytår

Venlig hilsen

Eva Reiter

Jordemoder, Cand. Scient., PhD -studerende

ENSPAC, Roskilde Universitet, Danmark

Bilag 7
Se CD

Bilag 8

11. marts 2012



Foto: Niels Nyholm*

Temamøde: Forebyggelse af for tidlig fødsel - Tidlig svangreomsorg – er forbedring mulig inden for de givne rammer?

Tirsdag d. 24.4. 2012 kl. 13-15.30, Sundhedscenter Ceres, Nørre Torv, 8700 Horsens

Kære medarbejder i Svangreomsorgen!

Mere end halvdelen af perinatal mortalitet og morbiditet rammer for tidligt fødte børn (Goldenberg: 2008). Antallet af for tidlige fødsler steg signifikant fra 1995-2004 i Danmark (Langhoff-Roos:2006), og antallet af for tidlige fødsler har stabiliseret sig på dette høje niveau (Sundhedsstyrelsen:2011). Imidlertid har frekvensen af præterm fødsel ligget stabilt på et signifikant lavere niveau i Sverige (Morken: 2008). I mit phd - projekt har jeg undersøgt denne tendens i samarbejde med Kvindeafdelingen i Horsens. Vi ønsker at præsentere de vigtigste resultater fra studiet og diskutere disse med jer og eksperter på området. Følgende eksperter deltager i panelet:

- Kjeld Møller Pedersen, professor i Sundhedsøkonomi ved Syddansk Universitet
- Jordemoder Monika Svensson, uddannet i Danmark, 10 års erfaring fra Ystad Mödravård
- Overlæge obstetrikere Lone Hvidman, Skejby Sygehus

Program

12.30 – 13.00 Frokost

13.00 – 13.35 Velkomst og præsentation af resultater fra studiet: "Forebyggelse af for tidlig fødsel"

13.35 –14.10 Ekspertpanelet får ordet

14.10 – 14.30 Kaffepause

14.30 – 15.20 Spørgsmål fra salen

15.20 – 15.30 Opsamling og afsked

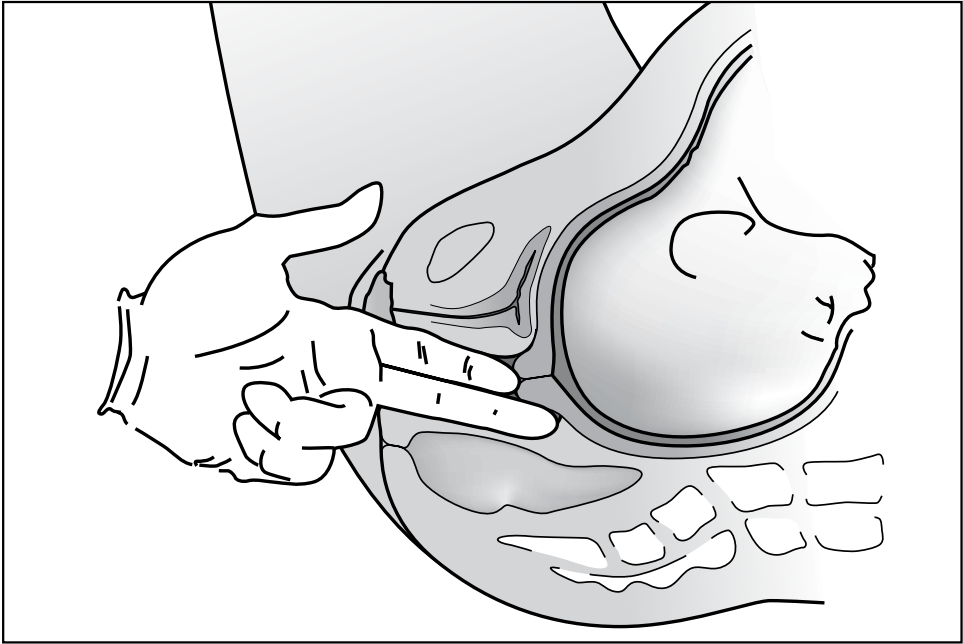
Det vil glæde os, hvis du vil deltage i mødet og debatten.

Jordemoderforeningen sponsorerer en let frokost, frugt og drikkevarer. Af hensyn til køkkenet er **Deadline for tilmelding: Onsdag 18. april 2012** til reiter@ruc.dk

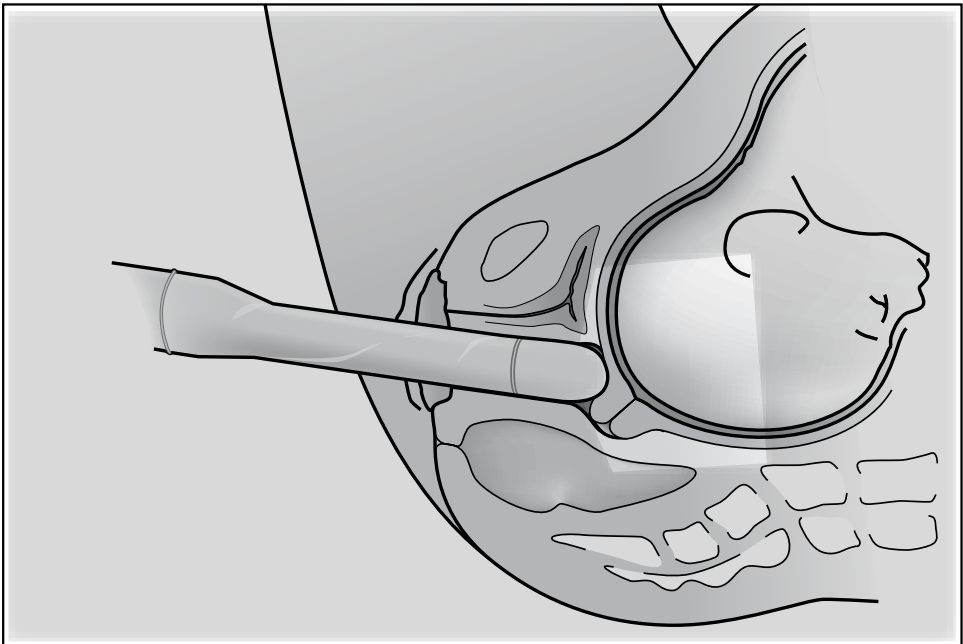
På vegne af Kvindeafdelingen i Horsens venlig hilsen
Eva Reiter

* Foto venligst gengivet med tiladelse

Bilag 9



Figur 1. Vaginaleksploration / digital examination



Figur 2. Transvaginal scanning

Bilag 10

BILAG 10

Bishops score

Points	0	1	2	3
Ledende fosterdels stand	Bevægelig over bækkenindgangen	Fast i bækkenindgangen	Lige over eller ved spinae	Mellem spinae og bækkenbunden
Orificiums størrelse	Lukket	1-2 cm	3-4 cm	> 4 cm
Cervix længde	3 cm	2 cm	1 cm	< 1 cm
Cervix konsistens	Fast	Middel	Blød	
Cervix position	Bagtil	Midtfor	Fortil	

I sin originale form er fosterstanden udtrykt i cm over interspinalplanet og cervix i procentvis afkortning. Dette skema er modificeret efter dansk nomenklatur. Der gives fra 0-3 point til ledende fosterdels stand, orificiums størrelse, cervix længde, cervix konsistens og cervix position.

Eksempel på beregning af Bishop score:

Caput lige over spinae, orificium 4 cm, cervix næsten udslettet, blød, midtfor: 2+2+3+2+1=10

Kilde: "Obstetrik", Johannes Boch, Viggo Fischer, Bent Ottesen, Jørgen Falck Larsen, Munksgaards forlag

Parameter/Score	0	1	2	3
Position	Posterior	Intermediate	Anterior	-
Consistency	Firm	Intermediate	Soft	-
Effacement	0-30%	31-50%	51-80%	>80%
Dilation	0 cm	1-2 cm	3-4 cm	>5cm
Fetal Station	-3	-2	-1, 0	+1, +2

Her : oprindeligt fra:

Bishop EH: Pelvic scoring for elective induction. Obstet Gynecol. 1964;24: 266–268.

Yderligere:

Lange JP, Secher NJ, Westergaard JG, Skovgaard I: Prelabor evaluation of inducibility. Obstet Gynecol. 1982; 60:137–146.

Bilag 11



FØDSELSSTATISTIKKEN
2011

2012

Tabel 3. Procentvis fordeling af svangerskabslængde for alle fødte, hvor svangerskabslængden er oplyst, 2009 – 2011

		Antal fødte børn			Heraf levendefødte		
		2009	2010	2011	2009	2010	2011
22-31 uger	22	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
	23	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
	24	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
	25	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
	26	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
	27	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
	28	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1
	29	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1
	30	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
	31	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2	0,3
	I alt	1,2	1,2	1,4	1,0	1,0	1,2
32-36 uger	32	0,3	0,4	0,3	0,3	0,4	0,3
	33	0,6	0,5	0,6	0,6	0,5	0,6
	34	0,9	0,8	0,9	0,9	0,8	0,9
	35	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3
	36	2,2	2,3	2,2	2,2	2,3	2,2
		I alt	5,3	5,3	5,4	5,3	5,3
37+ uger	37	5,7	5,5	5,7	5,7	5,5	5,7
	38	14,2	14,0	13,7	14,2	14,0	13,8
	39	21,8	21,5	21,0	21,8	21,5	21,0
	40	27,7	27,8	27,7	27,8	27,8	27,7
	41	18,3	19,1	21,2	18,4	19,1	21,3
	42	5,8	5,6	3,9	5,8	5,6	3,9
	43	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
		I alt	93,5	93,5	93,2	93,7	93,7
Total		100	100	100	100	100	