



«Å bevare verdien av det normale»

Jordmorlederes refleksjoner over normal fødsel som verdi i sykehus i Norge.

Wenche Sola Maudal

VID vitenskapelige høgskole

OSLO

Masteroppgave

i verdibasert ledelse

MAVERD-599_1

Antall ord: [26382 ord]

16 mai 2022

Sammendrag

Bakgrunn: Tema for denne masteroppgaven er normal fødsel som verdi i sykehus. Formålet med oppgaven er å fremme kunnskap om jordmorlederes refleksjoner over verdier i Norsk fødselsomsorg og hvordan de tenker de kan påvirke forvaltningen av normal fødsel som verdi i sykehus.

Problemstillingen for studien er: Hvordan reflekterer jordmorledere over muligheten til å fremme normal fødsel som verdi i sykehus?

Teori: Det er gjort rede for teorier om verdier, ledelse, lederrollen og ulike nivå i organisasjonskultur.

Metode: Det er anvendt en kvalitativ metode med en kvalitativ analyse av fire dybdeintervju med ledere ved fire ulike fødeenheter i Norge.

Resultat: Funn i studien viser at ledere har ulikt syn på hva som er en normal fødsel. Funn viser også hvilke verdier som fremmer den normale fødsel. Funn viser videre at lederne er bevisste på disse verdiene i ledelse. Fokus på disse verdiene i aktiv ledelse som en del av organisasjonskulturen er også et funn.

Diskusjon: Påvirkning av ulike syn på fødsel, ledelse gjennom verdier for og i praksis, samt lederrollen som kulturbærer diskuteres i oppgaven.

Konklusjon: Synet på fødsel påvirker hvilke verdier som fremmes i praksis, og dermed også muligheten for å fremme den normale fødsel som verdi. Viktige verdier i norsk fødselsomsorg er trygghet, kommunikasjon, autonomi, og tilstedeværelse. Mellomledere i norsk fødselsomsorg er jordmødre og de preges sterkt av sine profesjonsverdier. Dette gjør dem til svært verdibevisste ledere. Påvirkningskraften relatert til å fremme den normale fødsel som verdi knytter disse lederne primært til rollen de har overfor sine ansatte og gjennom organisasjonskulturen i den enkelte avdeling.

Nøkkelord: normal fødsel, verdier, verdibevisst ledelse, organisasjonskultur.

Abstract

Background: The theme for this master's thesis is normal birth as a value in hospital. The purpose of the thesis is to promote knowledge about midwife leaders' reflections on values in Norwegian maternity care and how they think they can influence the management of normal birth as a value in hospital.

The problem for the study is: How does the midwife leaders reflect on the possibility of promoting normal birth as a value in hospitals?

Theory: Theories about values, leadership, the leadership role, and different levels in organizational culture are presented.

Method: A qualitative method has been used with a qualitative analysis of four in-depth interviews with managers at four different food units in Norway.

Results: Findings in the study show that leaders have different views on what a normal birth is. Findings also show which values promote the normal birth. Findings further show that managers are aware of these values in management. Focusing on these values in active leadership as part of the organizational culture is also a discovery.

Discussion: The influence of different views on birth, leadership through values for and in practice, as well as the leadership role as a carrier of culture are discussed in the thesis.

Conclusion: The view of birth affects which values are promoted in practice and thus also the possibility of promoting the normal birth as a value. Important values in Norwegian maternity care are security, communication, autonomy, and presence. Middle managers in Norwegian maternity care are midwives and are strongly influenced by their professional values. This makes them very value-proven leaders. The influence related to promoting the normal birth as a value connects these leaders primarily to the role they have towards their employees and through the organizational culture in the individual department.

Keywords: normal birth, values, value conscious management, organizational culture.

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|----|
| 1.0 Innledning..... | 8 |
| 1.1 Tema..... | 8 |
| 1.2 Problemstilling..... | 8 |
| 1.3 Praktisk og teoretisk betydning..... | 9 |
| 1.5 Data | 10 |
| 1.6 Analysemetode..... | 10 |
| 1.7 Oppgavens disposisjon | 10 |
| 1.8 Ramme og kontekst..... | 11 |
| 1.9 Avgrensninger | 12 |
| 2.0 Litteratur og teori | 13 |
| 2.1 Redegjørelse for relevant forskning..... | 13 |
| 2.2 Litteratursøk..... | 13 |
| 2.3 Verdier..... | 14 |
| 2.3.1 Normal fødsel..... | 15 |
| 2.3.2 Demedikalisering av normal fødsel..... | 17 |
| 2.3.3 Trygghet..... | 17 |
| 2.3.4 Autonomi..... | 18 |
| 2.3.5 Tilstedeværelse | 19 |
| 2.4.6 Kommunikasjon..... | 20 |
| 2.4 Ledelse..... | 21 |
| 2.5 Ledelse av profesjoner | 24 |
| 2.6 Organisasjonskultur..... | 26 |
| 2.6.1 Nivåer av organisasjonskultur | 27 |
| 2.7 Kunnskap i praksis og kunnskapsbasert praksis..... | 29 |
| 2.8 Retningslinjer..... | 31 |
| 2.9 Faglig og praktisk skjønn | 31 |
| 2.10 Etikk i Norsk fødselsomsorg | 32 |
| 2.11 Ressurser og økonomi i Norsk fødselsomsorg | 33 |
| 2.13 Kritikk av teori | 34 |
| 3.0 Metodekapittelet | 35 |
| 3.1 Epidemiologisk forankring..... | 35 |
| 3.2 Valg av metode..... | 36 |

| | |
|--|----|
| 3.3 Valg av informanter | 37 |
| 3.3.1 Fremgangsmåte i valg av informanter | 38 |
| 3.3.2 Kritikk av utvalg og fremgangsmåte i utvelgelsesprosessen..... | 39 |
| 3.4 Det kvalitative intervju | 40 |
| 3.4.1 Intervjuguide | 40 |
| 3.4.2 Praktisk gjennomføring av intervjuene | 41 |
| 3.4.3 Transkribering av intervju | 43 |
| 3.5 Analyse | 43 |
| 3.5.1 Helhetsinntrykk- fra villniss til foreløpige tema | 44 |
| 3.5.2 Meningsbærende enheter- fra foreløpige tema til koder og sortering..... | 45 |
| 3.5.3 Kondensering- fra kode til abstrahert meningsinnhold | 46 |
| 3.5.4 Syntese -fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater..... | 46 |
| 3.5.5 Oppsummering av analyse | 47 |
| 3.6 Metoderefleksjon | 47 |
| 3.6.1 Etske vurderinger | 49 |
| 3.6.2 Forforståelse og forske i egen faggruppe | 49 |
| 3.6.3 Validitet | 50 |
| 3.6.4 Reliabilitet | 51 |
| 4.0 Presentasjon av funn og analyse av data | 52 |
| 4.1 Jordmorlederen som formidler av syn på fødsel og verdier | 52 |
| 4.1.1 Ulike syn på fødsel..... | 52 |
| 4.1.2 Trygghet..... | 53 |
| 4.1.3 Kommunikasjon..... | 54 |
| 4.1.4 Tilstedeværelse | 55 |
| 4.1.5 Fødsel på kvinnes premisser, medbestemmelse og autonomi..... | 56 |
| 4.2 Jordmorlederen som forvalter av jordmorfag og avdelingens kultur..... | 58 |
| 4.2.1 Jordmors autoritet i fødsel, retningslinjer og jordmorfaglig skjønn..... | 58 |
| 4.2.2 Differensiering av fødselsomsorg..... | 60 |
| 4.2.3 Bruken av seleksjonskriterier | 61 |
| 4.2.4 Kulturbærer | 62 |
| 4.3 Jordmorlederen som systempåvirker | 63 |
| 4.3.1 Tjenesteoppdrag og ressurser samsvarer ikke..... | 64 |
| 4.3.2 Ubalanse mellom planlagt og faktisk bemanning | 65 |

| | |
|--|-----|
| 4.3.3 Økonomiske langtidseffekter av normal fødsel som verdi | 67 |
| 5.0 Diskusjon av funn | 68 |
| 5.1 Syn på fødsel | 68 |
| 5.2 Verdier for og i praksis i norsk fødselsomsorg | 69 |
| 5.3 Leder som kulturforvalter av norsk fødselsomsorg | 74 |
| 5.4 Kritikk av funn og diskusjon..... | 81 |
| 6.0 Oppsummering..... | 82 |
| 6.1 Begrensninger i forskningen: styrker og svakheter | 84 |
| 6.2 Fremtidig forskning | 85 |
| Litteraturliste..... | 86 |
| Vedlegg..... | 93 |
| Vedlegg 1 – Tekst i invitasjonse-post til helseforetakene..... | 93 |
| Vedlegg 2 – Informasjonsbrev til informanter og samtykkeskjema | 94 |
| Vedlegg 3 – Vurdering fra NSD..... | 98 |
| Vedlegg 4 – Intervjuguide | 101 |

Forord:

Masteroppgaveskriving har både vært en stor påkjenning og en kilde til energi. Det har gitt meg en større forståelse for betydningen av ulike syn på fødsel, verdier, ledelse, organisasjonskultur og forskning. Økt kunnskap gir en mulighet til bedre utførelse av eget lederskap.

Takk til min veileder Gry Bruland Vråle for en unik tilgjengelighet, personlig engasjement i både tema og min forskningsprosess, aktiv og konstruktiv veiledning gjennom denne studien. Takk til gruppeveileder Per Bastø og medstudenter i veiledningsgruppen for interesse for tema og forskningsprosess. Takk til Miriam Valle Landmark for korrekturlesing. Takk til min tidligere leder Erik Andreas Torkildsen som viste meg stor tillit da han ansatte meg som leder og godkjente oppstart av masterstudier i verdibasert ledelse ved VID Oslo. Takk til min nåværende leder Marit Halonen Christiansen. Hun har på tross av vanskelig drift relatert til jordmor mangel og pandemi videreført, formalisert og støttet avtaler knyttet til min lederutdanning. Takk til Ingebjørg Teigen Sinnes, assisterende avdelingsjordmor som har gjort en god jobb som min stedfortreder under alt mitt fravær knyttet til studier. Takk til mine informanter som valgte å sette av tid til intervjuer med meg i en travel hverdag som ledere, i en tid preget av stor jordmor mangel og pågående covid- 19 - pandemi. Jeg hadde stor glede av å få snakke med dere og oppleve engasjementet deres rundt dette temaet. Godt å kjenne på både leder og profesjonsfelleskap rundt viktige tema i norsk fødselsomsorg. Sist, men ikke minst vil jeg takke familien min; Kjell Åge Maudal, Tiril Maudal, Eskil Maudal, Ingvil Maudal og Sissil Maudal, for utholdenhet og tålmodig venting og akseptasjon for at studier utenom arbeidstid har beslaglagt store deler av min fritid de siste 3 årene. Ser frem til å ha mer tid og overskudd til familiens aktiviteter i tiden fremover.

Wenche Sola Maudal

1.0 Innledning

Som nybegynner innen forskning var det viktigst for meg å fordype meg i et tema som jeg er engasjert i. Det å være jordmor og leder og se at verdier i faget ditt slik du kjenner det fra utdanning og tidligere arbeidsliv oppleves truet er både skremmende og motiverende. Som leder må du forsøke å bli bevisst på hvilke verdier som er essensielle og hvordan de kan forvaltes. I denne studien er det nettopp dette jeg har prøvd å finne ut av og sette ord på.

1.1 Tema

Normal fødsel som verdi i norske fødeenheter.

1.2 Problemstilling

I denne studien ser jeg på ledere av Norske fødeenheter sine refleksjoner over normal fødsel som verdi i sykehus. Lederne er i studien gitt mulighet til å si noe om sine refleksjoner over normalfødsel som verdi i sykehus og over hvordan de opplever at verdien forvaltes i norsk fødselsomsorg.

Problemstillingen min for denne studien er:

Hvordan reflekterer ledere ved norske fødeenheter over muligheten til å fremme den normale fødsel som verdi i sykehus?

Forskningsspørsmålene som jeg har valgt ut til å belyse problemstillingen med er:

Hvordan ser lederne på normal fødsel?

Hvilke verdier mener lederne fremmer den normale fødsel som verdi?

Hvordan kan ledernes bevissthet om verdier fremme verdien av den normale fødsel?

På hvilken måte opplever ledere at de kan fremme normale fødsler som verdi i sykehus?

1.3 Praktisk og teoretisk betydning

Tematisering av normale fødsler i sykehus som en verdi er etter mitt skjønn viktig for å kunne forvalte normale fødsler i sykehus. Å være bevisst hvordan jordmorfaget påvirkes av å ha blitt institusjonalisert i sykehus er en viktig forutsetning for å forstå verdiene i Norsk fødselsomsorg. Det gir også et viktig grunnlag til å legge en formålsrettet kurs for hvordan vi ønsker at fødselsomsorgen skal være i Norge i dag og i tiden som kommer. Jordmorledere har sin fagprofesjon i jordmorfag, samtidig som de er ledere. De har dermed en stilling der de bærer med seg jordmorprofesjonens verdier inn i sitt lederskap. De er som ledere ansvarlige for å lede de norske fødeenhetene til å kunne gi en best mulig fødselsomsorg for alle fødende kvinner i Norge. Dette skulle i utgangspunktet være en perfekt kombinasjon for å kunne utføre verdens beste fødselsomsorg. Hvor ligger da utfordringene som gjør at det oppleves å være en stor utfordring å få dette til likevel?

Min forforståelse som forsker i dette prosjektet preges av at jeg har jobbet tolv år som jordmor i sykehus og kommune, og de siste nærmere fem årene som leder for en jordmorstyrt fødeenhet med fødestuer for normale fødsler inne i et stort sykehus. Jeg har som leder en opplevelse av at det er en kontinuerlig utfordring å prøve å ivareta den normale fødsel som verdi i et sykehus i Norge. Min opplevelse er at arbeidet som utføres for å ivareta og opprettholde normale fødsler underkjennes til fordel for mer patologiske tilstander. Ressursmangel og fokus på det patologiske gjør at ansatte daglig må forholde seg til samtidighetskonflikter i pasientarbeid. De må stå til rette for å rettferdiggjøre utøvelsen av sin spesialutdanning og fagkompetanse i normal fødsel, slik at alle fødekvinne kan motta fødselsomsorg på en likeverdig måte. På bakgrunn av denne forforståelsen ønsket jeg derfor å forske på hvordan andre ledere av Norske fødeinstitusjoner reflekterer over normal fødsel som verdi og sine muligheter for å bidra til å forvalte verdien av normale fødsler i sykehus.

Mitt hovedmål med prosjektet er å belyse et viktig og aktuelt tema innen ledelse rundt fødselsomsorg og kvinnehelse i Norge og dokumentere dette. Som et sekundært mål var det av stor interesse for meg som leder av en enhet for normale fødsler å få mulighet for å innhente refleksjoner og kunnskap om dette temaet fra andre ledere ved ulike norske fødeenheter. Med valgt problemstilling og metode gav denne studien en mulighet til å få snakke med ledere ved Norske fødeenheter og få tilgang til å dokumentere deres refleksjoner over normale fødsler som verdi i sykehus. Jeg håper at funn i oppgaven kan

bidra til å gi et bredere grunnlag for videre forskning på forvaltning av den normale fødsel som verdi i norske sykehus.

1.5 Data

Data i studien ble innhentet i kvalitative intervju. Problemstillingen var bestemmende for hvilken metode som ble valgt til å gi svar på det jeg ønsket å forske på. Jeg ønsket å få tilgang på andre jordmorlederes refleksjoner over normal fødsel som verdi i norske sykehus. For å få tilgang til disse refleksjonene ble kvalitative intervju valgt som metode. Intervjuene ble gjort via telefon av praktiske, økonomiske og miljømessige grunner. Informantene er geografisk spredt over hele landet og det var en pågående pandemi som la ulike begrensninger både på reise og nærkontakt. Økonomisk og miljømessig var det ikke forsvarlig å gjøre fire reiser til ulike steder i landet for en times intervju. Det var også tidsbesparende for både meg og informantene å gjennomføre intervjuet på telefon.

1.6 Analysemetode

Systematiske tekstkondensering er brukt som analysemetode av data innsamlet i intervjuene. Analyse av kvalitativt datamateriell var en tidkrevende prosess. Den trinnvise fremgangsmåten gjorde analysearbeidet mer oversiktlig.

Malterud skriver at systematisk tekstkondensering er utviklet for å gi nye forskere redskapene de trenger til å systematisere data og funn på en oversiktig måte uten at data blir for overveldende (2021, s. 97).

1.7 Oppgavens disposisjon

Pensum, VIDs retningslinjer for oppgaveskriving og veiledning er brukt for oppsettet over oppgaven (Everett & Furseth, 2019, s. 162-163).

I innledende kapittel presenteres studien, problemstilling, forskningsspørsmål, forskningsdesign, analysemetode, oppgavens oppbygning, ramme og kontekst samt avgrensninger. Andre kapittel presenterer teori som er nødvendig for å belyse tema og funn

i drøftingen. Tredje kapittel omhandler valg av metode for innhenting av data, gjennomføring av datainnsamling i kvalitativt intervju, transkribering og analyse. Fjerde kapittel presenterer funn og analyse fra datainnsamlingen. I kapittel fem drøftes funn mot teori og forskning relatert til forskningsspørsmål og problemstilling. Oppsummering, konklusjon og tanker om videre forskning innen tema kommer i kapittel seks.

1.8 Ramme og kontekst

Studien omhandler ikke organisasjonsstruktur i Norsk fødselsomsorg.

Organisasjonsstrukturen kan likevel gi en grunnforståelse for rammen studien har foregått i, og det gis her en kort innføring.

Helsedirektoratet har utarbeidet en differensiering av fødsler i Norge. Det er gitte kriterier for ulike nivå av fødselsomsorg. Det er tre nivåer i differensieringen. Kvinneklinikker, fødeavdelinger og fødestuer. Målet med differensieringen er å sikre kvinnen et variert fødetilbud basert på kvinnens egne ønsker og en seleksjon ut fra en risikovurdering etter gitte kriterier (Helsedirektoratet, 2010, s. 25). I både internasjonale og norske studier tyder det på at differensiering av fødselsomsorgen fører til færre unødvendige inngrep, bedre utnyttelse av ressurser og best mulig utkomme for mor og barn (Helsedirektoratet, 2021a + c). Alle fødeinstitusjoner i Norge har definert hvilke pasienter som tilhører kategorien normalfødende (Johansen et al., 2017).

Ut fra overordnet differensiering organiserer Norske helseforetak selektering av fødekvinne på ulik måte. De fleste fødeenheter har både normale og patologiske fødsler i samme avdeling. Selektering skjer inne i avdelingen ut fra hvilket omsorgsnivå den fødende har behov for. Selektering skjer i tillegg etter hvilke ressurser helseforetaket har tilgjengelig. Eksempel her kan være at helseforetaket ikke har en nyfødt intensivavdeling og derfor må selektere premature fødsler til andre helseforetak som har dette.

Noen få helseforetak har selekterte enheter for normale fødsler organisert som en egen avdeling i en stor kvinneklinikk. Disse kalles gjerne fødestuer i sykehus og er adskilt fra de patologiske avdelingene med ulik avstand. Noen ligger i en annen gang, andre i egne etasjer eller bygg. Disse avdelingene er organisert med egen ledelse og ansatte. Eksempler på dette

er ABC klinikken på Ullevål sykehus, Fødestuene i St.Olavs hospital i Trondheim, Fødeloftet i Stavanger og Storken i Bergen.

I tillegg er det egne fødestuer som ikke ligger i tilknytning til sykehus. Studien er begrenset til å ikke omfatte fødestuer utenfor sykehus.

1.9 Avgrensninger

Teori i oppgaven er delvis valgt ut etter induktiv metode ut fra funn i studien. Teori om makt ble utelatt da funn i studien hadde et mer tydelig fokus på bevissthet rundt verdier. Dette kan være en svakhet med studien da makt er et viktig element relatert til prioriteringer av verdier også i ledelsen av fødeenheter.

Funn i oppgaven er begrenset til å fremme mine informanternes delte data. Deres refleksjoner analysert, tolket og presentert er også påvirket av forskers kunnskap og forforståelse. Dette betyr at studien er begrenset til å løfte et engasjert utvalg jordmorlederes refleksjoner rundt et viktig tema innen fødselshjelp i sykehus og dermed også kvinnehelse i Norge i dag.

2.0 Litteratur og teori

Jeg har gjort et utvalg av teoretiske perspektiver jeg mener vil belyse fenomenet jeg har forsket på i denne studien. Teori om syn på normal fødsel, verdier, ledelse, lederrolle, retningslinjer, kunnskapsbasert praksis og organisasjonskultur vil belyse empirien og være viktige når resultatene av studien drøftes i kapittel seks. Problemstillingen og forskningsspørsmålene var også ledende for hvilke data som ble analysert og presentert og hvilken teori som best kunne belyse tolkningen av data.

2.1 Redegjørelse for relevant forskning

Man vet lite om hvordan ledere i norske fødeinstitusjoner reflekterer over normal fødsel som verdi og deres tanker om påvirkning relatert til å fremme verdien av normale fødsler. Mellomledere i Norske helseforetak er i en spesielt interessant posisjon for å belyse flere av disse temaene da de nettopp befinner seg mellom det som bestemmes for en praksis av overordnede ledere og det som utføres i en praksis av profesjonsarbeidere. Denne studien håper jeg vil tilføye kunnskap om hvordan ledere ved norske fødeinstitusjoner reflekterer rundt normale fødsler som verdi og hvordan de utfører ledelse for å bevare verdien av normale fødsler i sykehus.

Jeg har ikke funnet noe forskning gjort på ledelse relatert til tema normal fødsel som verdi. Denne studien vil derfor tilføre nye data på dette området. Litteratur og forskning på normal fødsel, verdier, ledelse, mellomleders rolle, profesjoner, autonomi og organisasjonskultur vil være den teorien som er brukt for å belyse data i denne studien. Jeg har brukt både en deduktiv og en induktiv tilnærming til teori i denne studien. Noe av teorien er valgt ut deduktivt ut fra tema og problemstilling i forkant av gjennomføring av intervjuene. Resten av teorien ble valgt ut induktivt etter intervjuene ut fra funn i data som belyses i drøfting. Dette ble gjort bevisst da meningen var at empiriske funn skulle være ledende for valgt teori.

2.2 Litteratursøk

Det er gjort søk i Oria, Google scholar, Uptodate, Ovid Medline, Web of Science, Cinahl, Embrase, Cochrane, British nursing index og MIDIR. De første søkene ble gjort med

kombinasjoner av søkeord som normal fødsel, fødsel, verdier og ledelse. Søkene gav få og lite relevante treff på kombinasjoner av disse søkeordene. For å få søkene mer rettet mot ledelsesfaget ble søkeordene normal fødsel og fødsel utelatt i senere søk.

De neste søkene ble gjort på søkeord som verdibasert, ledelse, verdier, autonomi, profesjon, organisasjonskultur og arbeidskultur. Det ble søkt på kombinasjoner av alle disse søkeordene. Forskningen som ble valgt ble plukket ut for å belyse problemstillingen fra ulike sider. Alle tidsskrifter er sjekket for fagfelleevaluering i kanalregisteret til NSB og har en standard på 1 og 2. Alle søk er gjort både på norsk og engelsk.

2.3 Verdier

Thomassen skriver at verdier dreier seg om våre oppfatninger av hva som er verdifullt eller uønsket, godt eller ondt. Hun skriver videre at en måte å si at praksis er basert på verdier er at verdigrunnet konstituerer praksis. I helsefag vil vurdering av god eller dårlig praksis være uløselig knyttet til det verdigrunnet praksis er basert på (2018, s. 24-25).

Verdier er også kjent for å være en sentral kilde til identitet både for mennesker personlig og institusjonelt. Den signifikante betydningen av verdier i organisasjoners hverdagspraksis har økt interessen for verdier og satt søkelys på hvordan de kan forskes på (Løvaas, 2022, s. 1).

Verdier fungerer både som beskrivende og normative begreper, og verdibegrepet er nært knyttet til moral og etikk. Verdier beskriver faktisk verdsettelsespraksis karakterisert av mennesker i en bestemt gruppe eller hvordan verdier utvikler seg som meningsfulle i en gitt kontekst. Normativt informerer verdier om idealer og overordnede mål- enten de blir forstått som tidløse og universelle eller som relative og kontekstuelle. Verdier kan defineres som individuelle og kollektiv situasjonelle oppfatninger av ønsket atferd, mål og idealer som tjener til å veilede eller verdsette praksis. Verdier er både bevisste og ubevisste mål og idealer. De uttrykker ønsket intensjon og former retningen på praksis (Askeland, 2010, s. 471; Askeland, 2020, s. 19-20).

Grelland hevder at verdier er tett knyttet til våre følelser og omvendt. Følelser er subjektive responser på fenomener vi møter og er dermed en måte å forholde seg til virkeligheten på. Følelsene er tilgangen vi selv har til våre egne verdier og er dermed også et uttrykk for vår

personlighet. De er også et uttrykk for at verdiene våre møter virkeligheten. Grelland sier videre at følelser som verdiuttrykk også er utgangspunkt for etikk. Etikk oppstår i møter mellom mennesker som en emosjonell respons før refleksjon og handling finner sted. Det nettopp er i denne emosjonelle responsen at vi møter den andre med våre verdier (2020, s. 95-100).

Verdier defineres altså på ulike måter. Verdier er både rasjonelle og reflekterte mål og idealer som uttrykker ønskelige tilstander, og intuitive og prerasjonelle prioriteringsmål som kan fortolkes ut fra handlingsmønstre (Aadland & Askeland, 2019, s. 36).

Aadland skriver at verdier er vide og upresise, men samtidig knyttet til viktige sider ved den menneskelige eksistensen. På den måten kan verdier være lettere å akseptere enn trauste regler og ensidige mål. Det upresise ved verdier gjør at de må tolkes inn i hver ny sammenheng. Verdiene gir retning uten å være helt konkrete (2004, s. 151).

Verdens helseorganisasjon (WHO) hevder at for å optimalisere kvaliteten i fødselsomsorg er det ikke nok med kun kliniske intervensjoner. Det er essensielle komponenter, eller verdier i praksis som også må være til stede. Eksempler som gis på dette er emosjonell støtte og samarbeid under fødsel, effektiv kommunikasjon og respektfull omsorg som kan forbedre opplevelsen av omsorg i fødsel (2018, s. 8).

2.3.1 Normal fødsel

Både WHO og ICM har definert det å fremme den normal fødsel som en viktig verdi for jordmødre (WHO, 2018; ICM, 2017). Det refereres til flere ulike definisjoner på normal fødsel i litteraturen (Blix, 2020, s. 51-54). I Norge finnes det derimot ingen norsk definisjon som det er enighet om. Det er derfor naturlig å bruke WHO sin internasjonale definisjon av normal fødsel som et utgangspunkt i denne studien. Den er anerkjent av ICM, brukt over hele verden og ser slik ut:

Spontaneous in onset, low-risk at the start of labour and delivery. The infant is born spontaneously (without help) in the vertex position (head down) between 37 and 42 completed weeks of pregnancy. After birth mother and baby are in good condition. (WHO, 1996, s. 4).

Det laveste nivå av fødetilbud i Norge er definert som fødestue. Seleksjonskriteriene for å kunne føde på en fødestue er trolig det nærmeste vi kommer WHO sin definisjon på normal fødsel i et offentlig norsk dokument:

Frisk første eller flergangsfødende • Et normalt svangerskap • Bærer ett foster i hodeleie • Ingen kjente sykdommer som kan medføre komplikasjoner • Tidligere normale svangerskap og fødsler • Fødselen starter spontant mellom fullgåtte svangerskapsuker 36 + 0 og 41 + 3 dager • Fødselen er definert som lavrisiko når riene starter og er fortsatt normal frem til etter barnets fødsel (Helsedirektoratet, 2009, s. 30).

Medisinsk fødselsregister inneholder ikke kategorien normal fødsel, men bruker isteden kategorien «Fødsel uten større inngrep og komplikasjoner». (Folkehelseinstituttet, u.å.; Helsedirektoratet, 2021b). Kategorien sier ingenting om bruk av smertelindring i fødsel og inneholder både fødsler med medisinsk smertelindring og uten.

Helsedirektoratet hevder at epiduralbedøvelse, medikamentell stimulering av fødselsrier og kunstig igangsettelse av fødselen regnes for å være mindre inngripen i fødselsforløpet, og er blitt så utbredt i Norge i dag, at noen regner det som en del av den normale fødsel. Dette er det imidlertid ikke faglig enighet om. Langt fra alle er klar over at det finnes flere ulike syn på hva en fødsel er. Ytterpunktene beskriver på den ene siden at fødselen oppfattes som en naturlig, fysiologisk og biologisk hendelse som enhver sunn og frisk kvinne kan beherske. Der skal fødselshjelperne støtte kvinnen i prosessen og bare gripe inn dersom det er nødvendig. På den andre siden kan fødselen oppfattes som en medisinsk tilstand forbundet med risiko og unødvendig smerte. Der skal fødselshjelperen gjøre det som er mulig for at fødselen kontrolleres og overvåkes og at smerte lindres eller fjernes helt (2021b).

Forskning på jordmødre i Norge viste at de omtaler normal fødsel synonymt med spontan vaginal fødsel. Uklarhet rundt ordet normal fordrer et større fokus på fysiologisk fødsel og på en redefinisjon av begrepet for å lettere kunne sammenligne forskning på området (Brunstad, 2010, s. 38).

2.3.2 Demedikalisering av normal fødsel

Viktige prinsipper i moderne fødselsomsorg er å unngå unødvendig inngripen i det normale fødselsforløpet. Barnet skal fødes uten sykdom og skade som kunne vært unngått og fødekvinnen skal ha en god fødselsopplevelse (Fylkesnes, 2020, s. 26). Verdens helseorganisasjon, WHO, har i samarbeid med International Confederation of Midwives, ICM, utarbeidet ti prinsipper for perinatal omsorg nettopp for å demme opp for unødvendig inngripen og uhensiktsmessig bruk av teknologi i normale fødselsforløp og for å fremme kunnskapsbasert praksis i fødselsomsorgen (WHO; ICM, gjengitt av Fylkesnes, 2020, s. 26).

Helsedirektoratet gav i 2014 ut en nasjonal retningslinje for barselomsorg. I punkt 3.1 står det at denne retningslinjen har ført til endringer nasjonalt. Resultatet var et differensiert og desentralisert føde- og barseltilbud tilpasset kvinnenes ønsker og risiko basert på anbefalinger fra WHO. WHO sine ti prinsipper for perinatal omsorg er en av fem viktige strategier som skal bidra til én bedre fødselsomsorg i Norge. Demedikalisering av normale fødsler er punkt nummer en i disse prinsippene. Grunnleggende fødselsomsorg skal gis med kun helt nødvendige inngrep og med minst mulig bruk av teknologi. WHO ønsker at medlemslandene følger anbefalinger og at disse legger føringer for nasjonale helsepolitiske strategier og bestemmelser (WHO, gjengitt av Fylkesnes, 2020, s. 26; Helsedirektoratet; 2014, s. 20).

Miller et al. (2016) hevder at mangel på tiltak og forsinkede tiltak i fødselsomsorgen fremdeles er den viktigste utfordringen i de fleste land med lav inntekt i verden i dag. I land med høy inntekt er derimot det at det gjøres for mye tiltak for tidlig som er fødselsomsorgens største utfordring. Medikalisering av normale fødsler er blitt vanlig praksis og inkluderer blant annet unødvendige inngripen uten klare forskningsbaserte fordeler. Unødvendige intervensjoner er forbundet med økte komplikasjoner spesielt for fødekvinnen og en økt kostnad for helsevesenet (s. 2177-2178).

2.3.3 Trygghet

Norsk akademisk ordbok, NAOB, forklarer trygghet som det motsatte av å være i fare. Følelsen eller opplevelsen av å være trygg relateres til en følelse av sikkerhet og det å være ubekymret (2022). Helsedirektoratet har i sin rangering av opplevelse av trygghet at det å

oppleve å være trygg innebærer å ikke være styrt av noen begrensninger (2019). Psykologisk trygghet beskrives av Sagberg som:

Psykologisk trygghet beskriver opplevde egenskaper ved et sosialt klima, særlig i et jobbteam eller en organisasjon. Psykologisk trygghet innebærer at det mellom medlemmene i en gruppe er aksept for å ytre seg, stille spørsmål og gjøre feil.

Graden av psykologisk trygghet har vist seg å ha betydning for læring, innovasjon, sikkerhet og kvalitet på tjenester som utføres. Å oppleve psykologisk trygghet innebærer å føle seg trygg på at man kan dele bekymringer og feiltrinn uten å være redd for å bli gjort narr av eller bli utsatt for negative reaksjoner. I

et arbeidsmiljø preget av psykologisk trygghet er det stor aksept for å stille spørsmål dersom man er usikker på noe eller mener at noe blir utført på en uheldig måte. Stor grad av psykologisk trygghet gjør det enkelt å snakke om feil og uheldige hendelser.

Slik kan man i teamet og organisasjonen lære av feil og hendelser og dermed øke kvaliteten på tjenester og produkter (Sagberg, 2020).

WHO hevder at kvinner vil ha en positiv fødselsopplevelse som overgår deres tidligere personlige og sosiokulturelle tro og forventninger. Dette inkluderer å føde en sunn baby i et klinisk og psykososialt trygt miljø med kontinuitet i praktisk og emosjonell støtte fra snille og klinisk og teknisk kompetente fødselshjelpere (2018, s. 21).

Edmondson & Lei viser at det er viktig at mennesker føler psykologisk trygghet på jobb, for å vokse i oppgavene, lære, for å delta og utføre arbeidsoppgaver effektivt. Ledere bør arbeide for å oppnå et psykologisk trygt klima på jobb. Dette kan minimere mellommenneskelige risiko og øke samarbeid. Spesielt er dette viktig i møte med usikkerhet, kompleksitet og gjensidig avhengighet (2014).

2.3.4 Autonomi

Autonomi er, ifølge filosofen Kant, å være selvlovgivende og styrt av idealene i sin egen fornuft (Kant, gjengitt i Rossvær, 1977, s. 35) og kan også beskrives som det å ha retten til å bestemme over eget liv (Eide & Skorstad, 2020, s. 112). Autonomi eller selvbestemmelsesrett til pasienter i helsevesenet betyr frihet til å gjøre valg av betydning for eget liv og egen helse (Store Norske leksikon, u.å). Det informerte samtykke er, ifølge Eide og

Skorstad (2020), nært knyttet til Kants autonomiprinsipp. Hensikten med det informerte samtykke er å verne om den enkeltes frihet og selvbestemmelsesrett mot ytre overstyring. Hovedpoenget er at en person skal samtykke i deltagelse eller behandling og for at dette samtykke skal være gyldig må personen ha tilstrekkelig kunnskap til å forstå konsekvensene av samtykke (Eide & Skorstad, 2020, s. 112-114).

National Institute for health and Care Excellence, NICE sine retningslinjer anbefaler at kvinnen må få informasjon om at de selv kan velge hvor de skal føde og hvilke fordeler det er for dem å velge en jordmorstyrt enhet. Kvinner skal få støtte og oppleve respekt for sine valg uansett hva de velger (2017). Fritt sykehusvalg er hjemlet i pasientrettighetsloven §2-4 og gir den enkelte pasient rett til å velge behandlingsted, herunder fødested. Informasjon om valg av fødested og kjennskap til seleksjonskriter for dette valget bør gis til den gravide tidlig i svangerskapet (Helsedirektoratet, 2010; Lovdata, 2021). I den norske mor og barn – undersøkelsen, fant man ut at 72 prosent av de gravide som deltok ønsket i utgangspunktet en normal fødsel (Helsedirektoratet, 2021).

Flere internasjonale retningslinjer har formulert seg skriftlig om fødekvinnerns autonomi når det gjelder ønske om smertestillende i fødsel (NICE, 2017; WHO, 2018, s. 4). WHO har sett på en samling av kvalitative studier over hva som betyr mest for kvinner i svangerskapet. Disse indikerer at mesteparten av kvinner ønsker en normal fødsel med god helse for mor og barn etter fødsel. De fleste fødekvinner vil ha en fysiologisk fødsel. De vil ha en følelse av kontroll i sin personlige prestasjon gjennom involvering i beslutningstaking (WHO, 2018, s. 21-36).

2.3.5 Tilstedeværelse

Ifølge oppdragsdokumentet om kvalitetskravene til fødselsomsorg, anbefales det at jordmor er til stede hos den fødende under den aktive fasen av fødselen, såkalt en-til-en-oppfølging. (Helsedirektoratet, 2017).

Det foreligger i dag god dokumentasjon for at fødende bør følges opp av en person som er til stede på fødestuen i fødselens aktive fase, det vil ha en rekke positive effekter både for kvinner med og uten risiko. Av faglige kvalitetshensyn anbefales det

i denne veilederen at alle fødende skal ha en jordmor hos seg så tidlig som mulig i aktiv fase av fødselen og til fødselen er over. Både syke og friske kvinner skal prioriteres og få den hjelpen og støtten de har behov for i denne delen av fødselen. (Helsedirektoratet, 2010, s. 26)

Forskning på kontinuerlig tilstedeværelse i fødsel har vist at dette gir klinisk meningsfulle fordeler for fødekvinne. Det gir ingen dokumentert skade, øker trygghet hos fødekvinne og fører til flere spontane fødsler, kortere fødsler og redusert behov for smertelindring. Det er også rapportert færre keisersnitt og operative vaginale forløsninger. Det oppfordres til at alle kvinner i fødsel skal få dette. Det er ikke i forskning truffet noe konklusjon på hvilket tidspunkt i fødsel dette bør gjelde fra. Oppdragsdokumentet over kvalitetsindikatorer i Norge har valgt at dette skal gjelde i aktiv fødsel (Helsedirektoratet, 2017; Hodett et al., 2017; Johansen et al., 2017).

Helsedirektoratet oppsummerer funn fra Jordmorforbundets NSFs medlemsundersøkelse at over 90 % av jordmødrene hadde svart at de ikke klarer å gi kvinner en-til-en omsorg i aktiv fødsel (2021d, s.44). I en studie over alle fødeinstitusjoner i Norge besvarte bare halvparten av respondentene på spørsmålet om en-til-en oppfølging. Det var av disse få som oppgav å dokumentere om jordmor faktisk var til stede i aktiv fødsel, selv om nesten alle av de som svarte oppgav at de gav fødekvinne et slikt tilbud. Studien konkluderer med å oppfordre Helseforetakene til å bruke tilstedeværelse under den aktive fasen av fødselen som en kvalitetsindikator for fødselsomsorgen. En forutsetning for dette er å dokumentere om fødekvinne får dette tilbudet (Johansen et al., 2017).

2.4.6 Kommunikasjon

En av WHO sine anbefalinger for en god fødselsomsorg er at det skal være en effektiv kommunikasjon mellom fødselshjelpere og fødekvinne ved bruk av enkle og kulturelt aksepterte metoder (WHO, 2018, s. 3).

I mangel på en tydelig definisjon av hva som er effektiv kommunikasjon, har WHO satt en rekke minimumskrav til fødselshjelperens kommunikasjon. Blant disse er å respektere og

respondere på fødekvinnens behov, ønsker og spørsmål med en positiv holdning. Støtte fødekvinnens følelsesmessige behov med empati og medfølelse, gjennom oppmuntring, bønn, trygghet, og aktiv lytting. Støtte fødekvinnen til å forstå at hun har valgmuligheter og sikre at hun får støtte for sine valg. Sikre at prosedyrer og retningslinjer er forklart for fødekvinnen, og at muntlig og ved mulighet også skriftlig informert samtykke for gjennomføring av ulike prosedyrer innhentes fra kvinnen. Oppmuntre fødekvinnen til å uttrykke sine behov og ønsker og regelmessig oppdatere fødekvinnens ledsager om det som skjer i fødselen og åpne opp for at også de kan få stille spørsmål. Videre hevder WHO at en av hovedressursene til effektiv kommunikasjon er et tilstrekkelig antall dyktige fødselshjelpere med en passende kompetanseblanding som jobber i multidisiplinære team med trente tilretteleggere (WHO, 2018, s. 25-27).

2.4 Ledelse

Ledelse defineres på ulike måter i ledelsesteorien. Yukl definere ledelse slik:

Inkluderer det å øve innflytelse over viktige mål og strategier, over de ansattes commitment og oppgaveutførelse for å nå målene, innflytelse over gruppesamhold og identifisering med og innflytelse over organisasjonskulturen (1989, s. 253, gjengitt i Alvesson, 2002, s. 132).

Denne definisjonen betegnes til å være svært gjennomtenkt og hevder at man må ta hensyn til den sosiale konteksten hvor ledelsesprosessene foregår om man skal forstå hva ledelse er. Ledelse beskrives som en komplisert sosial prosess hvor betydningene og tolkningene av det som blir sagt og gjort er avgjørende. På den måten knyttes ledelse til blant annet organisasjonskultur (Alvesson, 2002, s. 132-133).

Colbjørnsen definerer ledelse som å skape resultater gjennom andre. Lederrollen defineres av de tre dimensjonene: administrasjon, kultur og relasjon som må forstås og utøves i et helhetlig lederskap. Han hevder at arbeidstakere med sterkt personlig og profesjonelt engasjement i jobbene har stor interesse for organisasjonens fremtid og ønsker en tydelig ledelse å forholde seg til. «ledere kan ikke nøye seg med å være lypærer – de må fremstå som ledestjerner». Offentligheten, ansatte og medier er også mer opptatt av at

organisasjonene har definerte verdier og moralsk forsvarlige normer, og at de har en verdibasert ledelse (2004, s. 13-18).

Brunstad skriver at skal man lede, må det være en hensikt, en intensjon i lederskapet. Man må lede mot noe eller til noe. Han skriver videre at verdier kan knyttes til en ønsket fremtid. Når man vet hvor man skal vil man også vite når man er ute av kurs. Når målet er kjent, kan etisk standard og teknisk gjennomføring vurderes også i enkeltbeslutninger underveis. Ved å være bundet til klart formulerte mål og verdier har man fordelen at man blir tydelig og forutsigbar i møte med seg selv og andre. Verdier og mål for fremtiden har en tilbakevirkende kraft på nåtiden om man makte å innlemme verdiene selv under skiftende tider vil man likevel kunne vite hvor man er på vei (2019, s. 72-73).

Selznick betegnet en leder som er ekspert på å fremme og bevare verdier som en institusjonell leder. Han omtaler institusjonalisering av organisasjonen som en prosess der verdier innføres, blir en del av organisasjoner som det er vanskelig å skifte ut. Innføringen av verdier kan gi en følelsesmessig identifisering med organisasjonen. En følelse av personlig tap og motstand kan oppstå i motsatt fall dersom verdiene krenkes (1997, s. 26-33). Aadland skriver at verdibasert ledelse bruker verdier som kraft og energi til motivasjon og handling (2004, s. 143).

Verdier er et viktig tema i ledelse fordi de kan gi svar på våre handlinger. Hva, hvordan og hvorfor vi gjør det vi gjør. Begrepet verdi formidler stort sett at noe er mer betydningsfullt enn noe annet (Aadland & Askeland, 2019, s.26-28, s. 116). Yukl, skriver at forskere ofte finner en definisjon på ledelse ut fra sitt individuelle perspektiv og de aspekter med fenomener som er av mest interesse for dem (1989, s. 252). Utfra problemstillingen i denne oppgaven var det nærliggende å fremme en definisjon på ledelse som også rommer en bevisstgjøring av verdier og begrunnelse av praksis. Verdibevisst ledelse kan defineres slik:

Verdibevisst ledelse kan defineres som aktiv lederinnsats i tre meningsdannende prosesser i organisasjonen.

1. utforming av organisatorisk formål gjennom verdibevisstgjørende prosesser;

2. mobilisering til god organisasjonskultur ved gjentatt oppmerksomhet om ønskelige verdier og praksisuttrykk, og ved systematisk refleksjon over etiske standarder i hittidige og framtidige handlinger;
3. kritisk refleksjon over organisatorisk praksis for å avgrense innslaget av beslutninger og handlinger som uttrykker ikke-ønskede verdier (Aadland og Askeland, 2019, s. 16).

Som en oppskrift i verdibasert ledelse er det å søke nye og ulike organisatoriske tiltak som kan bevisstgjøre egen verdipraksis. På den måten kan man også forbedre realiseringen av ønskede verdier i organisasjonens virksomhet. I verdibevist ledelse legger man vekt på to ulike typer bruk av verdibegrepet relatert til praksis. Verdier-for-praksis og verdier-i-praksis som har to forskjellige perspektiver. Realisering av verdibevist ledelse avhenger av en kombinasjon av disse to forskjellige tilnærmingene til praksis (Aadland & Askeland, 2019, s. 113 -114).

Verdier-for-praksis viser til en forståelse av verdistyring av verdier som er satt før handling. Verdiene skal da fungere som en konkretisering av idealer for hverdagspraksis. De brukes da som en mer åpen og mer generell målstyring. Verdiene skal føre til at god praksis utføres i en rasjonell årsakssammenheng der bestemte verdier skal føre til bestemte handlingsmønstre. Om respekt er vår verdi-for-praksis skal dette føre til at vi for eksempel behandler alle mennesker på en velmenende og fornuftig måte. Denne formen for verdistyring følges opp med evalueringer av praksis ut fra verdiens idealer.

Verdier-i-praksis viser til en forståelse av verdistyring som er satt som følge av en praksishandling. Meningsinnholdet i den spesifikke hendelsen kommer frem som en refleksjon en gruppe organisasjonsmedlemmer. Praksisen blir bevisstgjort gjennom utprøving av ulike verdikarakteristikker. En nøkkeloperasjon i verdibevist ledelse er bevisstgjøring av verdier-i-praksis. Å reflektere over verdier-i-praksis kan føre til gunstige korrigeringer og selverkjennelse (Askeland & Aadland, 2019, s. 42- 46).

Verdibevist ledelse vektlegger hvilke verdier i praksis som det er ønskelig å navigere etter. Verdiforankringen hos ledere påvirkes både personlige verdier, profesjonsbaserte verdier, organisasjonens verdier og samfunnets verdier. En viktig del av verdibasert ledelse er å legge til rette for mer verdibevisthet for ansattgruppen (Vråle, 2019, s.305-306).

2.5 Ledelse av profesjoner

Studien er ut fra problemstillingen naturlig knyttet til jordmorfag. Ledere ved norske fødeenheter er jordmødre. Ansatte på fødeenhetene er også i hovedsak jordmødre. Det er derfor naturlig å ha med definisjonen på hva en jordmor er for å øke forståelsen av innholdet i denne studien. Definisjonen er utarbeidet av ICM, International Confederation of Midwives som er jordmødrenes internasjonale faglige sammenslutning.

A midwife is a person who has successfully completed a midwifery education programme that is based on the ICM Essential Competencies for Basic Midwifery Practice and the framework of the ICM Global Standards for Midwifery Education and is recognized in the country where it is located; who has acquired the requisite qualifications to be registered and/or legally licensed to practice midwifery and use the title 'midwife'; and who demonstrates competency in the practice of midwifery (ICM, 2017).

I fødsel er det blant annet jordmors ansvar som profesjonell fagutøver å samarbeide med kvinnen for å gi henne den nødvendige støtte, omsorg og rådgiving. Jordmors omsorg i fødsel omfatter spesielt det å fremme normal fødsel (ICM, 2017).

Jordmor er et profesjonsyrke. Profesjonaliserte yrker kjennetegnes av klare standarder for hva som er god yrkesutøvelse. Det er en tett kopling mellom en bestemt utdanning og adgang til yrket. Det er egne profesjonsorganisasjoner som får medlemmene til å leve opp til den yrkesfaglige og etiske standarden som er satt for profesjonen. Profesjonalisering innebærer at vitenskap, utdanning, interesseorganisasjoner og offentlige myndigheter samarbeider om kvalitetssikring av yrkesutøvelsen (Colbjørnsen, 2004, s.19).

Profesjonsarbeidere har også en yrkesautonomi som gir dem en viktig rolle og identitet på arbeidsplassen sin. En kvalitativ studie fra et universitetssykehus i Sverige viste at disse jordmødre synes deres autonomi i jordmorfaget var blitt mindre. Studien utforsket hvordan erfarne jordmødre forstår og opplever sin yrkesrolle og identitet de siste 20-25 årene. Funnene viste at jordmødrene opplevde at deres profesjonelle rolle i fødselsomsorgen var redusert til fordel for andre profesjoner. Jordmødrene uttrykte en sterk profesjonell identitet ut fra selvtillit og lang erfaring. De opplevde også at deres håndverkskunnskaper og kliniske erfaringer ble mindre verdsatt på grunn av økt medisinsk teknologi og

organisatoriske endringer. Dette bidro til en opplevelse av tapt autonomi. Jordmødrene hadde en generell opplevelse av at deres rolle var mer begrenset, at deres autoritet var truet og dette påvirket deres profesjonelle identitet. Jordmødrene opplevde ikke alltid støtte for dette hos hverken arbeidsgiver eller egen fagforening (Larsson et al., 2009, s. 373- 380).

Helseforetak regnes for å være en ekspertorganisasjon i teorien. Disse organisasjonene karakteriseres gjerne ved at:

- De har et lavt hieraki.
 - De er arenaer for fagspesialister og fagautonomi.
 - De behandler komplekse problemer og er orientert mot løsninger for eksterne parter.
 - Medlemmene har stor autonomi i sin yrkesutøvelse
- (Strand,2007, s. 140-141).

Strand skriver videre at rollen som leder er nært knyttet til rollen som fagkyndig i ekspertorganisasjoner. Lederne er nært knyttet til arbeidsprosessene og vurderes etter de faglige resultatene de oppnår, i tillegg til statusen de har som profesjon. De er bærere av en standard for hva som er gode løsninger og god atferd. Lederne vil prøve å påvirke prestasjoner og måloppnåelse i organisasjonene. Ansatte som skal ledes kjennetegnes med at de er profesjonsarbeidere. De har en offentlig godkjenning, en beskyttet tittel og forpliktelser overfor det offentlige. De har lang og spesifikk utdanning fra universitet eller høyskole. Praktiske ferdigheter har de tilegnet seg fra erfarne kollegaer. De har gjerne medlemskap i en yrkesorganisasjon eller fagforening som overvåker yrkesutøvelsen gjennom faglige og etiske retningslinjer, og som monopoliserer adgang til yrket. De har ansvar for brukere eller oppgaver som kun kan ivaretas av profesjonelle yrkesutøvere. De er forpliktet på etiske normer og har sterk lojalitet til arbeidet og profesjonen (2007, s. 271).

Strand beskriver den viktigste styringsmekanismen som kommunikasjon på grunnlag av den felles treningen ekspertene har i sitt fag. Lederen ses på som den første blant likemenn. Han hevder også at profesjonelle trenger lite instruksjoner om mål og oppgaver fra ledelsen. De er selvgående med hensyn til mål og midler gjennom egen profesjon. Kunnskap om hva som er riktig eier den profesjonelle selv i de faglige tjenestene. Den faglige lederen har begrenset omfang til å påvirke kollegaers arbeid. De mulighetene som finnes ligger, ifølge Strand, blant

annet gjennom det å beskytte faglig frihet under tydelige normer, tilrettelegge for samarbeid, opprettholde faglige standarder, gi frontlinjepersonell sosioemosjonell støtte, kanalisering av brukerkrav og regulere forholdet til oppdragsgiverne. Å administrere den friheten profesjonsmedarbeidere trenger for å fungere godt kan være en viktig rolle for ledere i ekspertorganisasjoner. God ledelse innebærer blant annet å la fagfolkene gjøre det de er gode til. Hovedoppgaven som leder er å legge til rette for at profesjonens egne drivkrefter kan utløses og ta en retning som både profesjonene, brukerne og oppdragsgiverne er tjent med (2007, s. 272-273).

Profesjonsarbeidere tilegner seg både kunnskap, verdier, holdninger og sosiale identifikasjoner gjennom formell utdanning. Disse kulturelementene er internalisert gjennom utdanning og vanskelige for organisasjoner å fjerne effekten av. Selv etter lang praksis vil profesjonsarbeidere være tilbøyelige til å følge profesjonelle verdier og normer der det faller naturlig i arbeidsoppgaver (Jacobsen & Thorvik, s. 147).

Forskning på ledelse av profesjonsarbeidere viser at lederne har en dobbeltrolle som gir dem to ulike identiteter og roller å jobbe parallelt med. Noe forskning viser at identiteten som profesjonsarbeider opprettholdes sterkt på lik linje med lederidentitet. Lederne balanserer da de konkurrerende logikker i et organisasjonsfelt ved å danne samarbeid med profesjonsarbeidere som opprettholder uavhengighet som profesjon, men som også støtter oppnåelsen av felles mål (Reay & Hinings, 2009, s. 645-646). Annen forskning på hybride ledere, ledere som også har en profesjonsbakgrunn viste forskjell i vektning av rollene. I sykehus er ledere forankret i hierarki, multiprofesjonelle funksjoner og totalansvar. De er forankret i profesjonalitet gjennom fagkunnskap og verdier. Denne forskningen viste at ledere i sykehus prioriterte lederrollen. Ledere kan ikke unngå å utføre kjerneoppgaver som ledere til tross for at de identifiserer seg som profesjonelle (Sirris, 2019, s. 10-11).

2.6 Organisasjonskultur

Organisasjonskultur kan defineres slik:

Et mønster av grunnleggende antagelser- skapt, oppdaget eller utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og

intern integrasjon – som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant, og som derfor læres bort til nye medlemmer som den riktige måten å oppfatte på, tenke på og føle på i forhold til disse problemene (Schein, 2010, s. 7).

Organisasjonskultur regnes for å være et av de uformelle trekkene som påvirker ledelse (Jacobsen & Thorvik, 2019, s. 23). Ved å ha et kulturelt perspektiv på organisasjoner settes fokus på hvordan mennesker kan utvikle et felles mønster av meninger og holdninger som preger hvordan de handler. Dette kan vise oss hvordan organisasjonen egentlig fungerer (Jacobsen og Thorvik, 2019, s. 120). Grupper med felles profesjon har en tilbøyelighet til å søke sammen på arbeidsplassen. Holdninger og verdier deles og opprettholdes i sosialt samvær og med avgrenset i stabile enheter med felles erfaringsbakgrunn kan en gruppe danne sin egen kultur (Jacobsen & Thorvik, s. 147). Alvesson hevder at forskere i dag legger vekt på forekomsten av ulike gruppekulturer i organisasjonene. Dette er i motsetning til tidligere forskning som hadde en tanke om en felles bedriftskultur på organisasjonsnivå, med en antagelse om at ledelsen kunne forme denne. Gruppekulturer kalles også subkulturer og eksisterer side om side i en større organisasjonskultur der visse overgripende forestillinger og verdier deles, men ikke alle (2002, s. 220-221).

2.6.1 Nivåer av organisasjonskultur

Kultur kan, ifølge Schein, analyseres på tre ulike nivåer. Det øverste nivået er de uttrykkene av kulturen som kan vi kan se, høre eller ta på, eller sanses. De kaller han artefakter og de formidler informasjon om hva som kjennetegner de underliggende kulturelementene. Artefaktene kan være rent fysiske, som gjenstander, arkitektur eller innredning. De kan også være sansbare, tilknyttet språk, hvordan folk snakker, tekster og atferd. Artefakter, som finnes i organisasjoner, kan deles i tre hovedgrupper. Første gruppe er hva menneskene i organisasjonen sier. For å få frem en mening kan man gjennom språket formidle disse via symbolske fortellinger. Språket vårt inneholder for eksempel en rekke symboler som gir mening til den enkelte. Den andre hovedgruppen av artefakter er menneskene i organisasjonens atferd, eller hva de gjør. En leder som bidrar til praktiske gjøremål i avdelingen på lik linje med de ansatte viser med sin atferd at det er liten avstand mellom ansatte og leder. Grunnleggende antagelser, verdier og normer kan symboliseres gjennom

atferd. Den tredje hovedgruppen av artefakter er gjenstander og fysiske uttrykk. Arkitektur, innredning og bruk av arbeidstøy er artefakter som er lette å observere. Symboler er artefakter som individer tillegger mening. Symbolers særegenhet er at de formidler sammensatt informasjon og må tolkes innenfor den rammen de er produsert i om de skal forstås. I organisasjoner har symboler fire sentrale funksjoner. Refleksjon av organisasjonskultur, synliggjør verdier og normer, letter den enkeltes mulighet til å dele erfaringer i arbeid med kollegaer og gjør det klarere for folk hva de mener om organisasjonene. Artefaktene er ofte enkle å observere, men ikke å forstå. De må tolkes, og forstås dermed forskjellig fra individ til individ. I tillegg til en symbolsk side har også artefakter en instrumentell side. De kan i varierende grad være rettet mot å løse en oppgave. Instrumentelt kan artefakter være uttrykk for at den ansatte har gjort en jobb som tjener organisasjonen. Symbolsk kan artefakter samtidig symbolisere hvilke verdier organisasjonen ønsker skal etterleves. Ledelsen i en organisasjon bør være kjent med artefaktens tosidighet. Den symbolske effekten av artefakter er lett å miste om man bare ser de instrumentelle sidene av det som blir sagt og gjort. Den symbolske siden ved artefaktene formidler mening om hva som betyr noe og hvordan dette skal tolkes. Symbolske aspekter er ofte viktigere for de ansatte i situasjoner preget av usikkerhet rundt organisasjonen (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 130-132; Schein, 2010, s.12-13).

Det midterste nivået av organisasjonskulturen skriver Schein at består av verdier og normer. Grovt forklart vil det si hva medlemmene i organisasjonen mener er godt og hva som er dårlig og hvordan ting bør være. Verdiene speiler ofte de grunnleggende antagelsene man har. Verdier forteller oss også, at det er tatt et bevisst valg om at noe er bra og noe annet er dårlig, hva man verdsetter og hva man ønsker å fremme. Normer kan beskrives som regler for hva som er passende atferd i ulike situasjoner. Normer kan være formalisert i regelverk, rutiner og formelle etiske retningslinjer som er kjent for alle ansatte i organisasjonen. Uformelle normer som ansatte føler de må følge finnes også i alle organisasjoner (Jacobsen og Thorsvik, 2019; s. 128, Schein 2010, s. 12-15).

Grunnleggende antagelser finner vi på det dypeste nivået i organisasjonskulturen, ifølge Schein. Beskrivelsen av disse kan være oppfatninger, eller meninger som gjennom felles fortolkning i sosiale grupper oppfattes som sannheter. Her ligger medlemmenes antagelser om hvordan ting henger sammen og hvordan verden er. Dette er ofte forhold vi tar som gitt

og som den enkelte selv ikke er bevisst. Medlemmene i en gruppe vil ha vanskeligheter med å tenke seg at atferd bygger på andre premisser dersom en antagelse er sterk nok. Schein har beskrevet syv ulike dimensjoner i antagelsene. Disse kan oppsummeres med disse spørsmålene: Oppfattes organisasjonen til å være ledende i, eller under press fra omgivelsene? Hvilket menneskesyn dominerer? Ser man på mennesket som aktivt påvirkende eller passivt søkende etter tilpasning? Er sannhetene noe som kommer frem gjennom forskning og erfaring eller noe man bare er felles enige om? Er organisasjonens tidsperspektiv fornuftig relatert til dens aktiviteter? Er synet på menneskers natur som gode, onde eller påvirket av situasjoner og omgivelser? Hvilket syn har man på menneskelige relasjoner, om og hvordan den «riktige» måten følelser kan uttrykkes og makt fordeles på? Den siste av disse syv dimensjonene handler om i hvilken grad uenighet kan tolereres (Jacobsen og Thorvik, 2019; s. 126, Schein, 2010, s. 12-18).

2.7 Kunnskap i praksis og kunnskapsbasert praksis

Praksis kan ses på ulike måter, og noe av det som er essensielt med praksis er forståelsen av forholdet mellom handling og mål som definerer praksisen (Thomassen, 2018, s. 23). Kunnskapsbasert praksis kan defineres til det å gjøre faglige valg ved å innlemme det vi vet med det brukeren ønsker. I motsetning til å praktisere ut fra det vi mener og det vi ønsker, som er det tradisjonelle og velbrukte alternativet (Bjørndal, 2009, s. 125). «Kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukernes ønsker og behov i en gitt situasjon». Formålet med kunnskapsbasert praksis er å bevisstgjøre hvor kunnskapen kommer fra og styrke beslutningsgrunnlaget for faglige avgjørelser. Prosedyrer som ikke er kunnskapsbaserte kan i verst fall føre til feil behandling. Det er derfor viktig at helsepersonell kan metoder for å skaffe seg oppdatert kunnskap og kritisk vurdere denne (Helsebiblioteket, 2022).



Modellen viser de ulike elementene i kunnskapsbasert praksis.

(www.kunnskapsbasertpraksis.no)

Bjørndal skriver at det nytter lite om fagpersonen er både faglig dyktig og god på å lage gode relasjoner, dersom systemet fagpersonen jobber i ikke er tilrettelagt for å gjøre en god jobb. Systemets kontrakt med samfunnet og brukeren er at fagkunnskapen skal bygge på den beste kunnskapen som finnes for å løse problemet. (2009, s. 128-129).

Arbeidet for å fremme mer kunnskapsbaserte tjenester innebærer en forflytning av makt fra profesjonene og ut til brukerne. Brukerne vil ha samme tilgang til samme kunnskap som fagutøveren. Dette vil bidra til at relevant og god forskning vil hjelpe velinformerte brukere til å ta informerte valg og beslutninger for seg selv. Dette forutsetter blant annet at det finnes god forskning på det aktuelle problemet, og at fagutøvere må trenes i å få frem og introdusere brukernes egne preferanser som en del av beslutningsgrunnlaget (Bjørndal, 2009, s. 143).

I evidensbasert praksis er hovedhensikten å sørge for at beslutninger om pasienter i større grad har utgangspunkt i empirisk dokumentasjon av behandlingseffekt. Det er mange utfordringer når slik forskning oversettes til praksis. Eksempler på dette er: å tro at det finnes en endelig løsning, mangel på kunnskap om ulike forskningsmetoders begrensninger og mangel på forståelse av grunnlagsproblemer som utgjør ulike fenomen. Dette gjør at den såkalte medisinske metodiske «gullstandard» ikke kan oppnås. Et ensidig fokus på å dokumentere hva som virker gjør at en glemmer å problematisere hvorfor det virker og i forhold til hva (Ekeland, 2009, s. 146-148).

2.8 Retningslinjer

Det finnes ingen nasjonale retningslinjer eller veiledere for normale fødsler i Norge. Norsk veileder i fødselshjelp inneholder ingen veiledning i normal fødsel, men omhandler utelukkende patologiske forhold i fødsel (Norsk gynekologisk forening, 2020). I normale fødsler er det derfor vanskelig å bruke den som veileder. Den kan kun brukes som en referanse til når fødselen blir patologisk. De fleste helseforetak i Norge har laget sine egne retningslinjer for fødselsomsorg som inneholder kriterier til selektering av normale fødsler (Johansen et al., 2017). Faglitteratur for jordmorutdanning i Norge inneholder definisjon på normal fødsel og veiledning i hvordan normal fødsel fremmes (Blix, 2020, s, 424- 431).

WHO sammen med blant annet ICM, har samarbeidet om å utvikle globale retningslinjer for håndtering av normale fødsler. Disse retningslinjene ligger til grunn for hvordan normale fødsler skal håndteres også i Norge (Brunstad & Tegnander, 2020, s. 26, WHO, 2018).

National Institute for health and Care Excellences, NICE guidelines, er Storbritannias nasjonale veileder i fødselshjelp. Veilederen brukes som kilde til retningslinjer utarbeidet lokalt ved den enkelte fødeinstitusjon, også i norsk fødselsomsorg (Helsebiblioteket u.a.).

2.9 Faglig og praktisk skjønn

Handlingsvalg gjelder enkelttilfeller og krever vurderinger, overveielser og praktisk skjønn. Det krever en evne til å bedømme og vurdere hvordan allmenne retningslinjer og kunnskap kan brukes. Men også hvordan de kan tilpasses det spesielle i hver situasjon for kunne handle på best mulig måte i konkrete enkelttilfeller. Oppøvelsen av praktisk skjønn som vurderingsevne forutsetter en omfattende erfaring (Thomassen 2018, s. 25-26).

Personers evne til å anvende skjønn har betydning for vellykket behandling. Jordmorarbeid, som legearbeid, kan betegnes som å utøve fagteknisk kyndighet sammen med omsorg og medmenneskelighet (Nordtvedt & Grimen, 2009, s. 23). Skjønnen skal kunne vurdere hver situasjons unike moralske karakteristikk. Partikularismen underkjenner ikke allmenngyldige verdier. Det kliniske skjønnet knyttes til verdivalg ut fra hver enkelt situasjon. Ulike fags verdier, eller pasientens ønsker kan komme i konflikt med hverandre. I praksis dreier det seg ikke bare om bruk av kunnskap, men også om klinisk skjønn. Siden det ikke kan finnes kun én

riktig praksis for enhver situasjon må helsefaglig praksis alltid være basert på skjønn og sensibilitet (Nordtvedt & Grimen, 2009, s. 164-167).

Faglig skjønn er en del av den erfaringsbaserte kunnskapen som sammen med forskningsbasert kunnskap og brukernes kunnskap og medvirkning skal være med å føre til den beste kunnskapsbaserte praksis i den enkelte situasjon (Helsebiblioteket, 2022). Det tar tid å utvikle et faglig skjønn. Det faglige skjønn kommer med erfaring. Som nyutdannet er praksis ofte svært bundet til lærebøker og retningslinjer. Å følge regler begrenser muligheten til å gjøre en dyktig innsats da regler ikke forteller hvilket handlingsvalg som i enhver situasjon vil være det beste. Med lang erfaring vil behovet for retningslinjer mer eller mindre forsvinne, fordi forståelsen av situasjonen omsettes automatisk til en meningsfull handling. Erfaringen gjør at den ansatte handler intuitivt ut fra tidligere lignende situasjoner og ser for seg de beste løsningene i praksis uten å trenge å sjekke retningslinjer (Brenner, 1995, s. 35-44).

Jordmødrene som arbeider med fødsler i spesialisthelsetjenesten må beherske tekniske hjelpemidler, samtidig må man reflektere over hvordan teknologi og en prosedyrepreget praksis påvirker utvikling av kliniske skjønn (Brunstad, 2010, s. 38).

2.10 Etikk i Norsk fødselsomsorg

Gjennom yrkesutøvelse vil en jordmor og de avgjørelser hun tar gripe inn i menneskers liv på en avgjørende måte i en sårbar situasjon. Thomassen hevder at å være i en slik situasjon innebærer at i det handlingsrommet som er gitt til den handlende praksis vil det alltid eksistere en grunnleggende dimensjon av etikk (2018, s. 25).

ICM har utarbeidet de etiske retningslinjene for jordmødre og disse inneholder, ifølge ICM:

The code addresses the midwife's ethical mandates in keeping with the Mission, the International definition of the Midwife, and standards of ICM to promote the health and wellbeing of women and newborns within their families and communities. Such care may encompass the reproductive life cycle of the woman from the pre-pregnancy stage right through to the menopause and to the end of life. These mandates include how midwives relate to others; how they practise midwifery; how

they uphold professional responsibilities and duties; and how they are to work to assure the integrity of the profession of midwifery. (ICM, 2014c)

2.11 Ressurser og økonomi i Norsk fødselsomsorg

I en nasjonal undersøkelse svarte fødeinstitusjonene at kvinneklinikker og fødeavdelinger hadde besatt 77,8 % av jordmorstillingene og at de i stor grad de var avhengig av å bruke jordmorvikarer. Ti kvinneklinikker (58,8 %) rapporterte at de i stor eller middels grad hadde behov for å benytte jordmorvikarer (Johansen et al., 2017). Mangel på jordmødre i Norge er et reelt problem (Helsedirektoratet, 2021).

I Norge finansieres den spesialiserte fødselsomsorgen i hovedsak via basisbevilgning og innsatsstyrt finansiering, ISF til de regionale helseforetakene. Halvparten av kostnadene til pasientbehandling i et regionalt helseforetak skal dekkes av ISF-inntektene. ISF-utbetalingen avhenger av hvor mange og hva slags pasienter som får behandling. De regionale helseforetakene har et sørge-for-ansvar som blant annet betyr at alle innbyggerne i egen region skal tilbys likeverdige helsetjenester av god kvalitet. Det betyr også at helseforetakene skal utnytte ressursene sine best mulig. ISF-finansiering har som viktigste formål å understøtte dette. Diagnosegruppene (DRG) er basert på registrerte tilstandskoder, prosedyrekoder og omsorgsnivå. Opphold i spesialisthelsetjenesten klassifisert etter DRG skal ligne hverandre medisinsk og bruke tilnærmet like mye ressurser. Den aktuelle pasientbehandlingen skal reflektere de nasjonale gjennomsnittskostnadene i hver DRG. Gjennomsnittskostnadene beregnes med utgangspunkt i helseforetakenes egne regnskapstall. ISF-ordningen er et gjennomsnittsbasert og grovmasket system utformet for finansiering på regionalt helseforetaksnivå. Basisbevilgningen er ikke øremerket pasientgrupper, helseforetak eller fagområder, men pasientens bostedsregion. Ordningen er ikke ment som system for å styre prioriteringer i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2020).

2.13 Kritikk av teori

Det er gjort lite forskning på overordnet nivå med fokus på verdier og ledelse i fødeinstitusjoner. Dette gjør at teori og forskning på andre fagområder er brukt for å belyse dette. Det kan også se ut til at det er behov for en nasjonal veileder i Norsk fødselsomsorg skrevet av jordmødre basert på internasjonale retningslinjer og anbefalinger. Dette kunne vært med å bidra til et mer balansert syn på fødsel i Norge og gitt et større fokus på verdiene i fødselsomsorg.

3.0 Metodekapittelet

I dette kapittelet vil metoden brukt i denne studien og fremgangsmåten i arbeidet bli presentert og begrunnet.

Studieenheten er fire ulike sykehus i Norge. Utvalg av informanter vil bli presentert i eget avsnitt. Problemstillingen i studien er: Hvordan reflekterer ledere i norske fødeinstitusjoner over muligheten til å fremme normal fødsel som verdi i sykehus?

Ut fra denne problemstillingen ble semistrukturerte individuelle dybdeintervju valgt som metode for innsamling av data. Beskrivelse av epistemologi, valg av metode og informanter, intervjuguide, praktisk gjennomføring av intervju og transkribering vil presentert.

Fremgangsmetode for analysearbeidet og systematisk koding av datamaterialet er beskrevet. Kapittelet avsluttes med metoderefleksjoner knyttet til metodevalg, egen forforståelse, reliabilitet og validitet.

3.1 Epidemiologisk forankring

Epistemologi er filosofien om hva kunnskap er og hvordan den oppnås (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 68). Kvalitative metoder inneholder alle filosofiske elementer av teksttolkning, bevegelse mellom del og helhet og forståelse av menneskelige erfaringer ut fra deres livsbetingelser og subjektiviteter (Malterud, 2021, s. 29).

Kvale og Brinkmann (2019) skriver at fenomenologi som begrep i kvalitativ forskning peker på en interesse for å forstå sosiale fenomener. Ut fra den forståelse at den virkelige verden er den mennesker oppfatter, vil de gitte sosiale fenomener da studeres ut fra aktørens egne perspektiver og beskrive virkeligheten slik informantene opplever den i kvalitativ forskning (s. 45). Hermeneutikk som forståelseslære og fortolkningslære forutsetter også, ifølge Gadamer, at det eksisterer fordommer og førforståelse. Ikke uten fordommer kommer man inn i den hermeneutiske sirkelen som fører til ny forståelse (gjengitt i Krog, 2019, s. 52-53).

Siden det er lederes oppfatninger jeg ønsket å forske på, er det deres ord som blir data i min forskning. Det er deres subjektive opplevelse relatert til tema jeg ønsket å studere.

Kunnskapen jeg søkte er knyttet til informantene, hovedsakelig i en hermeneutisk vinkling av

virkeligheten. Utforming av tema, problemstilling, intervju spørsmål, transkribering og rapportering av data vil ut fra dette synet være påvirket av mine fordommer og forforståelse på dette temaet.

3.2 Valg av metode

Metode er enkelt sagt den fremgangsmåten vi velger å innhente og etterprøve kunnskap om virkeligheten (Thomassen, 2018, s. 63). Problemstillingen, det spørsmålet man ønsker å finne svar på skal bestemme, og gi retning til hvilken forskningsmetode som er best å bruke i studien (Johannesen, et al., 2019, s. 54; Thagaard, 2019, s. 46).

En kvantitativ undersøkelse med for eksempel et spørreskjema, kunne gitt svar på i hvilken grad ledere reflekterer over tema. Dette ville ikke gitt informantene samme frihet til å uttrykke seg som et intervju tillater (Johannesen et al., 2019, s. 143). Dybden i refleksjonene ville i denne metoden gå tapt og ville ikke kunne gi så utdypende svar på problemstillingen.

Observasjon er en kvalitativstudie av hva mennesker gjør, mens intervjuer er en studie av hva mennesker sier at de tenker og gjør (Johannessen, et al., 2019, s. 127). Observasjon av norske ledere hadde også vært en interessant metode som hadde kunnet gitt svar på hvordan ledere tilrettelegger for normal fødsel som verdi, men heller ikke dette hadde gitt utdypende svar på problemstillingen i denne studien.

Intervjusamtaler kan bidra til at vi utvikler en forståelse av hvordan personer opplever og reflektere over sin situasjon (Thagaard, 2019, s. 11).

Problemstillingen min er: Hvordan reflekterer ledere ved norske fødeenheter over muligheten til å fremme den normale fødsel som verdi i sykehus?

Det var lederes refleksjoner over fenomenet normal fødsel som verdi i norske fødeenheter jeg var interessert i. Disse refleksjonene kunne jeg best få innsikt i, gjennom å samtale med lederne i dybdeintervjuer. Problemstillingen var bestemmende for valg av et semistrukturert kvalitativt intervju som metode i denne studien.

3.3 Valg av informanter

Strategisk utvalg er et av de sentrale prinsippene i kvalitativ forskning. Det er dette vi vil forsøke å etablere slik at potensiale for å belyse problemstillingen er best mulig i kvalitative metoder. Det er et ønske å komme nær innpå personer i den målgruppen vi er interessert i å vite noe om (Johannesen, et.al. s, 11; Malterud, 2018, s. 42).

Jeg har i denne studien valgt å intervju fire ledere ved norske fødeenheter.

Problemstillingen begrenset det strategiske utvalget for prosjektet. Norske jordmorledere sine refleksjoner over normal fødsel som verdi i sykehus er direkte knyttet til problemstillingen som strategisk utvalg. Utvalget er også et tilgjengelighetsutvalg da det var informantene selv som valgte å delta i studien. At informantene har vært interessert i tema og valgt å delta er en styrke i utvalget. Det kan også være en ulempe at de som har valgt å delta er de som er mest opptatt av tema. Muligheten er til stede for at det er nettopp de som har noe spesielt de ønsker å formidle som velger å delta. Refleksjonene til informantene er likevel viktigere enn representativitet og generalisering i denne studien.

Mellomledere ved Norske fødeavdelinger er jordmødre og de fleste har nok i tillegg noe lederutdannelse. Posisjonen de har er en klassisk mellomlederstilling der de har ansvar for personal, fag, økonomi og drift. Det var denne mellomlederen med sin profesjonsbakgrunn som jordmor som var interessant for meg som utvalg i denne studien. Med bakgrunn som jordmor bærer de med seg profesjonens verdier inn i lederrollen. Tidligere profesjonserfaring med normale fødsler i praksis, i kombinasjon med lederrolle, gir et annet handlingsrom og nye refleksjoner relatert til tema. Informantene gav data ut fra den tiden de har vært ledere, men trakk også naturlige paralleller til erfaringer fra stillinger de har hatt som praktiserende jordmødre.

Jeg har videre i denne studien valgt å referere til disse lederne, som jordmorledere. Dette fordi jeg gjennom analysearbeidet oppdaget hvor sterke profesjonsverdier disse lederne bærer med seg inn i lederrollen. I arbeidslivet har de ulike titler, som for eksempel avdelingsjordmor, avdelingsleder og seksjonsleder.

3.3.1 Fremgangsmåte i valg av informanter

Det kan være hensiktsmessig innenfor den strategiske settingen å rette en formell henvendelse om rekruttering. For å finne frem til personer som kan presentere prosjektet for mulige deltakere kan det være viktig å etablere en formell kontakt. Man må være klar over at formell henvendelse ikke alltid fører frem (Thagaard, 2019, s. 56).

Informert om denne risikoen valgte jeg likevel å gjøre utvelgelse av informanter til prosjektet formell. Problemstillingen fordrer at informantene deltar i studien ut fra et ansattforhold i norske fødeenheter. Utvelgelse av informanter til denne studien ble derfor gjort ved å kontakte norske helseforetak med en invitasjon til deltagelse i studien via helseforetakenes postmottak på e-post. Helseforetakene behandlet forespørselene etter deres egne kriterier for hvor avgjørelsen om å deltagelse i studien skulle ligge. Jeg sendte ut invitasjon rettet til helseforetaket, forskningsavdelingene, personvernombud, klinikksjefer og jordmorledere. Prosjektplan, godkjenning fra NSD og informasjonsbrev til informanter lå som vedlegg. Jeg fikk bekreftelse fra de fleste helseforetakene om at e-post var mottatt og sendt videre til rette vedkommende for avgjørelse om deltagelse. Jeg ble kontaktet av flere helseforetak med ønske om utfylling av eget søknadskjema for forskningsprosjekter. Disse ble utfylt, ettersendt og bekreftet mottatt riktig utfylt.

Rekrutteringsprosessen viste seg raskt å være vanskeligere enn jeg hadde sett for meg, da jeg kun oppnådde to informanter ved første invitasjon. Utsending av invitasjoner til helseforetak ble gjort til tretten ulike foretak etter fra høyeste fødselstall. Jeg valgte å ringe noen få jordmorledere ved ulike helseforetak for å høre om de hadde mottatt skriftlig invitasjon til deltagelse i prosjektet. Av de jeg snakket med hadde noen fått invitasjon, noen ventet på vurdering fra forskningsavdelingen og enkelte hadde ikke fått invitasjonen. Perioden jeg sendte ut invitasjoner og jobbet med rekruttering var fra og med 18. oktober 2021 til og med 6. januar 2022.

Jeg oppnådde å motta skriftlig samtykke fra fire jordmorledere, fra fire ulike helseforetak. Informantene representerer fire forskjellige helseforetak med geografisk stor spredning, ulik størrelse og ulik organisering av sine fødeenheter. Informantene var tydelig engasjerte i tema for prosjektet og intervjuene gav rikelig med data til å svare ut problemstilling og

forsknings spørsmål. Om jeg hadde lykkes i å skaffe noen ekstra informanter til kunne dette gitt et enda rikere datagrunnlag.

3.3.2 Kritikk av utvalg og fremgangsmåte i utvelgelsesprosessen

Utvalget er mindre enn det som ville vært ideelt for mitt prosjekt, men engasjerte informanter har likevel gjort det mulig å gi svar på problemstilling og forsknings spørsmål.

I min egen evaluering av rekrutteringsprosessen har jeg kommet frem til at fagjordmødre ved fødeinstitusjonene også burde stått som mottaker av e-posten. Jeg burde kanskje også ha kontaktet fagjordmødrene ved fødeinstitusjonene for å forsikre meg om at invitasjon til studien var mottatt og vurdert i helseforetaket og presentert for mulige informanter. For å unngå å legge press på mulige deltakere valgte jeg å ikke ringe til alle ledere ved utvalgte helseforetak. Jeg er blitt kritisk til helseforetakenes fremgangsmåte i vurdering av forskningsstudier. Er det slik at en mellomleder, eller en annen ansatt i et norsk helseforetak ikke får bestemme selv om de ønsker å delta i forskning? Som ny forsker var jeg i utgangspunktet så naiv at jeg tok det som en selvfølge at min epost-invitasjon automatisk ville nå mulige informanter.

Årsaken til at så mange av inviterte deltakere ikke valgte å takke ja til deltagelse er ukjent for meg. Unntak er de helseforetak som gav meg tilbakemelding på at invitasjonen var stoppet i forskningsavdelingen eller på klinikkjefnivå fordi krav til forskning i deres helseforetak ikke var innfridd, eller at de ikke ønsket å delta i studien. Jeg har reflektert over mulige årsaker til at de jordmorledere som faktisk mottok invitasjonen, ikke valgte å delta i min studie. Liten interesse for forskning eller tema, uenigheter i innhold i prosjektskissen eller informasjonsbrevet, bortprioritering av deltagelse til fordel for andre arbeidsoppgaver relatert til pågående pandemi, mangel på kapasitet eller for mange forespørsler om deltagelse i studier, er mulige årsaker jeg har tenkt gjennom. Dette er årsaker jeg som forsker ikke har kontroll over og som utgjør en mulig risiko i rekrutteringsfasen for de fleste forskningsstudier.

3.4 Det kvalitative intervju

Når vi ønsker detaljert og fylldige beskrivelser av for eksempel informantens forståelse, refleksjoner, holdninger og meninger om et fenomen bruker vi en-til-en intervjuer (Johannesen et al., 2019, s. 144). Økt forståelse av hvordan personer opplever og reflekterer over sin situasjon kan økes gjennom intervjusamtaler (Thagaard, 2019, s. 11).

Kvale og Brinkmann beskriver syv ulike hovedtrekk ved intervjubasert kunnskap som beskriver litt ulik epistemologisk forankring. Kunnskap er produsert, relasjonell, samtalebasert, kontekstuell, språklig, narrativ og pragmatisk (2019, s. 76-78).

Min studie er designet for å avdekke fylldige beskrivelser av refleksjoner over normal fødsel som verdi. Metoden jeg brukte for å innhente data var et semistrukturert, kvalitativt forskningsintervju. På denne måten fikk jeg muligheten til å gi ledere ved norske fødeenheter mulighet til å dele sine refleksjoner over de temaene som jeg ønsket å øke min forståelse for. Samtidig gav den semistrukturerte formen på intervjuet informantene anledning til å si noe om temaer de synes jeg hadde utelatt, eller forsterke de temaene de hadde mest refleksjoner over. Ulike syn på kunnskap er viktig å ta med inn også i dette prosjektet for å opprettholde søkelys på det subjektive i kvalitativ forskning.

3.4.1 Intervjuguide

En intervjuguide er ikke det samme som et spørreskjema, men heller en temastrukturert liste over generelle spørsmål. Temaene er bestemt ut fra problemstillingen de skal belyse (Johannessen et al., 2019, s. 147). I arbeidet med intervjuguiden jobbet jeg ut fra min egen forforståelse av tema normal fødsel i sykehus. Mitt arbeid som leder av en fødeinstitusjon har gitt meg noen erfaringer som jeg har ønsket å forstå bedre. Jeg lurte på hvordan ledere i andre fødeinstitusjoner opplever og reflekterer over disse temaene. Jeg laget en intervjuguide som omhandlet de temaene jeg ut fra min forforståelse ønsket at informantene skulle utdype sine tanker og refleksjoner over, relatert til problemstillingen.

Guiden inneholdt de samme spørsmålene til alle informantene. Til slutt ble informantene oppfordret til å uttrykke seg fritt om spørsmål de savnet eller annet de synes var viktig å formidle ut fra problemstillingen. Slik jeg ser det muliggjorde dette en sammenligning av

data fra de ulike informantene. Dette ble gjort for å finne ut om de hadde noe felles relatert til sin virkelighetsoppfatning samt forsøke å sikre at informantene fikk en mulighet til å fortelle meg om noe de synes var viktig og som jeg ikke spurte om. Like spørsmål ble også valgt for å gi systematikk videre inn i analysen av innsamlede data.

Jeg jobbet for å finne frem til spørsmål som var tydelige nok til at informantene forsto meningen med spørsmålet samt åpne nok til at informantene kunne dele dype refleksjoner over tema. Jeg var også opptatt av at spørsmålene ikke skulle oppleves truende, slik at det var lett for informantene å dele dype refleksjoner.

3.4.2 Praktisk gjennomføring av intervjuene

Det er en kjent forforståelse innen kvalitativ forskning at ansikt til ansikt intervju er «gullstandard» innen denne metoden. Telefonintervju gjør at man mister muligheten til å fange opp situasjonsbestemte, kontekstuelle data, så vel som nonverbale data. Telefonintervju gir likevel muligheter som vanlige oppmøteintervjuer og digitale intervjuer ikke gir. Telefonintervjuer gir informanten mulighet til å være mer avslappet i intervjusituasjonen og det kan være lettere å dele data om sensitiv informasjon. Det mangler utfyllende forskning på forskjeller mellom oppmøteintervju, digitale intervju og telefonintervju påvirkning på data i ulike tema og populasjon (Novick, 2008, s. 391-397).

Selve intervjuet ble gjennomført via telefon og det ble gjort lydopptak. Dette ble valgt ut fra mange hensyn. Hensyn til informantene og deres mulighet for å delta i prosjektet uten å sette av mer tid en strengt nødvendig. Hensyn til negativ miljøpåvirkning og mulighet for smittespredning av covid-19 gjennom unødvendige reiser. Hensyn til egen tidsbruk og økonomi da alle utgifter til reise for gjennomføring av intervjuer måtte dekkes av meg som forsker. Gjennom de siste årene under Covid-pandemien har de fleste blitt svært flinke med bruk av teknologiske hjelpemidler til samtaler i digitale settinger. Intervju via et digitalt media ville derfor vært en god erstatning for oppmøteintervju i denne studien. Min personlige erfaring er at både tekniske utfordringer og visuelle forstyrrelser ville kunne ta oppmerksomheten bort fra selve innholdet i intervjuet. Jeg valgte derfor å gjennomføre intervjuene i denne studien via telefon uten video da dette ville gi meg en bedre mulighet til å sette søkelys på selve lyttingen gjennom intervjuet, uten visuelle eller tekniske

forstyrrelser. Det var viktig for meg at intervjuene skulle være så praktisk enkle som mulig å gjennomføre for informantene. Dette gjorde at telefonintervju ble valgt. Det var også etter bekreftende oppmuntring av min veileder til å velge telefonintervju i dette studie at dette valget ble gjort. Jeg hadde bare positive opplevelser av gjennomføring av intervjuene via telefon.

Jeg ønsket å utføre ett pilotintervju for å teste ut intervjuguiden og praktisk gjennomføring av intervjuet på telefon. Samme utvalg, anonymisering og samtykkeregler som de øvrige intervjuene. Avtalen om pilotintervjuet ble imidlertid kansellert av intervjuobjektet like før gjennomføring av personlige årsaker. Vurdering fra NSD ble godkjent for oppstart 15. oktober og tidsaspektet gjorde at det var naturlig å starte med intervjuene og ikke bruke mer tid på å finne en ny informant til et pilotintervju. Mindre justeringer på intervju spørsmålene ble gjort etter første gjennomførte intervju.

I informasjonsbrevet til informanter lå et informert samtykke klar til å signeres.

Informantene svarte meg på e-post at de ønsket å delta. Da signert samtykke var mottatt ble intervjutidspunkt avtalt med informanten etter deres ønske. Intervjuguiden ble sendt til informantene på e-post i forkant av intervjuet. Jeg ønsket at de skulle ha muligheten for å lese gjennom spørsmålene i forkant av intervjuet. Dette valget gjorde jeg i håp om at intervjuene ville bli enda rikere på data om informantene hadde reflektert over spørsmålene i forkant. Ingen av informantene ble spurt i intervjuet om de hadde lest gjennom spørsmålene på forhånd. Intervjuene gav rikelig med data.

Jeg hadde ingen kjennskap til informantene før intervjuet. Jeg ringte opp informanten på oppgitt telefonnummer og var tydelig overfor informanten når opptak av samtalen startet og sluttet. Før selve opptaket ble startet bekreftet informantene at de fortsatt hadde tiden som var satt av og at de var i en setting de kunne snakke fritt i under intervjuet. Jeg fortsatte en liten samtale uten opptak med hver av informantene etter hvert intervju om hvordan de opplevde intervjuet. Mottok positive tilbakemeldinger både på samtalen og tema av alle de fire informantene.

Selve intervjuene hadde en varighet på 45-60 min. Lenge nok for å kunne svare utdypende på spørsmål, men samtidig kort nok til å holde fokus.

Thagaard skriver at når intervjuet fungerer så bra at vi ikke tenker over hvordan kontakten med informanten er, gir dette en god indikator på at intervjuet har god kvalitet (Thagaard, 2019, s. 109). Informantene var tydelig engasjerte i tema og samtalene fløt lett i alle fire intervjuene. Svar på de ulike spørsmålene i intervjuguiden kom naturlig i ulik rekkefølge og jeg som intervjuer trengte bare å styre samtalen litt etter hvilke spørsmål jeg savnet svar på. Å få snakke med disse informantene var en svært god opplevelse for meg som forsker. Jeg satt igjen med inntrykk av at informanten hadde fått delt noe de synes var viktig. Deres engasjement og refleksjoner gav meg som forsker ny motivasjon i forestillingen om at tema for denne studien er viktig for jordmorledere i norske fødeinstitusjoner.

3.4.3 Transkribering av intervju

Malterud (2020) skriver at samhandlingen mellom forsker og informant gjennom transkriberingen konstrueres til en avgrenset versjon av informantens opplevelser etter forskerens problemstilling. Måten informantens refleksjoner ble formidlet og oppfattet skal ivareta det opprinnelige materialet på en mest mulig lojal måte gjennom transkripsjonen. Transkripsjonen skal gjøres etter best evne (s. 77-78).

Lydoptakene av intervjuene var tydelige. Dette gjorde det mulig for meg å sikre at transkriberingen ble så nøyaktig som mulig. Jeg valgte å transkribere intervjuene selv. Målet var en nærmest ordrett transkribering for å sikre informantens stemme i transkriberingen. Også pauser, nøling, latter, tilløp til gråt, og eufori ble markert i transkripsjonene. På den måten fikk teksten et enda tydeligere preg på innholdets betydning for informantene i samtalen. Anonymisering av alle data ble gjort underveis i transkriberingen slik at for eksempel stedsnavn som ble nevnt i intervjuet ble gjort om til «sykehuset» i transkriberingen.

3.5 Analyse

I følge Malterud er STC- Systemic Text Condensation en metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data. Metoden kan brukes til analyse av mange typer empiriske data med ulik grad av teoretisk forankring. Utvikling av metoden hadde som mål å gi en enkel

innføring i hvordan analyseprosessen kan gjennomføres på en systematisk og overkommelig måte (2021, s. 97-99). Det er også elementer av Grounded teori i analysen av data da noe av teorien til å belyse data er valgt ut fra data i intervjuene (Johannesen et al., 2019, s. 179).

I denne studien har jeg valgt å bruke Malterud sitt system for systemisk teksts kondensering, STC, som analysemetode i denne studien. Sammen med en presentasjon av hvert trinn i analysen presenteres mitt arbeid i hvert av trinnene. Som nybegynner i forskning var dette en metode som for meg fremstod som et smart metodevalg til bruk i analysen i denne studien. Analysen blir grundigere og mer håndterlig med en trinnvis strategi. Metoden gav en tydelig systematisk fremgangsmåte som gjorde det mulig å holde oversikt over de ulike data fra intervjuene.

3.5.1 Helhetsinntrykk- fra villniss til foreløpige tema

Første trinn består av å bli godt kjent med datamaterialet. Transkriberte intervju skal leses, eventuelt høres og foreløpige tema vurderes. Det er viktig og aktivt prøve å sette til side sin egen forforståelse og teoretiske referanseramme midlertidig på vent og ha fokus på oppgavens problemstilling. Det kan være lurt å notere noen punkter som virker viktige underveis, men aktiv motstand mot all trang til å systematisere underveis er essensielt i dette første trinnet. Når alt datamaterialet er gjennomgått skal inntrykkene oppsummeres. Foreløpige temaer i teksten som fremmer tydelige utsagn relatert til problemstillingen fanges opp og danner en liste på 4-8 midlertidige temaer (Malterud, 2021, s. 99).

Etter å ha lest transkripsjonene av intervjuene daglig i flere uker endte jeg opp med en liste over de foreløpige temaene som informantene hadde uttalt seg mest om knyttet til problemstillingen og mine forskningsspørsmål. Jeg jobbet aktivt for å legge til side min forforståelse og tok pause i gjennomlesningen hver gang jeg ble usikker på om min forforståelse forstyrret tankene. Jeg startet på ny gjennomlesning etter pausene med fokus på innholdet i de transkriberte intervjuene.

3.5.2 Meningsbærende enheter- fra foreløpige tema til koder og sortering

I andre trinn skal datamaterialet som man vil studere nærmere organiseres. Irrelevante data som ikke kan gi svar på problemstilling eller forskningsspørsmål, legges til side. Målet i dette andre trinnet er å lande på tre til fem foreløpige temaer som danner utgangspunkt for kodegrupper i dette analysetrinnet. Her gjennomgås datamaterialet linje for linje for å identifisere meningsdannende enheter. I STC anser vi ikke hele teksten som meningsbærende og vi prøver å skille relevant tekst fra irrelevant på den måten at den relevante teksten er den som kan tenkes vil belyse vår problemstilling best. All tekst skal gjennomgås grundig og systematisk slik at vi ikke bare tar med det som i første omgang fanger mest. Tekst som bærer med seg kunnskap om ett eller flere av temaene fra første trinn velges ut. De meningsbærende tekstene kan være kort eller lange, og trenger heller ikke være hele setninger eller replikker. Identifiserte meningsbærende enheter sorteres etter dette inn i kodegruppene man har bestemt seg for. Kodegruppene merkes og systematiseres. Dette kalles koding og brukes til å identifisere og sortere alle meningsbærende enheter i teksten. Navn gis til kodegruppene, kodene justeres og utvikles etter hvert som datamaterialet gir oss innspill og ideer. Som forsker skal man på dette stadiet utvikle et reflektert forhold til måten data er gruppert på og begynne og overveie om kodene inkluderer fenomener som ligner hverandre og har noe felles. Også koder som skiller seg vesentlig fra de andre vil gjennom kodingen dukke opp (Malterud, 2021, s. 100-105).

I jakten på meningsbærende enheter valgte jeg å kode tekst med ulike farger. Hver kodegruppe fikk en bestemt farge og intervjuene ble gjennomgått linje for linje i jakten på meningsbærende enheter. Da alle intervjuene var gjennomgått hadde jeg sortert meningsbærende enheter og kodet disse med i fem ulike farger. Hvert av intervjuene fikk en egen skrifttype slik at jeg hele tiden hadde oversikt over hvilken informant utsagnet hørte til. Etter å ha laget første utkast for resultatkapittelet gikk jeg tilbake til dette analysetrinnet og utførte analysen fra dette trinnet på ny for å avdekke om alle meningsbærende enheter var kodet. Flere nye meningsbærende enheter ble avdekket analyse runde nummer to.

3.5.3 Kondensering- fra kode til abstrahert meningsinnhold

Analysens tredje trinn består av å abstrahere den sorterte informasjonen ved å systematisk hente ut mening ved å komprimere innholdet i de meningsbærende enhetene som er kodet sammen i tre til fem kodegrupper. Få kodegrupper viser mer oversiktlig og tydeligere resultatpresentasjoner for hver av dem. Nå er de empiriske dataene redusert til et utvalg av sorterte meningsbærende enheter som kan studeres og behandles løsrevet fra sin opprinnelige sammenheng. Nå kan vi konsentrere oss om hvilke spørsmål vi stiller til datamaterialet. Kodegruppene sorteres nå i to til tre subgrupper. Her må det tas stilling til hvilke hovedaspekter i kodegruppen som data best kan fortelle om. Teksten tolkes ut fra vårt faglige perspektiv og ståsted og preges av det perspektivet vi leser vårt materiale ut fra. Heretter er det subgruppen som er analyseenheten. STC omfatter et spesielt metodisk grep på dette stadiet i analysen ved å lage et kunstig sitat, et kondensat. Kondensatet bygges opp til en sammenfatning av alle de meningsbærende enhetene i subgruppen. De som ikke passer inn flyttes til andre subgrupper eller utelates. I det kunstige kondensatet brukes jeg-form for å vise at det er informantene vi representerer. Kondensatet er summen av deltakernes stemmer og gjerne ord og begreper deltakerne har brukt om fenomenet den aktuelle subgruppen forteller om. Til slutt velges et «gullisitat» fra kondensatet som best illustrerer de meningsbærende enheten i subgruppen (Malterud 2021, s. 105-108).

Resultatet av kondenseringen er at tekstsider er redusert til fem fargekodegrupper som igjen er delt inn i subgrupper. Hver subgruppe gir uttrykk for viktige elementer i informantens svar som kan gi viktige nyanser til å gi ulike svar på problemstillingen. Jeg har laget kunstige sitater, kondensater fra datamaterialet som viser hovedfunn i hver kodegruppe og subgruppe.

3.5.4 Syntese -fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater

I analysens fjerde trinn settes bitene sammen igjen. Formidlingen skal preges av lojalitet overfor informantens stemme. Målet er å gi leseren innsikt og tillit samtidig som forskeren tar ansvar for sin fortolkerrolle. Fra å ha delt data opp i biter i de foregående analysetrinnene skal vi nå vurdere om resultatene fortsatt gir en gyldig beskrivelse av den sammenhengen den opprinnelig var hentet fra. Kondensatene brukes til å lage en analytisk

tekst for hver subgruppe og kodegruppe, et gullsitat som konkretiserer hovedfunnene. Uttrykk hentet fra de meningsbærende enhetene brukes i teksten (Malterud 2021, s. 108-111).

Etter å ha satt analysen sammen igjen samlet kodegrupper og subgrupper seg rundt tre hovedkategorier i datamaterialet. Ulike kodegrupper og subgrupper bekreftes med flere kondensat. Kondensatene er holdt nær til reelle sitater i ordbruk, for å gi troverdig innsikt til datamaterialet og gi lojalitet ovenfor informantenes stemme. Kategoriene vil forhåpentligvis fortelle oss noe nytt og viktig om jordmorlederes refleksjoner over normal fødsel som verdi i sykehus og dermed besvare oppgavens problemstilling.

3.5.5 Oppsummering av analyse

Jeg har gjennom analyseprosessen hatt behov for å skjematizere begrepsbruken i STC og har brukt Malterud sin tabell over begrepsbruk for å sortere funn i denne studien (2020, s. 112). Jeg fikk likevel erfare at analysering er en induktiv og iterativ prosess gjennom gjentatte ganger å oppdage nye koder og kodegrupper underveis i analysen. Malterud skriver at det kan finnes flere gyldige alternative tolkninger samtidig i kvalitativ analyse. De tolkningen som gir mest relevante funn styres av de teoretiske perspektivene og problemstillingen. Analysen skal være en induktiv, og iterativ ikke er en lineær prosess (Malterud, 2020, s. 114). Analysen var en tidkrevende prosess der det stadig dukket opp nye perspektiver som belyste problemstillingen på ulike måter.

3.6 Metoderefleksjon

Malterud (2021) skriver om paradigme som en uuttalt enighet om grunnleggende forutsetninger. Kvalitative metoder har et fortolkende paradigme som undersøker og anerkjenner subjektivitet med forskeren som et medvirkende og sentralt redskap. Grunnforståelsen er at verden oppfattes ulikt avhengig av hvilket ståsted man har. De kvalitative forskningsmetodene bygger på det fortolkende paradigme med en induktiv tilnærming som innebærer at vi trekker slutninger fra det enkeltstående til det allmenne (s. 27).

En styrke med å bruke intervju som metode i denne studien er at jeg som forsker får innsikt i informantenes refleksjoner over normale fødslers verdi i sykehus. Informantenes svar kan bidra til en større forståelse av fenomenet. Muligheten er til stede for at også andre ledere av fødeenheter kan kjenne seg igjen i presentasjon av funn og analyse.

En av svakheten med metoden var det jeg i forkant fryktet mest, å få problemer med å skaffe informanter til prosjektet. Om jeg ikke hadde klart å skaffe informanter ville ikke metoden vært egnet til å besvare problemstillingen. Intervju er tidkrevende, og informantene jeg ønsket til denne studien har krevende lederjobber. Drift av fødeenheter preges av jordmormangel og i tillegg pågår en pandemi. Dette gjør disse lederne mindre tilgjengelige for å delta i forskning. Det var derfor viktig for meg å gjøre avtaler i god tid og samtidig være fleksibel på gjennomføring av intervjuene. Rekrutteringsprosessen viste seg å være enda vanskeligere enn jeg på forhånd hadde sett for meg. Jeg lyktes likevel i å få fire gode informanter til studien.

Det er en svakhet i studien at analysen kun er gjort av en person. Flere personer i samarbeid med analysen kunne fått øye på flere detaljer og nyanser i datamaterialet (Malterud, 2021, s. 100). Det var en tung prosess å sitte med analyseringen alene. Kodingen var tidkrevende. Jeg ble underveis i prosessen usikker på hvordan meningsbærende enheter, koder, kodegrupper og subgrupper best ville besvare problemstillingen. Jeg brukte både gruppeveiledningen i analyse og individuell veiledning på å få tilbakemelding på dette. Jeg brukte Malterud sin skjematiske oppsetning i STC og var underveis veldig redd for å miste data som var relevante for min problemstilling underveis i oppdelingen av kodegrupper og subgrupper. Jeg gikk stadig tilbake til de transkriberte intervjuene for å sjekke om jeg hadde mistet viktige data underveis i kodingen. Etter å ha gjennomført analysen første gang og laget første utkast til en presentasjon av funn valgte jeg å gjøre analyseringen fra trinn to om igjen for å sikre at data som var viktige for resultatpresentasjonen ikke var utelatt. Dette var en god måte for meg å sikre at relevante data kom med i analysen. Jeg føler meg sterkt forpliktet overfor informantene å få med alle relevante data da de tydelig var engasjert i tema og hadde mange refleksjoner å formidle.

3.6.1 Ethiske vurderinger

Jeg har tilstrebet å gjøre mitt ytterste for å utføre arbeidet med dette prosjektet etter forskningsetiske prinsipper og retningslinjer (Regjeringen u.å).

Informantene fikk formell invitasjon til deltagelse via helseforetakenes postmottak. Informasjonsbrevet til informantene er skrevet ut fra et forslag fra NSD. Informantene valgte selv å gi sitt skriftlige samtykke til deltagelse i prosjektet ved å sende meg skriftlig samtykke på e-post. De har gjennom informasjonsbrevet også fått skriftlig informasjon om at de har mulighet til å trekke seg fra prosjektet. Informantene har fått informasjon om at de har tilgang til transkribering av eget intervju, analyse og rapport for mulighet for rettelser av misforståelser. Jeg ønsker at de skal kjenne eierskap til dette prosjektet og at de kan kjenne igjen meningsbærende enheter i den endelige rapporten.

Søknad ble godkjent i første forsøk hos NSD og metoder for sikker oppbevaring av personopplysninger er ivaretatt etter retningslinjer ved VID og etter avtale med NSD. Det ble ikke sendt søknad til etisk komite for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) for dette prosjektet da intervjuene ikke omfatter en sårbar gruppe.

3.6.2 Forforståelse og forske i egen faggruppe

Krogh skriver at det vil være umulig å øke forståelsen av noe uten fordommer og forforståelse som utgangspunkt. Gadamer's hermeneutiske sirkel viser oss at ved at vi har et utgangspunkt med forforståelse og fordommer, går inn i en analytisk undersøkende og fortolkende tekst ut fra forholdet mellom del og helhet, kan dette føre til reviderte fordommer og en utdypet forståelse av teksten som i dette tilfelle er transkriberte intervjuer (Krogh, 2019, s. 47-53).

Som forsker må man være innstilt på muligheten av at resultater og konklusjoner må forkastes. En god forsker oppsøker og skaper posisjoner som utfordrer kunnskap og fordommer man har med seg fra tidligere. Forskeren må oppsøke og vedlikeholde refleksivitet som en aktiv holdning (Malterud, 2021, s. 19).

Forforståelse kan være viktig for å kunne forstå informantenes svar på intervju spørsmål. Siden tema i dette prosjektet var svært profesjonsspesifikt både mot jordmorfag og

ledelsesfag har jeg opplevd at det var en stor fordel å ha samme fag- og stillingsbakgrunn som informantene selv. Jeg er imidlertid svært klar over at mine fordommer og min førforståelse også kan ha vært med på påvirke fremstilling av data på en nøytral måte. Jeg har etter beste evne prøvd å legge bort egne fordommer og førforståelse ved å legge frem data slik de kom frem i intervjuene, blant annet ved utalt bruk deler av kondensater i presentasjon av funn. Jeg er også klar over at min forforståelse er mitt grunnlag for forståelsen av informantenes refleksjoner.

3.6.3 Validitet

Validitet handler om å finne ut om data i forskningen er relevante for det du skal undersøke samt ikke overse eller utelate viktige data slik at data kan gi deg svar på problemstilling og eventuelle forskningsspørsmål (Everett & Furseth, 2019, s. 135). Målet med studien er at innhentede data skal svare på problemstillingen.

Hva forskeren egentlig har funnet ut noe om, validiteten, handler om gyldigheten av data. Det finnes ingen kunnskap som er allmenngyldig, på den måten at den gjelder for et hvert formål og under alle omstendigheter. Om et funn er sant er det sjelden mulig å svare enten ja eller nei. Det er viktigere å se på hva metoden og materialet gir oss muligheten til å si noe om og hvilken overførbarhet og rekkevidde resultatene har (Malterud, 2021, s. 18-23).

Kvale og Brinkmann (2019) skriver om validering som en kontinuerlig kontrollering av data gjennom hele forskningsprosessen. Validering handler om å kontrollere og sjekke ved å undersøke feilkilder. I intervjusituasjonen har validitet med for eksempel kvaliteten på intervjuingen og informantens troverdighet å gjøre. Det blir derfor viktig å stille kontrollspørsmål for å avdekke meningen i det som blir sagt (s.278-279). Å finne en synlig rød tråd som forbinder problemstillingen, teori, metode og data viser gyldighet og validitet (Malterud 2021, s. 25).

Ved å ha samme rolle som informantene mener jeg at jeg har en god forutsetning for å kunne innhente reliable og valide data. Samme fagbakgrunn gir meg en naturlig tilknytning til data. Faren med dette er imidlertid at egne fordommer, førforståelse og meninger kan blande seg i informantens data og gi en falsk reliabilitet og validitet. Også ønske om å kunne generalisere ut fra få informanter dersom data samsvarer både med informanter og mine

egne meninger og erfaringer vil være nærliggende. Gjennom hele forskningsprosessen har jeg aktivt jobbet for å legge min egen forforståelse til side. Jeg har brukt lang tid på analyseprosessen for å hente ut mest mulig meningsbærende enheter fra intervjuene. Dette vil være med på å utdype at validitet er knyttet til om data er gyldige. Da dette prosjektet var mitt første forskningsprosjekt og jeg har gjort mine første forskningsintervju vil min svært begrensede erfaring kunne påvirke muligheten for elementer av forforståelse i både produksjon og bearbeiding av data.

3.6.4 Reliabilitet

Ville mine informanter gitt de samme svarene på samme intervju med en annen forsker enn meg? Om svaret på dette spørsmålet er ja vil det gi data fra dette prosjektet en høyere reliabilitet. Målet med innhentede data er at de er så pålitelige som mulig. Reliable data betyr pålitelige data. Data må være så pålitelige at de er egnet til å belyse problemstillingen (Everett & Fursett, 2019, s. 135). Reliabilitet er direkte knyttet til nøyaktigheten av undersøkelsens data. Hvilke data som brukes, måten de samles inn på, og hvordan de bearbeides knyttes også til reliabilitet (Johannesen, et al., 2019, s. 36-37). Forskerens forutsetninger og tolkningsramme handler om refleksivitet. Relevans handler om hva kunnskapen kan brukes til (Malterud, 2021, s. 18).

For å få svar på hvordan ledere ved enheter for normale fødsler opplever at de kan bidra til opprettholdelse av normale fødsler må jeg spørre dem. Ved å intervju flere ledere vil data fra disse intervjuene kunne gi et bilde som kan reflektere en bredde i deres virkelighet rundt valgt problemstilling. Reliabiliteten vil likevel være begrenset til den enkelte informant og det vil ikke være mulig å generalisere funnene i dette prosjektet på grunn av svært få informanter og valg av en kvalitativ metode for datainnsamling. Kunnskapen fra denne studien kan brukes til å sette søkelys på normalfødsel som verdi i sykehus og kanskje skape motivasjon til å forske mer på verdier og deres betydning i norsk fødselsomsorg.

4.0 Presentasjon av funn og analyse av data

Her vil jeg presentere funn fra analysen av de fire semistrukturerte dybdeintervjuene med fire jordmorledere som utgjør datainnsamlingen i denne studien. Funnene er strukturert etter sammenfatninger av hovedfunn. Under hvert hovedfunn presenteres kodegrupper og subgrupper med tilhørende kondensater.

4.1 Jordmorlederen som formidler av syn på fødsel og verdier

Under dette punktet vil jeg presentere funn fra studien som omhandler informantenes refleksjoner over ulike syn på fødsel, og viktige verdier å formidle i fødselsomsorgen.

4.1.1 Ulike syn på fødsel

Informantene i denne studien hadde ulike refleksjoner over hvordan normal fødsel defineres i deres avdelinger. En informant var tydelig at det var WHO sin definisjon som helt bevisst lå til grunn hva som ble definert som normal fødsel i deres fødeenhet. En annen informant hevdet at avdelingen hun leder ikke ønsket å binde seg til en definisjon på normal fødsel da denne ikke lengre dekket det som betegnes som normal fødsel i Norge i dag. Alle informantene hevdet å ha fokus på og ta hensyn til kvinnes ønsker eller legge til rette for en fødsel på kvinnes premisser. Informantene beskrev dette slik: «WHO sin definisjon ligger nok i bunn, men vi tilstreber å ha søkelys på paret og en fødsel på kvinnes premisser etter hennes ønsker. I tillegg er den tilpasset vår avdeling».

Ved vår avdeling arbeider jordmor bevisst for å hjelpe kvinnen til å finne sin egen styrke til å gjennomføre en normal fødsel, beholde en høy grad av helse og tilknytning til barnet. Jeg tenker at hver kvinne har sin vei til dette. Jeg ønsker ikke at vi skal binde oss til en bestemt definisjon på normal fødsel. Hva som er bra for kvinnen er individuelt.

Informantene beskriver en oppfatning av hva som er en normal fødsel i Norge i dag er endret. Informantene hevdet at det er ulike syn på fødsel. De beskrev dette slik: «Jeg tenker dette har noe med synet på fødsel å gjøre. Om du ser på fødsel som noe normalt eller en medisinsk tilstand».

Jeg opplever at normal fødsel i dag er noe annet enn normal fødsel var før. I dag er jo normalen å få smertelindring, det var det ikke før. Medikalisering av samfunnet og fødselspolitikk har endret hva vi ser på som normalt. En normal fødsel i dag er en fødsel med smertelindring.

4.1.2 Trygghet

Informantene fremhevet trygghet som en viktig verdi å formidle til kvinner i fødsel. De beskrev en opplevelse av at mange kvinner er redde når de kommer til fødsel. Videre beskrev informantene at de vurderer at for en jordmor skal kunne hjelpe en kvinne i fødsel til å ha forutsetninger for å oppnå en normal fødsel, en god fødselsopplevelse og god helse for seg selv og barnet, må hun føle seg trygg. «Jordmor skal bidra til trygghet for kvinnen, for å jobbe som jordmor mener jeg man må ha respekt og stor kjærlighet både til kvinner og jordmorfaget».

Jeg opplever at det ikke betyr så mye om fødekvinnene har tenkt veldig nøye gjennom hvordan de vil fødselen skal være, eller om de bare er veldig åpne og tar ting litt som det går så lenge de er trygge. Det er det som er det viktigste, at de er trygge.

Tiltakene informantene beskriver at avdelingen setter i verk for fremme trygghet hos fødekvinnen og hennes partner er mange. For informantene i denne studien var det viktig å tilrettelegge for verdien trygghet slik at både fødekvinnen og partneren kunne føle seg trygge. Skape ro og en god stemning, ha tid nok, samt arbeide for en god relasjon til paret var viktige verdier i dette arbeidet. I en travel hverdag i en sykehusavdeling mente informantene at det var viktig å skape små trygghetssoner for den enkelte pasient. Fysisk tilrettelegging ble av informantene fremmet som viktige, trygghetsfremmende tiltak. Eksempel på utsagn fra informantene knyttet til dette er:

Mange er så redd for at det skal skje noe galt. Det er veldig viktig at vi kan gi fødekvinnen og hennes partner en opplevelse av trygghet. Vi gjør alt vi kan for å skjerme pasientene fra travelhet i avdelingen. Vi følger de inn på eget rom slik at de slipper å forholde seg til uro i avdelingen. Fødestuene på vår avdeling har alltid

dempet lys og musikk for å lage en rolig stemning som gjør at de senker skuldrene litt, slik at det er lettere å komme hit og for at det skal føles trygt å være her.

Informantene fremhevet god kommunikasjon som en hovednøkkel for å skape trygghet og hjelpe fødekvinnen gjennom en normal fødsel. Informantene vektla også betydningen av å skape en trygg relasjon til fødekvinnen og hennes partner. De fremhevet da at det er helt essensielt for å fremme normal fødsel at jordmoren har en god kommunikasjon både med fødekvinnen og hennes partner. «For å arbeide med fødende kvinner mener jeg man skal ha en kjærlig undertone i alt vi gjør, dette frigjør oksytocin og fremmer dermed den normale fødsel».

Trygghet for personalet på jobb er, ifølge informantene, også en forutsetning for å kunne formidle trygghet videre til fødekvinnen og hennes partner. Noen av informantene uttrykte en opplevelse av at jordmødre og annet personell var utrygge på jobb. Godt samarbeid mellom ansatte, tillit og respekt for hverandres fagprofesjon er verdier i praksis som fremmer trygghet for ansatte, ifølge informantene, i studien.

Ja veldig mye som handler om det å ikke være trygg i seg selv og den jobben man gjør da tenker jeg. Om alle hadde vært trygge i rammene av den jobben vi gjør så hadde nok ikke så mange vært så redde alltid.

Trygghet for personalet og dermed også for fødekvinnen og hennes partner er også avhengig av at det er kvalifisert personalet på jobb. Informantene beskrev dette slik:

Sammensetningen av jordmødre og leger på vakt er avgjørende for trygghet hos ansatte. Når det er bare nyutdannede jordmødre og leger på jobb vil tryggheten på jobb være annerledes enn når det er erfarne jordmødre og leger på jobb. Dette tenker jeg er jo naturlig, men det påvirker også tryggheten til kvinnen og dermed også muligheten for å fremme den normale fødsel.

4.1.3 Kommunikasjon

Videre beskrev de betydningen av å være bevisst på hvordan fødekvinnen og hennes partner omtales. Måten jordmødre snakker om pasientene sine viser hvilke holdninger og verdier de har til fødekvinnen og hennes partner. Informantene i studien mente de hadde en aktiv og

vedvarende oppgave i å opprettholde en god kommunikasjon rundt måten fødekvinnen og partneren hennes ble både kommunisert til og om. Utsagn som kan speile dette er:

I enhver fødsel er det noe unikt å lære for jordmødre om hvordan vi kommuniserer. Jeg synes det er viktig at jordmødrene er bevisst hvordan de kan bidra til å øke sin jordmorfaglig kompetanse med repertoar av tiltak og bedre kommunikasjon. Jo mer bevisste jordmødre er jo bedre hjelper de fødekvinner til å bruke sitt fulle potensial og kanskje dermed oppnå en normal fødsel.

Informantene var tydelige på at de var bevisst på sin rolle som verdiformidlere. De var klare på hvordan de ønsket at verdier skulle fremmes og ivaretas i avdelingen. De har en tydelig mening om at dette knyttes til jordmorfaget. Eksempel på hvordan informantene fremmet dette på er:

Jeg er veldig bevisst på min måte å kommunisere på. Jeg vil at mine ansatte skal være bevisst hvilke begreper de velger å bruke om for eksempel om hvem pasienten er «fødekvinnen Lena» eller «hun som føder på stue 3». Jeg mener at språket i avdelingen er viktig, fordi språket speiler våre verdier, holdninger og våre gjerninger. Jeg ser det som min oppgave å korrigere ansatte konstruktivt i måten de omtaler pasientene våre på. Jeg er spesielt nøye hvordan ansatte ordlegger seg for eksempel når vi har rapporter. Vi må være bevisste på hvordan vi legger frem faget vårt. Dette gjenspeiler også våre verdier og holdninger til det vi jobber med.

4.1.4 Tilstedeværelse

Tilstedeværelse er en verdi som informantene tenker er viktige for å kunne ivareta den normale fødsel. Ifølge informantene er det at en-til-en omsorg i fødsel også er en politisk verdi og et kvalitetskrav til fødselsomsorgen med på å fremme den normale fødsel som verdi. Informantene hevder at tid, ro og tålmodighet fordrer tilstedeværelse og at dette da er en viktig verdi for å kunne fremme normal fødsel. Utsagn med beskrivelse av dette: «Jeg synes det er helt fantastisk at vi har fått tilstedeværelse, en-til-en omsorg i fødsel som en politisk verdi i fødselsomsorgen, det gir håp om å beholde den normale fødsel som verdi i sykehuset».

Normale fødsler uten inngripen krever tålmodighet. Det krever tilstedeværelse. Det krever en jordmor med ro til å være nær fødekvinnen gjennom de ulike stadiene i et fødselsforløp. Det krever en jordmor som ikke har en arbeidshverdag som er så travel at hun må ha mange pasienter og oppgaver i hodet samtidig. Nærvær i fødsel er en betingelse for å legge til rette for en normal fødsel. I fødslene som tar lang tid, skal jordmor bidra til å bære kvinnen igjennom hele fødselen med sin trygghet og tilstedeværelse, råd og kompetanse.

Informantene hevder likevel at kravet til tilstedeværelse i fødsel kan føre til prioriteringer som går utover andre pasientgrupper. De hevder derfor at det er viktig at de som jordmorledere rapporterer på dette slik at en eventuell ressursmangel kan dokumenteres. «Jeg har ikke bemanning nok til at en-til-en omsorg i fødsel ikke skal gå ut over andre pasienter».

Jeg synes det er veldig viktig å rapportere på dette. Dokumentasjon på hvordan dette kravet påvirker de andre tjenestene våre må jeg derfor ha oversikt over. Jeg må jo kunne vise til om jeg har tilstrekkelig med ressurser for å gjennomføre det som er politisk bestemt.

4.1.5 Fødsel på kvinnes premisser, medbestemmelse og autonomi

Informantene var tydelige på at kvinnens autonomi er en viktig verdi i fødselsomsorg. De var opptatt av at fødeenhetene er til for fødekvinner og ikke at fødekvinner er til for fødeenheten. Informantene i studien opplever kvinner i Norge i dag som opplyste og bestemte på hvordan de ønsker at fødselen skal være. Sitater som bekrefter dette er: «Fødselshjelpenes perspektiv er for meg at vi er her for kvinnene sin del og ikke at kvinnene kommer inn til vårt domene».

Vi må alltid tilpasse oss kvinnenes ønsker og behov. Kvinner i dag er jo velinformerte og forstår godt hva som foregår i helseinstitusjoner og de stoler ikke lengre blindt på det som blir sagt av helsepersonell. Kvinner har blitt mer kritiske og søker opp informasjon selv. Det tenker jeg at vi må være veldig bevisste på når vi jobber med mennesker. Vi må tenke at vi skal tilpasse oss dem og ikke at de skal tilpasse seg oss. Vi må alltid tenke på det beste for kvinnene fordi det er de vi er her for.

For informantene er et informert valg for kvinnen den største betingelsen for medbestemmelse og autonomi i fødsel. Informantene i studien hevder at de jobber aktivt for at fødekvinners ønsker skal tas på alvor. De legger til rette for at ønsker skal kunne innfris så langt det er mulig. Informantene ønsker at informert valg for kvinnene skal være formalisert i retningslinjer: «Jeg mener at informert valg bør formuleres skriftlig i alle våre retningslinjer. Retningslinjene våre handler om hva vi har tenkt å gjøre med kvinnene og da må de få mulighet til å gjøre informerte valg».

Informantene hevder likevel at helsepersonell har stor innvirkning på fødekvinne i fødsel. Påvirkningskraften mener informantene må brukes til å hjelpe kvinnene med å gi kunnskapsbasert informasjon slik at kvinnen kan ta informerte valg. Informantene mener at tjenesten som fødeenhetene skal levere til fødekvinne er svært rigid knyttet til retningslinjer. De mener det er mye å gå på for at alle fødekvinne skal kunne føle at deres autonomi blir tatt alvorlig i fødsel. Informantene var tydelige på dette: «For selv om vi har muligheten til å gjøre mange ulike inngripen så må vi klare å se helheten og individet i fødselsomsorgen, slik at vi ikke prakker på fødekvinne mange ting som ikke er nødvendige».

Jeg mener at i mange fødsler tramper vi langt over det som er greit i forhold til at alle fødekvinne er frie mennesker med egne rettigheter og valg. Jeg syns vi bør høre mer på kvinnene og være litt mindre opptatt av oss selv og våre regler i avdelingen. Vi har mye å gå på. Til syvende og sist er det jo ikke vi som skal bestemme hvordan en kvinne skal føde, det må hun jo få lov til å bestemme selv. Dette tror jeg kan være vanskelig for helsearbeidere å forstå. Vi bestemmer ikke over dem og vi har heller ikke ansvar for frie mennesker sine meninger og valg.

Informantene mener også at samfunnet og media har stor påvirkningskraft på hvordan fødekvinne forbereder seg til fødsel. Informantene hevder at medikalisering og fokus på risiko påvirker også fødekvinners syn på fødsel. Informantene hevder at måten fødekvinne har forberedt seg til fødsel påvirker muligheten for å bevare fødselen som normal. Informantene hevder at kvinnen syn på fødsel også er påvirket av verdiene og holdningene til de som gir svangerskapsomsorg. Informantene beskriver det slik: «Det betyr mye hvilken kunnskap kvinnene har tilegnet seg i svangerskapet. Holdninger til den jordmoren eller legen

de har gått til i svangerskapsomsorgen og hvordan de forholder seg til medier betyr også mye for innstilling til hva en fødsel er».

Jeg opplever at kvinnene er påvirket av et medikalisert samfunn og det de ønsker i fødsel er ting som vi jordmødre tenker er utenfor normalområdet. Jeg opplever at kvinner i dag har en mindre naturlig tilnærming til svangerskap og fødsel, den er mer sykelliggjort med fokus på risiko. Kvinner i dag ønsker smertelindring, er utålmodige og ønsker at fødselen settes i gang, men kjenner ofte ikke til konsekvensene av disse ønskene.

Informantene hevder at fødekvinnes autonomi kun kan brukes til å ivareta den normale fødsel i sykehus dersom de ønsker en normal fødsel og har forberedt seg på forhånd.

Informantene uttrykker det på denne måten:

Brukernes ønske om normal fødsel er veldig viktig, holdningen til fødekvinne. Vi må begynne et annet sted enn på dørterskelen til fødestuen. Begynne før. Kvinnes holdning til hvordan de vil jobbe i fødsel, hvilke valg de vil ta, hvilken retning de vil gå må jobbes med lenge før de kommer til sykehuset for fødsel.

4.2 Jordmorlederen som forvalter av jordmorfag og avdelingens kultur

I dette avsnittet presenteres funn og analyse av data som omhandler informantenes refleksjoner rundt påvirkning av jordmor sin bruk av kunnskap og verdier i praksis.

4.2.1 Jordmors autoritet i fødsel, retningslinjer og jordmorfaglig skjønn

Informantene i studien er opptatt av jordmorfag. Jordmors autonomi i en fødeenhet er den normale fødsel. For å bevare jordmors autonomi i eget fag må den normale fødsel forvaltes som en viktig verdi i sykehus hevder informantene. De sa det slik:

Det normale i fødsel er jordmors autonomi. Det er i den normale fødsel jordmødre har sin selvstendighet, sine grunnverdier, holdninger og best mulighet for å utøve faget sitt. Det er derfor viktig verdi for meg som jordmor å bevare den normale fødsel.

Informantene er kjent med enten å jobbe selv med eller tett på fagjordmødre i arbeid med retningslinjer. De hevder de på den måten kan påvirke og tilrettelegge for viktige verdier som fremmer den normale fødsel. Likevel gir informantene uttrykk for at det til stadighet blir konflikt mellom retningslinjer og jordmorskjønnen i enkeltsituasjoner. Der det faglige jordmorskjønnen tilsier at inngripen ikke er det beste for fødekvinnen, eller barnet, men retningslinjene fordrer en inngripen, er informantenes refleksjoner at retningslinjene er overordnet i de fleste tilfeller. Informantene er kritiske til dette: «Verdiene er veldig flettet inn i prosedyrene. Det går over i hverandre. Verdiene har like mye å si hvordan vi vil drive fødselsomsorgen som prosedyrer og retningslinjer».

Jeg stiller meg veldig kritisk til det retningslinjestyrte helsevesenet. Fødeenheten trenger retningslinjer, men de kan aldri erstatte klinisk skjønn. Samme hvor bra en retningslinje er så kan den aldri få med alle detaljer og nyanser av de ulike situasjonene. Retningslinjene gjør at ansatte blir mer stivbeinte, og ikke så gode klinikere.

Informantene i studien hevder at selv jordmødre med lang erfaring kan bli usikre på eget fag når retningslinjer endres ofte. De opplever at jordmødre må ha stor faglig trygghet og lang erfaring dersom de velger å stole på sitt faglige skjønn fremfor retningslinjer i enkeltsituasjoner. De hevder også at jordmødre bruker retningslinjene på ulik måte ut fra hvor lang erfaring de har: «Jordmødre med lang erfaring bruker mer faglig skjønn, mens de med kort erfaring forholder seg mer til de skrevne retningslinjene».

Jordmødre med lang erfaring sier at de ikke stoler på egen dømmekraft fordi prosedyrer endrer seg hele tiden. Jeg har kjent på kroppen selv at retningslinjer av og til er et hinder for det faglige skjønnen og man blir redd for å ikke følge prosedyren. Uerfarne jordmødre er mer prosedyrestyrte enn jordmødre med lang erfaring. De bruker prosedyrene på ulike måter. Jeg er usikker på om retningslinjer alene gir en bedre pasientbehandling, og tryggere fødsler.

Det preger fødselsomsorgen i Norge at det er for stort søkelys på retningslinjer som gjør flere og flere ting ved fødsel patologisk, hevder informantene. De opplever at jordmødre arbeider med normale fødsler hver dag, men at sterke reguleringer prøver å endre på dette. Informantene uttrykker dette slik:

Det lages hele tiden strengere retningslinjer og kriterier i fødselsomsorgen for å snevre inn boksen av den normale fødsel til å bli en veldig liten del av det vi driver med. Så opplever jeg i praksis at det er en veldig stor del av vår virksomhet som er nettopp arbeid med det normale i fødsel. Det er noe normalt i alle fødsler og det hadde vært bedre å sette søkelys på dette.

Informantene var videre tydelige på at nasjonale retningslinjer for fødselshjelp på enkelte punkt direkte hemmer normal fødsel. Utsagn som sier noe om dette er:

De nye nasjonale retningslinjene som omhandler induksjon, igangsettelse av fødsel, jobber direkte mot normal fødsel. Kvinnene mister all tillit til at fødselen kan starte av seg selv når myndighetene sender så sterke signaler om at dette er noe som fødeenhetene kan overstyre. Og dette er jo ikke sant. Vi kan bestemme tiltak for å forsøke å starte fødselen, men det er jo ikke alltid det lykkes. Nasjonale retningslinjer betyr mye. Det er rart hvor mange vi induserer uten at dette har et klart forbedret utfall av fødselen. Merkelig at det forsvares med søkelys på å redusere neonatale dødsfall som allerede er så lave – vi kan ikke kontrollere naturen og tallene var jo på nærmere 0% allerede før de nye retningslinjene.

4.2.2 Differensiering av fødselsomsorg

For opprettholdelse av normal fødsel som verdi i sykehus, mener informantene at differensiering av ulike fødeenheter er viktig. Informantene er kjent med de ulike nivåene av fødeenheter i Norge. De hevder at inndelingen er funksjonell med tanke på å gi differensiert fødselsomsorg på laveste mulige omsorgsnivå. Informantene uttrykker likevel spørsmål ved inkonsekvens i differensiering av fødekvinne til fødestuene som ligger i og utenfor sykehus. Informanten uttrykte dette slik:

Jeg synes det ligger veldig fine føringer for differensiering sentralt. Tydelige krav til hva som kreves for å føde på fødestue, fødeavdeling og kvinneklinikk. Men at en fødestue som fysisk ligger inne sykehuset eller like i nærheten har strengere differensieringskriterier enn fødestuene som ligger langt borte fra sykehusene, er et stort paradoks. Dette har jeg veldig vanskelig for å forstå.

4.2.3 Bruken av seleksjonskriterier

Informantene i studien hadde delte meninger om betydningen av selektering for opprettholdelse av den normale fødsel i sykehus. Seleksjon kan både hemme og fremme den normale fødsel som verdi i sykehus, mener de. Informantene hevder at om seleksjonen har fokus på den normale fødsel blir den et viktig redskap for å bevare det normale som verdi i fødsel. «Selektering med tydelig fokus på det normale er viktig. Da vil selekteringen bidra til å bevare den normale fødsel som verdi, og for å bevare det normale normalt i alle fødsler».

Det er likevel tydelig hos informantene at om selekteringen blir for rigid oppleves den til å snevre inn muligheten for å bevare fødselen normal. Spesielt det å interminere allerede før fødselen starter gjør det mer utfordrende å bevare fødselen som normal. Informantene forklarer det slik:

Jeg opplever at selektering begrenser muligheten for å opprettholde den normale fødsel mer og mer, det blir for eksempel stadig flere og flere kriterier for induksjon. Normalområdet krymper og derfor krever det mye av jordmor å holde det normale normalt så lenge som mulig i fødsel.

Informantene hevder at seleksjonskriteriene må være basert på fornuft og ha en logisk sammenheng i sine kriterier for at selekteringen skal kunne fremme normale fødsler. At det går an å bruke faglig skjønn og diskutere enkelttilfeller er også en god måte å bruke selekteringskriteriene til å opprettholde fokus på det normale, ifølge informantene:

Seleksjonskriteriene hos oss er stort sett fornuftige, men det er klart at noen kriterier fra tidligere fødsler, for eksempel blødning etter fødsel, henger lite sammen med intensivert overvåking i neste fødsel. Her diskuterer vi med legene og bruker faglig skjønn i valg av seleksjonsnivå.

Informantene hevder videre at dersom faglig skjønn og kvinnens autonomi brukes aktivt i selekteringsprosessen oppleves selektering som viktig for å ivareta den normale fødsel som verdi. De hevder at «gammel vane» i fødeinstitusjonene ofte er til hinder for kvinnens autonomi i fødsel. Utsagn som kan si noe om dette er:

Det er ok at selekteringen er gjort etter hva vi synes er normalt ut fra veiledere og gitte retningslinjer og kriterier, men jeg synes personlig at kvinnens valg skulle stått høyere

på agendaen. Det er mye vi kan tilrettelegge bedre for relatert til kvinnens ønsker. Jeg synes vi har alt for mye praksis som er styrt av gammel uvane, eller utsagnet: «slik gjør vi det her».

4.2.4 Kulturbærer

Informantene i studien mener at de som ledere har en viktig rolle som kulturbærere i avdelingen sin. De sier at de er bevisste på å holde fokus på verdien av normal fødsel i sykehus og forbindelsen dette har til jordmorfaget. At de arbeider tett på personalet gjør at informantene synes det har påvirkningskraft på personalet: «Det at jeg jobber tett på mitt personal hver dag gjør at jeg føler jeg har påvirkningskraft på dem».

Det er viktig for meg hvordan vi legger frem faget vårt, hvilke redskaper vi bruker, hvordan vi anerkjenner hverandre, og er tilgjengelige for hverandre, fordi jordmorkunnskap og jordmorhåndverk er noe vi utvikler gjennom hele karrieren. Jeg ser meg selv som kulturbærer, den som holder fokus på det normale og jordmor faglige.

Det oppleves av informantene at de arbeider for noe som er viktig i jordmorfaget når de har fokus på den normale fødsel. Noen av informantene kjenner likevel på en frustrasjon over at det mangler forståelse for den normale fødsel som verdi i sykehuset. «Normale fødsler tåler ikke stress, så det må være ressurser til å opprettholde denne verdien. Det må være en bevissthet rundt det og arbeid for å opprettholde en kultur på det».

Å være en leder som jobber for å fremme den normale fødsel som verdi i et stort sykehus er veldig kjekt, fordi den normale fødsel er etter min mening hjertet i jordmorfaget. Det passer godt min oppfatning av jordmorfaget, men det er utrolig tøft fordi du føler deg som den eneste i hele sykehuset som forstår viktigheten av dette.

Informantene hevder at de ser det som en stor fordel å dele fagprofesjon med sitt nøkkelpersonell. Informantene hevder de hadde påvirkningskraft på ansatte og at det var viktig å ha nærhet til ansatte og arbeidet i avdelingen for å bevare fokus på normale fødsler. Utsagn som beskriver dette: «Muligheten min til å påvirke den normale fødsel knyttes til de

ansatte jeg er leder for. Jordmødre leder fødeenhetene i Norge. Å være leder med jordmorfaglig bakgrunn gjør det lettere for meg å holde fokus på den normale fødsel».

Det handler mye om hva jeg som leder setter søkelyset på, hvilke signaler jeg sender ut og hva jeg promoterer til personalgruppen. Holdninger og verdier blir formidlet på mange ulike måter, for eksempel med væremåte, nonverbal og verbal kommunikasjon. Alle møter og arenaer der ansatte, ledere og tillitsvalgte møtes er viktige for samarbeid og å holde fokus. Men også i det daglige, hvordan ting tas opp og drøftes – Hvordan holder vi fødslene normale? er et gjentakende tema hos oss.

Fødselsomsorgen er i stadig utvikling sier informantene. Det krever nytenkning å ivareta den normale fødsel i tiden som kommer. Fødselsomsorgen må ønske å legge til rette for den normale fødsel som verdi. Teknologi og kvinners autonomi kan i de fleste tilfeller kombineres med litt kreativitet og vilje. En informant beskrev dette slik:

Jeg tror fødselsomsorgen er på to veier som vi må prøve å flette sammen for å bevare den normale fødsel som verdi i sykehus. Teknologi og medikalisering må flettes sammen med kunnskapsbasert jordmorpraksis og helhetlig tenkning om menneskers autonomi. Jeg vet at i England legger de for eksempel til rette for å utvide det normale i fødsel ved for eksempel at tvillinger kan fødes i vann. Med enkle tiltak som trådløs registrering av fostrenes hjertelyd og tilgjengelig fødselslege utenfor fødestuen, utføres jordmorstyrte tvillingfødsler med fokus på det normale.

4.3 Jordmorlederen som systempåvirker

Under dette punktet vil jeg fremheve de funnene som informantene gav, relatert til sin opplevelse av muligheten for å påvirke forvaltning av den normale fødsel som verdi i organisasjonene de arbeider i.

4.3.1 Tjenesteoppdrag og ressurser samsvarer ikke

Informantene kjenner på kroppen at det stilles høye krav til hva som skal utrettes i avdelingene, uten at de ressursene som trengs er tilgjengelig. Informantene i studien formidler at dette er en vanskelig kamp å stå i. Å ønske å gi samfunnet den tjenesten som forventes og som i enkelte tilfeller også er formulert som krav, er derfor ikke alltid mulig å innfri, ifølge, informantene. De mener at det legges politiske føringer for fødselsomsorg, men at det ikke øremerkes penger til formålene. Dermed økes ikke budsjettene og resultatet er at man må bruke penger man ikke har for å yte den tjenesten som kreves eller forventes. I tillegg hevder informantene at når de økonomiske bevilgningene gis ut fra diagnoser gjøres den normale fødsel ulønnsom økonomisk selv om dette er det beste å oppnå for kvinnen. Et bilde på informantenes oppsummering av dette er: «jeg tenker at å få kvinner gjennom en normal fødsel burde lønne seg økonomisk da dette er det beste for kvinnene. Isteden blir vi straffet økonomisk for å gjøre den beste jobben»

Jeg er nødt til å bruke ressursene for å sikre forsvarlig fødselshjelp og så har jeg egentlig ikke lov å gjøre det. Jeg skulle ønske at man kunne se på fødselsomsorg som det det er. Da mener jeg at det ses på som akutt helsehjelp, for vi driver jo ikke en sengepost med planlagt helsehjelp.

Informantene beskriver videre at ressursmangelen skaper dårlige ledervilkår, spesielt på mellomledernivå. De må hele tiden velge hvilke pasienter som faktisk skal prioriteres.

Informantene sier det slik:

Jeg syns vi har bra samarbeid i ledelsen, men vi sitter og holder på våre ressurser fordi vi har så få. Det gjør at det hele tiden er en drakamp om ressursene, og det skaper ikke et sunt lederfelleskap.

Verdiene som preger helseforetaket, påvirker også den normale fødsel som verdi i sykehus, sier informantene. Verdiene som fremmer normal fødsel, kommer ofte i konflikt med effektivitet og lønnsomhet, uttrykker informantene i studien. Informantene beskriver en konflikt mellom disse verdiene som er vanskelig å forholde seg til. Utsagn som indikerer dette er: «Det er en evig drakamp om økonomien i sykehuset hele tiden, og som leder er dette kanskje en av de vanskeligste tingene å forholde deg til».

Normale fødsler tar lang tid og er dermed hverken effektive eller lønnsomme. For å kunne bevare den normale fødsel trengs en sterk økonomi. Det må være en solid grunnbemanning slik at ressurser til de patologiske situasjonene ikke alltid går på bekostning av andre pasientgrupper.

4.3.2 Ubalanse mellom planlagt og faktisk bemanning

Informantene gir uttrykk for at mye av arbeidstiden deres går med til å sikre at det til enhver tid er det antall jordmødre på jobb, som de har i sin grunnbemanning. Nok jordmødre på jobb er en forutsetning for å kunne ivareta den normale fødsel. De er frustrerte over at bemanningsplanene ved avdelingen ikke er beregnet ut fra at jordmødre skal ha ferie, permisjoner eller være syke. Informantene mener at grunnbemanningen er så lav at det automatisk gir uforsvarlig drift av tjenestene, dersom alt fravær ikke dekkes inn.

Vi har akkurat nå en veldig bra jordmorgruppe. Akkurat nå er alle stillinger besatt, men grunnbemanningen er så lav at jeg må likevel leie inn vikarer for alt fravær. Alle ferier, sykefravær, permisjoner og kurs. Tror det kunne vært lurt med en nasjonal bemanningsnorm som i det minste tar høyde for at ferie er lovpålagt og må avvikles, også for jordmødre.

I tillegg merker noen av informantene at jordmormangelen i Norge er alvorlig, ved at rekrutteringen av jordmødre er blitt vanskelig. Dette gjør at løsninger for å sikre forsvarlig helsehjelp i fødeenhetene blir kostbare og kortsiktige. Informantene utdyper at resultatet av dette er at overtidsvakter pålegges og arbeidstid forskyves for jordmødre i fødeenheten, og man er i tillegg avhengig av å leie inn utenlandske jordmorvikarer. Informantene beskriver dette slik:

Bemannings situasjonen er helt avgjørende for at vi skal kunne ivareta den normale fødsel. Det koster veldig mye penger når jeg hele tiden mangler personell. Jeg betaler ofte tre ganger mye i forhold til om vekten hadde ligget i grunnbemanningen. Nå må jeg bruke dyre løsninger som forskjøvet arbeidstid, overtid og innleie av vikarer for å dekke jordmorbemanningen.

Informantene hevder at den normale fødsel som verdi lettere kan ivaretas med nok bemanning på jobb. Travelhet forstyrrer roen som trengs for å formidle trygghet til fødekvinnen og hennes partner. Informantene oppsummerer dette slik:

Økt grunnbemanning av jordmødre ville gjort det lettere å bevare normale fødsler. Det ville gitt mer rom for å formidle omsorg og trygghet gjennom tilstedeværelse. Å jobbe i kaos gir utrygghet hos jordmødre. Da er det ikke lett å formidle ro og trygghet for kvinnen for å fremme normal fødsel.

Informantene formidler at patologiske tilstander må prioriteres og dermed flyttes personell fra normale fødsler til pasienter med mer patologiske forløp i fødsel. Når prioriteringen hele tiden må gjøres på denne måten mener informantene at andre pasientgrupper må lide under dette. Fleksibiliteten som kreves av ansatte er til tider urimelig. Informantene sier at bemanningssituasjonen ved deres fødeenheter gjør at de må låne jordmødre fra barsel, eller en eventuell annen fødeenhet i nærheten. Dette hevder de dermed senker kvaliteten på tjenester til andre pasienter. Informantene beskriver dette slik: «Det handler ikke om at det ikke er forståelse for at det trengs jordmødre til de normale fødslene også, men det er bare så vanskelig å gjøre noe med antall personer på hver vakt».

Jordmødre flyttes til barsel, føde, poliklinikk, ja alle steder jordmødre er ansatt. De ansatte er fleksible og strekker seg utrolig langt. Men det gjør at ikke alle kvinner får det samme tjenestetilbudet. Vi har ikke kapasitet til å ta imot alle som skulle vært hos oss, når vårt personell må lånes ut til en annen avdeling. Vi har heller ikke kapasitet til å gi den fødselsomsorgen som vi vet trengs for å ivareta den normale fødsel.

Informantene hevder at den lave grunnbemanningen på norske fødeenheter gjør det vanskelig å utføre differensiert fødselsomsorg. De formidler dette på denne måten:

Det vil alltid være de store avdelingene som vil vinne kampen om ressursene fordi deres stemme er sterkest. Jeg tror det er lettere å bruke ressursene feil dersom avdelingene ikke har avstand nok. Det er feil at det skal være lett å stenge ned et tilpasset pasienttilbud på grunn av ressursmangel. Det har blitt gjort mange ganger.

Ifølge, informantene forstyrres en målrettet rekrutteringsprosess av jordmormangel. Dette påvirker muligheten for å bevare den normale fødsel i sykehus. Informantene uttrykker dette på denne måten:

Jeg skulle ønske at jeg hadde mer påvirkningsmulighet til å rekruttere og plukke ut jordmødre som var genuint interesserte i normal fødsel. På grunn av mangel på jordmødre må vi rekruttere alle som søker, bare de har autorisasjon. Før kunne jeg velge, men nå kan jeg bare håpe vi får noen som passer inn i avdelingen vår.

4.3.3 Økonomiske langtidseffekter av normal fødsel som verdi

Informantene fremhever at normale fødsler vil gi en langvarig helseeffekt på fødekvinnene og barna som fødes. De mener at de økonomiske langtidsvirkningene av gode fødselsopplevelser ikke blir verdsatt. Informantene hevder at det er viktige økonomiske hensyn å ta, dersom normal fødsel skal ivaretas som verdi i sykehus. Utsagn som sier noe om dette er: «Jeg mener oppriktig at å ivareta det normale er en økonomisk verdi ut fra et livslangt helseperspektiv for kvinnen og barnet etter en god fødselsopplevelse».

Normale fødsler generelt har mye med tålmodighet å gjøre. Fødslene som tar lang tid, krever mest av jordmor. Tålmodighet koster penger. Jeg mener vi trenger en sterk økonomi for å kunne prioritere den normale fødsel som verdi i sykehus. Jeg sammenligner fødselsomsorg med en bedrift i oppstartsfasen. Det er ikke i oppstartsfasen bedriften er lønnsom, men det er da fundamentet for lønnsomhet på lang sikt legges.

5.0 Diskusjon av funn

Ethvert funn er unikt på den måten at det sier noe om informantenes egne refleksjoner. De funnene som er valgt ut i diskusjonen opplevdes å gi de mest reflekterte svarene på studiens problemstilling.

5.1 Syn på fødsel

Et av funnene i studien var informantenes ulike oppfatninger av definisjonen på normal fødsel. En mulig forklaring på dette er at det under påvirkning av en medikalisering av fødselsomsorgen, og generelt i industrialiserte land (Miller et al., 2016), har oppstått en uklarhet rundt hva som kan defineres som en normal fødsel i Norge i dag. Oppfatningen av hva som er en normal fødsel vil påvirke vektning av verdier i fødselsomsorgen, og er derfor et viktig perspektiv i denne studien. Det nærmeste vi kommer WHO sin definisjon på normal fødsel (WHO, 1996) i et offentlig dokument i Norge, er differensieringskriteriene til fødetilbudet fødestue (Helsedirektoratet, 2010). Det finnes ikke en egen indikator for normale fødsler i medisinsk fødselsregister i Norge. I stedet finnes indikatoren «fødsel uten større inngrep og komplikasjoner» (Folkehelseinstituttet, u.å). Dette kan insinuere at synet på den normale fødsel kan inneholde mindre inngrep, som for eksempel medikamentell stimulering av rier og medikamentell smertelindring. Det kan her se ut til at Helsedirektoratet også er uklare på hvordan en normal fødsel skal defineres i Norge i dag. Det hevdes å være en stor uenighet i Norge om smertelindring kan inkluderes i definisjonen på en normal fødsel (Blix, 2020; Helsedirektoratet, 2021b; Folkehelseinstituttet, u.a). Gjennom sin utdanning er jordmødre godt kjent med WHO sin definisjon på normal fødsel (WHO, 1996, s.4; Blix, 2020, s. 51). Utgangspunktet for denne definisjonen er at fødsel er en fysiologisk prosess, som for de fleste friske kvinner kan gjennomføres uten komplikasjoner (WHO, 2018). Ulike syn på fødsel i Norge hevdes å være ukjent for mange. Synet spriker mellom en naturlig, biologisk hendelse, til en medisinsk tilstand forbundet med smerte (Helsedirektoratet, 2021b). Et sykehus er i utgangspunktet en organisasjon designet for diagnostisering og behandling av sykdom. Denne tankegangen er retningsgivende for hvordan tjenestene blir organisert og hvilke verdier det settes fokus på. Det har derfor lenge vært viktig å bevisstgjøre demedikalisering som et mål i fødselsomsorgen (WHO, 2018;

Helsedirektoratet, 2014). Jordmors identitet og autonomi i fødsel knyttes til den normale fødsel, og er potensielt et viktig moment i fremelsking av å fremme den normale fødsel (WHO, 2018; ICM, 2017). Informantenes utsagn om at de i praksis opplever å arbeide aller mest med normale fødsler, både uten og med smertelindring, kan bekreftes av helsedirektoratets oppsummering av statistikk fra medisinsk fødselsregister. Nær 70 % av førstegangsfødende, og over 90% av flergangsfødende, fødte spontant uten alvorlige komplikasjoner i 2020 (Folkehelseinstituttet, u.å; Helsedirektoratet, 2021b). Forskning viser at jordmødre ser på normal fødsel som det samme som spontan vaginal fødsel (Brunstad, 2010).

5.2 Verdier for og i praksis i norsk fødselsomsorg

Et viktig funn i studien var informantenes refleksjoner over verdiene de mener preger praksis i sine avdelinger. Uttalte verdier var blant annet trygghet, tilstedeværelse og kommunikasjon, samt kvinnes rett til autonomi. Lederne hadde sterkt fokus på disse verdiene, og det var tydelig at de mente disse verdiene er viktige for praksis. En forklaring på dette er at lederne mener en praksis ut fra disse verdiene kan gi fødekvinne den beste fødselsomsorgen, og den beste muligheten til å oppnå en spontan vaginal fødsel, et friskt barn og en god fødselsopplevelse. Litteraturen forklarer at verdier kan være både rasjonelle mål og idealer, samt en sentral kilde til institusjonell og personlig identitet (Aadland & Askeland, 2019; Løvaas, 2022). Verdier dreier seg om oppfatninger av hva som er verdifullt, og kan også være intuitive prioriteringsmål som må fortolkes ut fra mønster i praksis. Praksis er basert på verdier, og verdigrunnlaget konstituerer dermed praksis (Thommassen, 2018; Aadland & Askeland, 2019). Verdiene beskriver faktisk verdsettelsespraksis karakterisert ut fra hva som er meningsfullt i en gitt kontekst, og de uttrykker ønsket intensjon og former retningen på praksis (Askeland, 2010, s. 471; Askeland 2020, s. 19-20). Det upresise ved verdier gjør at de må tolkes inn i hver ny sammenheng. Verdiene gir retning uten å være helt konkrete (2004, s. 151). Verdiene informantene har løftet frem viser hvilken praksis de tenker er foretrukket av jordmødre i fødselsomsorg. WHO har sagt at det ikke er nok i fødselsomsorg å bare gjøre kliniske intervensjoner. Praksis må også inneholde verdier som kan forbedre opplevelsen av omsorg i fødsel (WHO, 2018).

Trygghet var den verdien informantene hevdet var den viktigste i praksis. En mulig forklaring kan være at trygghet er det mest nødvendige for at fødekvinne skal få en god fødselsopplevelse. En annen forklaring kan være at trygghet kan knyttes tett til de andre verdiene som informantene fremhevet. Tilstedeværelse kan gi trygghet, i form av å kjenne seg ivaretatt av kyndig personell og ikke overlatt i en utrygg situasjon alene. Kommunikasjon kan gi trygghet i form av informasjon og omsorgsfulle samtaler. Autonomi kan gi trygghet gjennom å bli lyttet til, og følelsen av å få være med å bestemme over egen fødsel. Trygghet beskrives som en følelse av sikkerhet, være uten bekymringer og ikke styrt av begrensninger (Norsk akademisk ordbok, u.å.; Helsedirektoratet, 2019). Psykologisk trygghet er et begrep som relaterer seg til opplevde egenskaper i et sosialt klima, særlig relatert til grupper eller organisasjoner (Sagberg, 2020). Begrepet kan imidlertid også lett overføres til et sosialt klima i en fødsel. Fødsel ses i praksis ofte på som arbeid for fødekvinne, og arbeidet skjer i et sosialt klima sammen med partner og helsepersonell. Å oppleve psykologisk trygghet innebærer å føle seg trygg på at man kan dele bekymringer og feiltrinn, uten å være redd for å bli gjort narr av eller utsatt for negative reaksjoner (Sagberg, 2020). Å være i fødsel regnes for å være en svært sårbar situasjon å være i. Forskning på psykologisk trygghet hevder at trygghet kan minimere mellommenneskelige feil, og øke samarbeid, spesielt i situasjoner forbundet med usikkerhet, kompleksitet og gjensidig avhengighet (Edmondson & Lei, 2014). Det er kjent fra både praksis i fødselsomsorgen og forskning relatert til fødsel, at trygghet har en positiv påvirkning på opplevelsen av fødselsomsorg (WHO, 2018).

Autonomi var en annen verdi informantene hevdet var viktig i praksis. En forklaring på dette er at også fødekvinne, som de fleste andre mennesker, har behov for å føle at de bestemmer i eget liv. Autonomi eller selvbestemmelsesrett til pasienter i helsevesenet betyr frihet til å gjøre valg av betydning for eget liv og egen helse (Store Norske leksikon, u.å). Autonomi er, ifølge, filosofen Kant, å være selvlovgivende (gjengitt i Rossvær, 1977, s. 35). eller det å ha retten til å bestemme over eget liv (Eide & Skorstad, 2020, s. 112).

Autonomiprinsippet hevdes å være sterkt knyttet til informert samtykke. Hovedpoenget er at en person skal samtykke i deltagelse eller behandling og for at dette samtykke skal være gyldig må personen ha tilstrekkelig kunnskap til å forstå konsekvensene av samtykke (Eide & Skorstad, 2020, s. 112-114). Hvilken informasjon fødekvinne baserer sin autonomi på er forskjellig. Syn på fødsel, samfunnets påvirkning og påvirkning fra de helsepersonell som har

fulgt kvinnen gjennom graviditeten vil være avgjørende for om kvinnen ønsker en normal fødsel. I forskning hevdes det at autonomi er et av menneskets mest fundamentale behov. Autonomi og autonomistøtte har dokumenterte fordeler, blant annet i helserelaterte situasjoner med behov for omsorg, og er av sentral betydning for personlighetens funksjon og velvære (Ryan & Deci, 2006, s. 1580). Å få være med å bestemme over sin egen fødsel er i forskning direkte knyttet til en positiv fødselsopplevelse (WHO, 2018). Informantene hevdet at kvinnens autonomi ble ivaretatt så langt det var mulig i ønsker om medisinske ønsker, som for eksempel ønske om induksjon og smertelindring. Autonomi relatert til ønsker om en fysiologisk fødsel, med ønsker som gikk på tvers av retningslinjer, som for eksempel tvillingfødsel i badekar, mente informantene at helsevesenet fremdeles er bundet av normer som kan hindre pasientens autonomi. Autonomi relatert til fødested er hjemlet i pasientrettighetsloven (Lovdata, u.å), men det reelle valget i praksis i Norge er svært geografisk begrenset, da jordmorstyrte enheter for normale fødsler ikke er tilgjengelige alle steder. Det nytter lite at internasjonale retningslinjer hevder at jordmorstyrte enheter er det beste stedet å føde (WHO, 2018; NICE, 2017), når dette ikke er et reelt valg for alle fødekvinne i Norge.

Verdier som uttales er gjerne idealene for den praksis man ønsker, og faller ofte sammen med de verdiene organisasjonen har formulert for ønsket praksis (Jacobsen & Thorvik, 2019, s. 128). Helseforetak i Norge har ofte verdiene trygghet, respekt og kvalitet som sine uttalte verdier for sin organisasjon (Helse Stavanger, 2018, s. 2). Dette kan være et eksempel på overgripende verdier, som deles av de fleste gruppekulturer i helseforetaket som organisasjon (Alvesson, 2002). I verdibevisst ledelse er en aktiv lederaktivitet å utforme organisatoriske mål ut fra verdibevisstgjørende prosesser. Verdier-for-praksis er gjerne en form for målstyring som er mer fleksibel enn konkrete mål (Aadland & Askeland, 2019). Verdiene som informantene mener er viktige for å fremme den normale fødselen er kjente profesjonsverdier for jordmødre, som er ervervet gjennom utdanning (Blix, 2020) og praktisering av yrket. De er også nedfelt i internasjonale retningslinjer for jordmødre (WHO, 2018; ICM, 2014) ut fra forskning gjort på hvilken praksis som er best for fødende kvinner. På den måten er de også verdier-i-praksis. Verdiene er hentet fra praksis. De er en del av praksisen som utføres i enkelt handlinger, og er dermed de verdiene som dekker handlingen best (Aadland et.al, 2019). Profesjonsverdiene som informantene fremhever, ser ut til å

være en viktig side av kvaliteten i fødselsomsorgen (Johansen et.al 2017). Tilstedeværelse i aktiv fødsel er en kjent jordmorverdi fra forskning og internasjonale anbefalinger, som hevdes å fremme normal fødsel (Hodett et al. 2017, WHO, 2018). Tilstedeværelse i fødsel er også formulert som et formelt kvalitetskrav i Norge som skal dokumenteres og rapporteres på. Et av funnene i studien var at ledere satte stor pris på at tilstedeværelse i fødsel var nedfelt som et kvalitetskrav i fødselsomsorgen (Helsedirektoratet, 2010; Helsedirektoratet, 2020).

Andre funn som omhandlet tilstedeværelse, var at informantene mente det var viktig å lage kriterier på dette kravet og rapportere på det. På den måten ville kravet, i tillegg til å være en viktig verdi-i-praksis, også bli en verdi-for-praksis gjennom å kunne være en målbar kvalitetsindikator på å fremme normal fødsel. Dokumentering vil kunne vise om avdelingene har nok ressurser til å innfri dette kravet. Johansen et al. (2017) fant at halvparten av fødeinstitusjonene i Norge ikke hadde skriftlige kriterier på krav om tilstedeværelse, og heller ikke rapporterte på dette. Det finnes nok ulike svar på hvorfor dette ikke rapporteres, men det indikerer først og fremst at det ikke er et prioritert kvalitetskrav å rapportere. Hvilke verdier som vektes, er det organisasjonen som bestemmer. Det kan se ut som målstyring med fokus på ressursutnyttelse og effektivitet kan ha en innvirkning, også på hvilke verdier og kvalitetskrav som prioriteres i Norsk fødselsomsorg. Forskning på verdier hevdes det at kjerneverdier både er lette å opprettholde, men også lette å endre. Denne forskningen satte søkelys på hvordan verdier viser seg, blant annet gjennom organisasjonskultur, og at de også manipuleres. Funn i studien illustrerte også hvordan ledere utfører arbeid med verdier gjennom å tilpasse eller rettferdiggjøre sin praksis ut fra kjerneverdier (Sirris, 2020). (Geman et al. 2013) viser at arbeid med verdier handler om aktivt å håndtere bekymring, knytte lokale bekymringer til praksis, utføre verdier i praksis og holde kontinuerlig diskurs rundt verdier i gang. Det er en bekymring hos informantene i denne masteroppgaven rundt verdien av normal fødsel. De jobber med å knytte disse bekymringene til praksis gjennom fokus på verdier-i-praksis som fremmer den normale fødsel. Gjennom å innta en aktiv rolle i organisasjonskulturen, jobber de for å rettferdiggjøre disse kjerneverdiene fra profesjonen, og holde liv i diskursen rundt den normale fødsel som verdi.

Et annet funn når det gjelder verdier i studien, er de skjulte verdiene som kommer frem når informantene deler sine refleksjoner rundt bemanning og økonomi. Verdier som fleksibilitet, effektivitet og lønnsomhet er verdier som kommer frem i utsagn som «Jordmødre flyttes til barsel, føde, poliklinikk, ja, alle steder jordmødre er ansatt. De ansatte er fleksible og strekker seg utrolig langt», «Normale fødsler tar lang tid og er dermed hverken effektive eller økonomiske». Her kan det se ut som de skjulte verdiene om fleksibilitet, effektivitet og lønnsomhet settes foran verdiene som fremmer normal fødsel. Informantene var kritiske til denne bruken av ansatte og var tydelige på at denne praksisen var ødeleggende for den normale fødsel som verdi, da det var nettopp disse pasientene dette gikk ut over. Friske kvinner i normal fødsel prioriteres sist, og får derfor ikke alltid den fødselsomsorgen som det er ønskelig å gi. Verdibevisst ledelse handler også om å kritisk reflektere over praksis i organisasjonen. Ledere ser etter løsninger som kan minimere handlinger og beslutninger som uttrykker ikke-ønskede verdier (Aadland et al. 2019, s. 16). Informantene nevner blant annet en «økt grunnbemanning» som løsning for å kunne gi alle fødekvinne en mer lik omsorg med økt tilstedeværelse. Informantene hevder med utsagn som: «Det er en evig drakamp om økonomien i sykehuset hele tiden, og som leder er dette kanskje en av de vanskeligste tingene å forholde deg til», at det er sterk overvekt av ikke-ønskede verdier i praksis. Det kan se ut som at informantene strever med å finne balanse i dynamikken mellom uønskede verdier, verdier-for-praksis og verdier-i-praksis. Informantene er ærlige på at normal fødsel som verdi er vanskelig å opprettholde i denne ubalansen. I praksis går det ikke an å gi en-til-en omsorg i fødsel til mer enn en fødekinne om gangen. Utsagnet over viser også at det er følelser knyttet til verdiene, som for eksempel «vanskelig å forholde seg til». Følelser er verdiuttrykk og er et uttrykk for at verdiene våre møter virkeligheten (Grelland, 2020, s. 95-100). Funnet kan tolkes som at informantene står i verdikonflikter mellom uønskede verdier, verdier-for-praksis og verdier-i-praksis og at dette er utfordrende og ensomt. Et utsagn fra informantene som direkte bekrefter dette er:

«Å være en leder som jobber for å fremme den normale fødsel som verdi i et stort sykehus er veldig kjekt, fordi den normale fødsel er etter min mening hjertet i jordmorfaget. Det passer godt min oppfatning av jordmorfaget, men det er utrolig tøft fordi du føler deg som den eneste i hele sykehuset som forstår viktigheten av dette».

At informanten bruker metaforen hjertet kan tyde på at normal fødsel er en kjerneverdi for informanten, og at det sier noe om informantens identitet som jordmor, som leder og om syn på fødsel. Å innføre verdier i organisasjonen kan gi en følelsesmessig identifisering til organisasjonen. Dette kan gi en følelse av motstand og personlig tap om verdiene krenkes (Selznick, 1997). I forskning er det vist at det å gi verdi til mellomlederen og ansatte er en nøkkel til å inspirere dem, øke deres stå-på-vilje og forbedre deres lederskapkapasitet (Belasen & Belasen, 2016). Forskning har også vist at hvordan ledere arbeider med spenninger, kan handle om å finne en balanse mellom arbeid der ledere kan utøve autonomi og der de ikke kan det (Lund, 2020).

5.3 Leder som kulturforvalter av norsk fødselsomsorg

I norsk språkbruk er forvaltning en betegnelse på ulike former for å ta vare på, benytte eller administrere (Store norske leksikon, u.å). I denne sammenheng, en organisasjonskultur som fremmer verdien av den normale fødsel. Et funn i studien var at informantene mente de var «kulturbærere i avdelingen, den som holder fokus og tilrettelegger». En forklaring på dette er at i rollen som leder tar de de ansvar for å fremme verdier som fører til et felles ønsket mål. Et ønsket mål er å lede jordmødrene til å kunne gi fødekvinnen en normal fødsel, god fødselsopplevelse og et friskt barn. Informantene delte sine refleksjoner over hvordan de på ulike vis tilrettela i avdelingen for å fremme den normale fødsel som verdi. Et aspekt i verdibasert ledelse er å legge til rette for arbeid med verdibevisshet i personalgruppen (Vråle, 2019, s.307). I verdibasert ledelse er aktiv lederinnsats, gjennom gjentatt oppmerksomhet på ønskelige verdier og praksisuttrykk et viktig element, som kan mobilisere til en god organisasjonskultur (Aadland & Askeland, 2019). Synlige tiltak som innredning av fødestuer og bruk av belysning og musikk, var noen av faktorene som ble nevnt. Disse synlige og hørbare tiltakene, eller artefakter som Schein (2010) og Jacobsen & Thorvik (2019) kaller dem, kan ses på som verdiuttrykk for underliggende verdier i organisasjonskulturen ved avdelingen. De speiler dermed verdiene som ligger i bunn for tiltakene. Måten det ble snakket på i avdelingen, å gi uttrykk for at jordmor har tid og det å skjerme pasienter fra en travel avdeling for å formidle ro, ble det også lagt vekt på.

Forskning viser at kommunikasjon kan være en viktig kilde til å formidle psykologisk trygghet (Yanchus et al., 2014). Andren et al., 2021 har vist at innredning av fødestuer kan ha en positiv effekt på å fremme normale fødsler. Artefakter og de verdiene informantene fremmer kan, ifølge Schein, is oss noe om de grunnleggende antagelsene hos informantene i studien (Schein, 2010; Jacobsen & Thorvik, 2019). Som jordmor og leder må man ha en intensjon for avdelingen, som man leder mot. Verdier kan knyttes til en ønsket fremtid. Ved å binde seg til klart formulerte mål og verdier, er fordelene at man blir tydelig og forutsigbar i møte med seg selv og andre (Brunstad, 2019). Et av målene jordmødre har gjennom sin profesjon er å fremme den normale fødsel (ICM, 2014c). Ut fra fremtredende artefakter og verdier i denne studien kan det virke som at en av de grunnleggende antagelsene (Schein, 2010; Jacobsen & Torvik 2019) vi kan ane hos informantene er at de ser på normal fødsel som en fysiologisk prosess de skal legge til rette for.

At lederne mente de var aktive i å holde fokus på verdier som fremmer den normale fødsel er et funn i denne studien. En forklaring på dette er at mennesker er kjent med at vi aktivt må holde fokus på det vi synes er viktig. Om målet er å holde fokus på å fremme den normale fødsel som verdi, vil det være naturlig å jobbe med tiltak som bevisstgjør holdningene og verdiene som nettopp fremmer den normale fødsel. Disse tiltakene viste informantene at de bidro til i en aktiv rolle gjennom organisasjonskulturen på ulike nivå. I flere av ledelsesdefinisjonene er organisasjonskultur en viktig del av ledelsen (Alvesson, 2002, Copeland, 2004, Yukl, 1989). Fokus kan endre praksis. Forskning gjort på hvordan jordmødre lyttet på fosterlyd ved innkomst til normal fødsel, er et eksempel på dette. Auditen viste diskrepans mellom praksis og kunnskapsbaserte retningslinjer relatert til unødvendig bruk av teknologi CTG (elektronisk fosterovervåking) på lavrisikofødende ved innkomst i sykehus. Det ble satt inn tiltak og fokus på å bevisstgjøre jordmødre og ledere ved avdelingen på overbruk av elektronisk fosterovervåking. Ved en re-audit var forekomsten av bruken redusert fra 77% til 30% (Jøransli et al. 2018).

Et funn i studien er at informantene ytrer at det stadig oppstår konflikt, mellom faglig jordmorskjønn og retningslinjer i enkeltsituasjoner i praksis. En forklaring på dette kan være at det er sprik mellom det retningslinjene sier og det som jordmødrene har erfaring med, eller det pasienten ønsker i situasjonen. En annen forklaring kan være at retningslinjene ikke alltid er oppdatert etter nyeste forskning og anbefalinger, dermed blir jordmødre usikre på

om praksisen de er satt til å utføre er kunnskapsbasert. En tredje forklaring kan være at det fremdeles er mangel på forskningsbaserte kunnskaper på mye av praksisen i fødselsomsorgen. Retningslinjer for praksis utarbeides ved det enkelte helseforetak, med et overordnet mål om å være tuftet på kunnskapsbasert praksis. Kunnskapsbasert praksis skal sikre en likevekt mellom kunnskap fra forskning, kunnskap fra erfaring og pasientens kunnskap og medbestemmelse. Kunnskapsbasert praksis er et overordnet mål for praksis i Norsk helsevesen (Helsebiblioteket, u.a). Evidensbasert praksis utgjør en fellesbetegnelse på et system der hovedhensikten er å sørge for at beslutninger om pasienter i større grad har utgangspunkt i empirisk dokumentasjon av behandlingseffekt. Sårbarhet relatert til praksis er at et ensidig fokus på å dokumentere hva som virker gjør at en glemmer å problematisere hvorfor det virker og i forhold til hva (Ekeland, 2009, s. 146-148).

Retningslinjene for normal fødsel i Norge bygger på forskning og anbefalinger fra blant annet internasjonale retningslinjer utgitt av WHO, verdens helseorganisasjon og NICE Guidelines (WHO, 2018; NICE 2017). På den måten skal det sikres en internasjonal, kunnskapsbasert fødselsomsorg for normale fødsler, også i Norge. De Nasjonale retningslinjene for fødselshjelp (Norsk gynekologisk forening, 2021), omtaler ikke normale fødsler og kan dermed ikke brukes som veileder i normale fødsler.

Skrevne retningslinjer er også et uttrykk for formelle normer i organisasjonskulturen og sammen med verdier skal de legge grunnlag for en ønsket praksis (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 129). Som ordet forteller, er retningslinjer retningsgivende. Det er ikke alltid tilstrekkelig å kun følge retningslinjer i ulike praksissituasjoner. Retningslinjer er ikke individuelt tilpasset og blir derfor ikke alltid det beste valget i enhver situasjon. Nordvedt og Grimen skriver om etisk partikularisme som et begrep som kan forstås på to måter. Den ene er at etisk dømmekraft må være kontekstsensitiv og forholde seg til alle relevante moralske forhold i en situasjon. Den andre er at etisk partikularisme kan forstås som en påstand om hvordan moralske vurderinger skal begrunnes, i lys av allmenngyldige moralske prinsipper. Ingen situasjoner er like i moralsk forstand (2009, s. 163). Etske retningslinjer i fødselsomsorg er sterkt knyttet til viktigheten av å fremme den normale fødsel (ICM, 2014b).

Faglig skjønn er en del av den erfaringsbaserte kunnskapen som er helt nødvendig for å kunne gi best mulige tjenester i enkeltsituasjoner (Bjørndal, 2009; Helsebiblioteket, 2022).

Det krever erfaring og faglig trygghet å opparbeide seg et faglig skjønn og å stole på dette (Thomassen, 2018, s. 25-26). Nyutdannede er derfor gjerne mer knyttet til retningslinjer enn ansatte med mer erfaring (Benner, 1995). Informantene opplever likevel at selv erfarne jordmødre ikke lengre stoler på det faglige skjønnet sitt og velger å følge retningslinjene, selv i situasjoner der de vurderer dette som feil praksis. Dette er det motsatte av det vi finner i teorien, der det hevdes at profesjonsarbeidere er så tro mot sine verdier at de velger å følge profesjonelle standarder, på tross av retningslinjer der dette faller naturlig i løsningen av en arbeidsoppgave (Jacoben & Thorvik, 2019, s. 147). Det kan virke som om retningslinjer har fått en unaturlig stor betydning i fødselsomsorgen, på bekostning av jordmorfaglig skjønn. Informantene hevder dette gjør tjenestene mindre fleksible for både pasienten og profesjonsarbeideren. Dette kan påvirke balanseforholdet mellom forskning, erfaringsbasert kunnskap og brukermedvirkning og dermed også forstyrre muligheten for i praksis å være kunnskapsbasert. Funnet kan kanskje knyttes til funn der informantene hevder at jordmødre må være trygge på jobb for å kunne formidle trygghet videre til fødekvinnene. Ledere bør derfor legge til rette for å oppnå et psykologisk trygt klima på jobb, slik at ansatte kan få mulighet til å vokse i oppgavene, lære, ønske å delta og utføre arbeidsoppgaver på en effektiv måte (Edmondson & Lei, 2014).

Kanskje kan dette også knyttes til funnet der informantene hevder at jordmors autonomi er knyttet direkte til den normale fødsel? Clemons et al., 2021 viser at jordmødres autonomi støttes av deres ekspertise, samt av fødekvinnene og kollegaer som forstår og respekterer deres praksis. Når autonomien hindres, av for eksempel organisasjonskultur og faglige forskjeller, er det nettopp tilbudet om den kvinnesentrerte omsorgen som lider. Profesjoners autonomi hevdes å både være svekket (Larsson et al. 2009) og i endring (Everett, 2013). Everett hevder at betydningen av profesjonalitet ikke er fast og at analyse av begrepet har vist endringer over tid i både tolkning og funksjon (2013). Det kan se ut til at en svekket jordmorautonomi kan føre til mindre bruk av faglig skjønn i praksissituasjoner.

Et funn er at informantene i studien så det som en viktig oppgave å delta direkte eller indirekte i utforming av retningslinjer ved deres avdeling. En grunn til dette er at leder da har mulighet for å påvirke normene for avdelingen gjennom skriftlige retningslinjer. Det kan også være en måte å få formulert viktige verdier på. En av informantene sa at hun «lurte inn en setning om informert valg for pasienten» så ofte hun kunne klare i avdelingens

retningslinjer. Det interessante med dette utsagnet er at det som skulle vært en selvfølge ut fra pasientrettighetsloven (Lovdata §4), at pasienten har medbestemmelsesrett, oppleves å ikke automatisk gis plass i retningslinjer. Her kan det se ut som det rokkes ved en viktig verdi, både for pasienten og for jordmor, nemlig autonomi. En annen informant sa at det hadde vært stor motstand fra ledelsen og andre profesjoner til retningslinjer hun hadde utarbeidet, enda disse var oppdatert etter nyeste internasjonale anbefalinger (WHO, 2018; NICE, 2017). Det kan se ut som at vedkommende ble et offer for de uformelle normene som var bestemmende i organisasjonen. Uformelle normer finnes i alle organisasjoner og beskrives som uskrevne regler om hva som er akseptert atferd i ulike situasjoner (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Det kan ut fra dette funnet se ut til at det ved helseforetak i Norge finnes uformelle normer rundt motstand mot å følge retningslinjer som resten av verden har blitt enige om.

I et annet funn i studien hevder informantene at det er en stor fordel å ha samme profesjon som sitt nøkkelpersonell for å kunne fremme den normale fødsel som verdi. Samme profesjon gir ledere og ansatte et felles verdigrunnlag og kan gi en følelse av gjensidig forståelse for praksis. I jordmoryrket er det å fremme den normale fødsel nedfelt som en viktig verdi (ICM, 2017) og gjennom utdanning kan jordmødre det meste om hvordan den normale fødsel fremmes (Blix, 2020). Profesjonaliserte yrker kjennetegnes av klare standarder for hva som er god yrkesutøvelse (Colbjørnsen, 2004). God ledelse, relatert til profesjonsarbeidere, er knyttet til det å la fagfolk gjøre det de er gode på (Strand, 2007). Kunnskap, verdier, holdninger og identifikasjoner fra utdanning er internalisert eller institusjonalisert og vanskelige å endre (Selznick, 1980; Jacobsen & Thorvik, 2019). Ledere på sin side vil prøve å påvirke prestasjoner og måloppnåelse i organisasjonen. Copeland skriver at det er stor enighet mellom ledelsesteoretikere om viktigheten av utvikling og vurderinger av etikk og verdier for ledere i det 21. århundre. Hun konkluderer med at ledere med en verdibasert dimensjon bak sitt lederskap er mer effektive enn sine kollegaer som mangler dette (2014, s 106 - 131).

Aktivt lederskap for å oppnå mål er i teorien fremhevet som essensielt, «Ledere kan ikke nøye seg med å være lyspærer- de må være ledestjerner» (Colbjørnsen, 2004). Den viktigste styringsmekanismen overfor profesjonsyrker regnes for å være kommunikasjon med utgangspunkt i ekspertfelleskapet. Ledere ses på som de første blant likemenn (Stand, 2007). Å beholde denne statusen hos ansatte og samtidig arbeide ut fra organisasjonens

målsetning, hadde vært lett om verdiene organisasjonen har uttalt var de samme som verdiene i praksis. Opplevelsen de fleste ledere har fra drift i offentlige helsetjenester, er likevel at det er stort sprik mellom de uttalte verdiene som trygghet, kvalitet og respekt og de skjulte verdiene effektivitet, fleksibilitet og resursutnyttelse som ligger i målstyringen for organisasjonen. Økonomi styrer mange målsetninger, også innen helsevesenet. Ressursstyring og finansierungsordninger binder ledere til verdier som ligger langt fra egne profesjonsverdier (Helsedirektoratet, 2020).

Hvordan forholder ledere seg til disse ulike verdsettene? Er de mest ledere eller er de mest profesjonsarbeidere? Informantene i studien viser stor lojalitet overfor sine profesjonsverdier. De uttrykker i tillegg en tydelig frustrasjon over at det er vanskelig å legge til rette for at profesjonsarbeidere skal kunne gjøre det de er gode på, noe som regnes for å være en viktig lederrolle (Strand, 2007). Det er gjort forskning på hvordan ledere balanserer det å være både profesjonsarbeider og leder. Denne forskningen kaller disse lederne for hybride og viser at disse lederne har et dobbelt sett med identiteter og roller som kommer fra både profesjonalitet og lederskap. Balanserer hybride ledere denne dobbeltheten på en god måte? McGivern et al., 2015 hevder at profesjonelle i midlertidige lederverv bruker lederrollen til å promotere og opprettholde profesjonsverdier, mens de som er i faste lederstillinger utvikler en autentisk hybrid identitet. Forskning viser også at hybride ledere identifiserer seg likt mellom disse identitetene (Reay & Hinings, 2009). Sirris viser i sin forskning at ledere i helseforetak prioriterer likevel lederrollen foran profesjonsrollen. Hybride profesjonelle ledere kan ikke unngå å utføre kjerneoppgaver, til tross for at de identifiserer seg som profesjonelle (2019). Ledelsesverdier og målstyring vil på den måten kunne bli prioritert foran profesjonsverdier. Ut fra denne forskningen vil det være en stor lederutfordring å klare å forvalte den normale fødsel som verdi i sykehus. Det vil være av stor betydning at jordmorledere er bevisste begge rollene sine og kontinuerlig jobber for en balanse i disse som kan fremme den normale fødsel som verdi.

Et spørsmål forskningen til Sirris (2019) ikke gav noe svar på er om erfaring er en avgjørende faktor for om hybride ledere setter profesjonalitet eller lederskap først. Funn i denne masterstudien viste ingen tydelige tegn på dette, men det uklare forholdet til definisjon på normal fødsel hos enkelte av lederne kan speile noe av denne problemstillingen. Informantene hadde mange års erfaring som profesjonsarbeidere. Ledelseserfaringen var

svært ulik. Det kan se ut til at data i denne masterstudien viser at lang ledererfaring påvirker profesjonsverdiene og endrer synet på fødsel mot et mer lederskapstilpasset syn for jordmorledere. I praksis kan det tenkes at dersom jordmorledere styres av lederverdier, heller enn av profesjonsverdier, vil de ansatte kjenne på en avstand mellom sin overbevisning i rett praksis og de kravene leder stiller til hvordan praksis skal gjennomføres. Dette kan skape en forventning om at de ansatte skal klare å arbeide mer effektivt og fleksibelt og gjerne ha flere pasienter samtidig. Om profesjonsverdier er det mest sentrale, vil en jordmorleder lettere prioritere å legge til rette for å fremme den normale fødsel og forstå at den normale fødsel er en tidkrevende prosess, der blant annet tilstedeværelse er essensielt. De ansatte vil dermed trolig føle en bekreftelse på sine profesjonsverdier i arbeid med den normale fødsel. Den normale fødsel som verdi vil ut fra dette perspektivet fremmes best om ledelsen har hovedvekt på jordmors profesjonsverdier.

Et funn i denne masterstudien er at ledere kjenner på en frustrasjon over at arbeidet med den normale fødsel gjøres så økonomisk ulønnsomt. Utsagn som bekrefter dette funnet er «vi blir staffet økonomisk for å gjøre den jobben som gis best utfall for fødekvinne og nyfødte». En forklaring på dette er at ISF-koder er beregnet på patologi og at den normale fødsel derfor faller litt utenom dette avlønningssystemet. Informantene undres over at det som regnes som det beste jordmorarbeid, å fremme den normale fødsel, ikke gir økonomisk lønnsomhet. Ut fra ISF-beregninger er det mer økonomisk lønnsomt for helseforetakene med interminering og patologi. Det er et mye brukt argument at flere fødsler har elementer av patologi i dagens samfunn og at bevilgningene derfor må økes for å dekke dette behovet (Helsedirektoratet, 2021). For verdien av normale fødsler hadde det vært mer tjenlig å jobbe for at best praksis, normale fødsler (WHO, 2018), var de som mest lønnsomt. Da ville helseforetakene gjennom styringsmål automatisk jobbet mer mot å tilrettelegge for normale fødsler. Det offentlige kontrollregimet knyttet til utøving av ledelse og styring har blitt langt strengere etter introduksjonen av New Public Management. Det er skrevet mange artikler om spenningsforholdet mellom ledelses-, organisasjons- og profesjonsverdier. I flere av disse artiklene er dette beskrevet som dilemmaer mellom organisasjonenes effektivitetsverdi og profesjonsverdier orientert mot kvalitet i behandling og omsorg for pasienten (Aadland & Skjørshammer, 2019, s. 346).

5.4 Kritikk av funn og diskusjon

Selv om analysen av data ble gjort fullstendig to ganger, vil det trolig være viktige data til denne diskusjonen som ikke er fanget opp av forfatteren. Dette kan skyldes manglende erfaring med analysearbeid, men også forfatterens forforståelse og fordommer vil til en viss grad styre hvilke data som oppfattes som mest relevante. Dette på tross av at forfatteren har gjort sitt beste for å fremstille data så nært informantens utsagn som mulig. Diskusjonen av funn opp mot teori og forskning vil videre være farget av de funnene forfatteren har funnet mest betydningsfulle, relatert til studiens problemstilling.

6.0 Oppsummering

I denne oppgaven har jeg prøvd å finne svaret på problemstillingen: Hvordan reflekterer ledere ved norske fødeinstitusjoner over muligheten til å fremme den normale fødsel som verdi i sykehus? Jeg vil først presentere en oppsummering av funn og deretter presentere svar på forskningsspørsmål og problemstilling. Til slutt fremmes styrker og svakheter med denne studien og tanker om fremtidig forskning.

Informantene i studien var svært opptatte av å formidle verdiene de mener ligger til grunn for arbeidet i deres avdeling. Syn på fødsel, trygghet, kommunikasjon, autonomi og jordmors tilstedeværelse ses på av informantene som essensielle verdier å formidle for å forvalte den normale fødsel som verdi. Det var helt tydelig at informantene er ledere med bevissthet om verdier som fremmer normal fødsel. Informantene var klare på at bruken av praktisk skjønn, utarbeiding og bruken av retningslinjer og fokus på den normale fødsel har betydning for om verdien av den normale fødsel fremmes. Informantene i studien opplever at de må ha en aktiv rolle som kulturbærer i avdelingen, for at disse elementene skal være med på å fremme den normale fødsel som verdi. Informantene uttrykker at krav og forventninger til fødselsomsorgen ikke samsvarer med de ressursene de har til rådighet i avdelingen. Lav taksering av den normale fødsel gjør det vanskelig å fremme kortsiktig lønnsomhet i normale fødsler. Lav grunnbemanning og jordmormangel gjør det vanskelig å sikre forsvarlig fødselsomsorg. Dette reduserer, ifølge informantene, muligheten de har til å forvalte den normale fødsel som verdi i sykehus.

Forskningsspørsmålene:

Hvordan ser lederne på normal fødsel?

Lederne hadde ulike syn på den normale fødsel. De så på normal fødsel som vaginal fødsel, men hadde ulike oppfatninger om smertelindring og andre inngripen også kunne ses på som en del av den normale fødsel. Som mye annet påvirkes også disse ledernes syn på fødsel av en økt medikalisering av samfunnet generelt. Dette er et kjent fenomen i industrialiserte land. Disse landene har en helt spesiell utfordring sammenlignet med resten av verden. Store deler av verden mangler ressurser til å gjøre det som trengs for å sikre fødekvinne

overlevelse, uten varige men og med et levende barn. I industrialiserte land som Norge, er utfordringen heller å begrense inngripen i fødsel for å sikre fødekvinne overlevelse uten varige men og et friskt barn (WHO, 2018; UNEFPA, 2021). Et fysiologisk, biologisk og kulturelt syn på fødsel bygger på de verdiene som fremmer det WHO definerer som den normale fødsel. Ut fra funn i denne studien kan det se ut til at et mindre medisinsk syn på fødsel kan fremme den normale fødsel som verdi i norske fødeenheter.

Hvilke verdier mener lederne er essensielle i Norsk fødselsomsorg/fremmer den normale fødsel som verdi?

Trygghet, tilstedeværelse, god kommunikasjon og kvinnens autonomi, er verdier som informantene hevder er de viktigste i arbeidet med å fremme normale fødsler. Dette er kjente profesjonsverdier for jordmødre. Vektlegging av disse verdiene i praksis vil kunne fremme verdien av den normale fødsel.

Hvordan kan ledernes bevissthet om verdier fremme verdien av den normale fødsel?

Funn i denne studien viser at verdibevissthet er essensielt i lederes refleksjoner over muligheten til å fremme den normale fødsel som verdi. Målet om en forsvarlig fødselsomsorg ligger i hvordan verdiene skal vektes. Lederne hadde et samstemt organisatorisk mål om å hjelpe fødekvinne til en vaginal fødsel, med best mulig utfall for mor og barn. Dette gjorde de gjennom verdibevisstgjørende prosesser, som tilrettelegging og kontinuerlig fokus på verdier som fremmer en normal fødsel. Lederne reflekterte også over etiske standarder i dagens fødselsomsorg og fremtidig fødselsomsorg. Lederne hadde i tillegg en kritisk refleksjon over organisatorisk praksis, relatert til å prøve å begrense innslaget av beslutninger og handlinger som uttrykker ikke-ønskede verdier. Lederne utviste en verdibevisst ledelse som en aktiv lederinnsats for å fremme den normale fødsel som verdi i sykehus.

På hvilken måte opplever ledere at de kan påvirke forvaltningen av normale fødsler som verdi i sykehus?

Lederne mener de kan fremme verdien av den normale fødsel først og fremst gjennom påvirkning av sine ansatte. Denne påvirkningen opplevde de at de gjorde gjennom aktiv ledelse, via felles profesjonsverdier og deltagelse i organisasjonskulturen, med konstant fokus på ønskelige verdier og praksisuttrykk. Konstant fokus på verdier som fremmer den normale fødsel kan også være med på å fremme verdien av normal fødsel i sykehus.

Problemstillingen:

Hvordan reflekterer ledere ved norske fødeenheter over muligheten til å fremme den normale fødsel som verdi i sykehus?

Oppsummert står syn på fødsel, verdier, organisasjonskultur og ledelse som sentrale elementer i refleksjoner som kom frem i denne studien. Refleksjoner over muligheten til å fremme den normale fødsel som verdi i sykehus er sterkt knyttet til jordmors profesjonsverdier. Hybride ledere, som både er profesjonsarbeidere og ledere, må være bevisst sine to ulike verdsett. For å fremme den normale fødsel som verdi må jordmorledere balansere verdiene i sin utførelse av ledelse, slik at profesjonsverdier får mulighet til å fremme den normale fødsel som verdi.

6.1 Begrensninger i forskningen: styrker og svakheter

De redskapene vi har for forskning er alltid utilstrekkelige og data vil alltid bare avspeile en avgrenset del av det vi ønsker å forske på. Forskeren som person vil alltid påvirke resultatene på en eller annen måte, og kriterier for forskning kan aldri oppfylles perfekt og fullstendig i et forskningsprosjekt (Malterud, 2021, s. 25).

Dette forklarer mye om begrensninger i denne studien. Denne studien viser en liten del av jordmorlederens refleksjoner, fortolket og forklart av forskeren.

I påvente av mer forskning må vi bruke den kunnskapen som finnes og koble den sammen med erfaring, faglig skjønn og brukernes medvirkning for å sikre en kunnskapsbasert praksis rundt den normale fødsel i Norske fødeenheter.

6.2 Fremtidig forskning

Jeg håper at det i fremtiden blir satt et enda større fokus på hvordan man kan bevare den normale fødsel som verdi i sykehus. For at dette skal skje trengs mer forskning både på jordmorfag og ledelse av jordmorfag.

Mer kunnskap og større bevissthet om den fysiologiske fødselens betydning for kvinnens og barnets helse, er nødvendig for å balansere den medikaliserte retningen av fødselsomsorg i industrialiserte land som Norge. Mer kunnskap om hvordan retningslinjer styrer praksis på godt og vondt er også nødvendig. Og ikke minst mer kunnskap om hvordan jordmødres følelse av autonomi påvirker valg av arbeidsted og ønske om å bli værende i ulike arbeidsforhold.

Å arbeide kvalitativt kan være fornuftig om målet for forskning er å utvikle en hypotese (Malterud,2021, s 33). Hypoteser det hadde vært interessant å forske på er disse:

- Er kvinner som har fått epidural bedøvelse i fødsel mer utsatt for å ha vanskeligheter med å bearbeide fødselsopplevelsen og dermed være mer utsatt for fødselsdepresjon?
- Er det lettere å indoktrinere internasjonale retningslinjer og forskning i Norske retningslinjer for fødsel dersom de samsvarer med et medisinsk syn på fødsel enn de som samsvarer med et mer fysiologisk syn på fødsel?
- Har jordmødre med følelse av autonomi i jobben større ønske om å bli i jobben enn jordmødre som kjenner sin autonomi i jobben truet?

Litteraturliste

- Andren, A., Begley, C., Dahlberg, H., & Berg, M. (2021). The birthing room and its influence on the promotion of a normal physiological childbirth – a qualitative interview study with midwives in Sweden. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 16(1), 1939937. <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1939937>
- Alvesson, M. (2002). *Organisasjonskultur og ledelse*. Abstrakt forlag.
- Askeland, H. & Aadland, E. (2019). Hva er verdier og hva tjener de til? Aadland, E. & Askeland, H. (Red.), *Verdibevist ledelse*. (1.utg., s. 26-46). Cappelen Damm Akademisk.
- Askeland, H. (2020). Values- Reviewing the Construct and Drawing Implications for Values Work in Organisations and leadership. I Askeland, H., Espedal, G., Løvaas, B.J., Sirris, S. (Red.), *Understanding values work Institutional perspectives in organisations and leadership* (1.utg., s.15-34) Palgrave macmillan. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-37748-9>
- Belasen, A. & Belasen, A.R. (2016). Value in the middle: cultivating middle managers in healthcare organizations. *Journal of management Development*, 35(9), 1149-1162. <https://doi.org/10.1108/JMD-12-2015-0173>
- Bernt, J. F. (2021). *Forvaltning*. Store norske leksikon. <https://snl.no>
- Bjørndal, A. (2009). Målet er kunnskapsbaserte og brukersentrerte tjenester. Grimen, H. & Terum, L. I. (Red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. (1. utg., s. 125- 144). Abstrakt forlag.
- Blix, E. (2020). Ulike syn på svangerskap og fødsel. Brunstad, A. & Tegnander, E. (Red.), *Jordmorboka*. (2. utg., s. 51-55). Cappelen Damm akademisk.
- Brenner, P. (1995). *Fra novise til ekspert*. Tano forlag.
- Brunstad, A. (2010). En studie om hvilken kompetanse norske jordmødre mener er viktig ved fødeavdelinger og kvinneklinikker. *Nordisk Tidsskrift for helseforskning*, 6(1), 25-41. <https://doi.org/10.7557/14.807>
- Clemons, J. H., Gilikison, A., Mharapara, T. L., Dixon, L., & McAra-Couper, J. (2021). Midwifery Job Autonomy in New Zealand: I do it all the time. *Woman and birth*, 34(1), 30-37. <https://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.004>

- Colbjørnsen, T. (2004). *Ledere og lederskap*. Vigmostad & Bjørke AS.
- Copeland, M. K. (2014). The Emerging Significance of Values Based Leadership: A Litteratur Review. *International Journal of Leadership Studies*, 8(2), 105-135.
<https://libguides.sjfc.edu/citations>.
- Edmonson, A., & Lei, Z. (2014). Psykologisk Safety: The History, Renaissance, and Future of an Interpersonal Kondukt. *The Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1(1), 23-43. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091305>
- Eide, S. B., & Skorstad, B. (2020). *Etikk til refleksjon og handling i sosialt arbeid*. (4.utg.). Gyldendal Akademisk.
- Ekeland, T. J. (2009). Hva er evidensen for evidensbasert praksis. Grimen, H., & Terum, L.I. (red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. (1. utg., s. 145- 168). Abstrakt forlag.
- Espedal, G., Løvaas, B. J., Sirris, S., & Wæraas, A. (2022). *Reseaching Values. Methodological Approaches for understanding values work in organisations and leadership*. Palgrave macmillian. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-90769-3>
- Everett, E. L., & Furseth, I. (2019). *Masteroppgaven. Hvordan begynne – og fullføre*. (2.utg.). Universitetsforlaget.
- Evetts, J. (2013). Professionalism: value and ideology. *Current Sociology Review Article*, 61(5-6) 778-796. <https://doi.org/10.1177/0011392113479316>
- Fylkesnes, A. M. (2020). Internasjonale føringer for jordmorvirksomhet. Brunstad & Tegnander red.), *Jordmorboka*. (2.utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Gehman, J., Trevino, L. K., & Garud, R. (2013). Values work: a process study of the emergence and preformance of organizational values practices. *Academy og Management Journal*, 56(1), 84-112. <https://dx.doi.org/10.5465/amj.2010.0628>
- Grelland, H. H. (2020). Om følelser og deres betydning i veiledning. Eide, S.B, Grelland, H.H, Kristiansen, A., Sævareid, H.I., & Aasland, D.G. (2020). *Til den andres beste* (2.utg., s.96-109). Gyldendal.

Helsedirektoratet (2010). *Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til Fødselsomsorgen*. IS-1877.
<https://helsedirektoratet.no>

Helsedirektoratet (2014). *Nytt liv og trygg barseltid for familien*. Hentet 29 mars 2022 fra
<https://helsedirektoratet.no>

Helsedirektoratet (2019). *Opplevelse av trygghet*. Hentet 28. mars 2022 fra:
<https://www.helsedirektoratet.no>

Helsedirektoratet (2020). *Endring i fødepopulasjonen og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem* (IS-2895). <https://www.helsedirektoratet.no>

Helsedirektoratet (2021a). *Fødsel - dødelighet i nyfødtp perioden*. Hentet 26. januar 2022 fra
<https://www.helsedirektoratet.no>

Helsedirektoratet. (2021b). *Fødsel- fødsler uten større inngrep og komplikasjoner*.
Helsedirektoratet. Hentet 24.januar 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no>

Helsedirektoratet (2021c). *Fødsel - igangsetting av fødsel* [nettdokument]. Hentet 26. januar
2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no>

Helsedirektoratet (2021d). *Tilgang på og behov for jordmødre*. Hentet 26 januar 2022 fra
<https://www.helsedirektoratet.no>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels og barselomsorg*. St.meld.nr.12 (2008-2009). <https://regjeringen.no>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2021). *Prop.1s (2020-2021)*. <https://regjeringen.no>

Helse Stavanger. (2018). *Strategi for Helse Stavanger HF, Stavanger universitetssjukehus 2018–2023: Sammen skaper vi pasientens helsetjeneste*. <https://helse-stavanger.no>

Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during Childbirth. *Cochrane Database Systemic Review*, 7(CD003766).
<https://10.1002/14651858.CD003766.pub5>

International confederation of midwives. (2014a). *Bill of rights for women and midwives*.
Hentet 18 februar fra: <https://www.internationalmidwives.org>

International confederation of midwives. (2014b). *International code of ethics for midwife*. Hentet 18 februar fra: <https://www.internationalmidwives.org>

International confederation of midwives. (2014c). *Philosophy and model of midwifery care*. Hentet 18 februar 2022 fra <https://internationalmidwives.org>

International confederation of midwives. (2017). *International definitions of the midwife*. Hentet 18.februar 2022 fra <https://internationalmidwives.org>

Johansen, L. T, Pay, Aa, S. D., Broen, L., Roland, B., & Øian, P. (2017). Følges fastsatte kvalitetskrav i fødselsomsorgen? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, (17). <https://doi.org/10.4045/tidskr.16.1070>

Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2019). *Hvordan organisasjoner fungerer*. (5.utg). Fagbokforlaget.

Johannesen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2019). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (5.utg.). Abstrakt forlag AS.

Jøransli, K., Nese, A. K., Vik, E. S., & Aasekjær, K. (2018). Bruk av innkomst-ctg hos lavrisikofødende kvinner: en klinisk audit. *Sykepleien fag og forskning*, 2020(4), s.52-59. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2019.78661>

Krog, T. (2019). *Hermeneutikk*. (2.utg). Gyldendal akademisk.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2019). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3.utg.). Gyldendal Akademisk.

Larsson, M., Aldegarmann, & U., Aarts, C. (2009). Professional role and identity in a changing society: Three paradoxes in Swedish midwives` experiences. *Midwifery*, 25(4), 373-381. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.07.009>

Lov om pasient og brukerrettigheter. (2021). *Pasient og brukerrettighetsloven*. (LOV-1999-07-02-63). <https://lovdata.no>

Lund, A. K. (2020). *Constrained leader autonomy: You are the stoker in hell- No matter what you do, you are wrong*. *Leadership*, 16(3), 364-384. <https://doi.org/101177/1742715019890381>

Malterud, K. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4.utg). universitetsforlaget.

Folkehelseinstituttet. (u.å). *Medisinsk fødselsregister-statistikkbank*. Hentet 13.04.22 fra <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>

McGivern, G., Currie, G., Ferlie, E., Fitzgerald, L., & Waring, J. (2015). Hybride manager-professionals`identity work: the maintenance and hybridization of medical professionalism in managerial contexts. *Public Administration*, 93(2), 412-432.

<https://doi.org/10.1111/padm.12119>

Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., Diaz, V., Geller, S., Hanson, C., Langer, A., Manuelli, V., Millar, K., Morhason-Bello, I., Castro, C. P., Pileggi, V. N., Robinson, N., Skaer, M., Souza, J. P., Vogel, J. P., & Althabe, F. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet*, 388(10056) 2176–2192. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)

Norsk akademisk ordbok. (2022). *Trygghet*. <https://naob.no>

National Institute for health and Care Excellence. (2017). *Intrapartum care for healthy women and babies*. Clinical Guideline (CG190). <https://www.nice.org.uk/guidanse/cg190>

Nortvedt, P., & Grimen, H. (2009). *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helse og sosialfag*. Gyldendal Akademisk.

Norsk Gynekologisk Forening. (2020). *Veileder i fødselshjelp*. (ISBN 978-82-692382-0-4). <https://www.legeforeningen.no>

Novik, G. (2008). Is There a Bias Against Telephone Interviews in Qualitative Research? *Research in Nursing & Health*, 31(4), 391-397. <https://doi.org/10.1002/nur.20259>

Reay, T., & Hinings, C. R. (2009). Managing the rivalry of competing institutional logics. *Organization Studies*, 30(6), 629-652. <https://doi.org/10.1177/0170840609104803>

Rossvær, V. (1977). *Kant*. Dreyers forlag.

Ryan, R. M & Deci, E. L. (2006). Self-Regulation and the problem of human Autonomy: Does psychology need choice, self-determination, and will? *Journal of Personality*, 74(6), 1557-1580. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2006.00420.x>

Sagberg, I. (2020). *Psykologisk trygghet*. Hentet 29. mars 2022 fra [https://snl.no/psykologisk trygghet](https://snl.no/psykologisk-trygghet)

Selznick, P. (1997). *Lederskap*. Tano Aschehoug.

Sirris, S. (2019). *Coherent identities and roles? Hybrid professional managers`prioritizing of coexisting institutional logics in differing contexts*. *Scandinavian Journal of Management*, 2019 (35) 101063. <https://doi.org/10.1016/j.scaman.2019.101063>

Sirris, S. (2020). Values as Fixed and Fluid: Negotiating the Elasticity of Core Values. I Askeland, H., Espedal, G., Løvaas, B.J., & Sirris, S. (Red.), *Understanding values work Institutional perspectives in organisations and leadership: (1.utgave, s.201-221)* Palgrave macmillan. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-37748-9>

Thagaard, T. (2019). *Systematikk og innlevelse en innføring i kvalitative metoder*. (5.utg.). Fagbokforlaget.

Thomassen, M. (2018). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag* (1.utg). Gyldendal akademisk.

United Nations Population Fund. (2021). *The State of the World`s midwifery*. <https://www.unfpa.org/midwifery>

Vråle, G. B. (2019). Veiledning – en vei til lederes verdibevisthet? Aadland, E. & Askeland, H. (2019). *Verdibevist ledelse*. (1.utg., s. 303-322). Cappelen Damm Akademisk.

World Health Organisation. (1996). *Care in Normal Birth: A Practical Guide*. Report of a technical working group. Publication.no WHO/FRH/MSM/96.24. Geneve.

World Health Organisation. (2018). *WHO recommendations intrapartum care for a positive childbirth experience*. <https://apps.who.int>

Yanchus, N. J., Derickson, R., Moore, S. C., Bologna, D, & Osatuke, K. (2014). *Communication and psychological safety in veterans health administration work environments*. *Journal of*

Health Organizations and Management, 28(6) 754-776. <https://doi.org/10.1108/JHOM-122012-0241>

Yukl, G. (1989). Managerial leadership: A Review of Theory and Research. *Journal of Management*, 15 (2) 251-289. <https://doi.org/10.1177/0149206389015000207>

Aadland, E. (2004). *Den truverdige leiaren*. Det Norske Samlaget.

Aadland, E. (2010). Values in Professional Practice: Towards a Critical Reflective Methodology. *Journal of Business Ethics*, 97(3), 461-472. <https://doi.org/10.1007/s10551-010-0518-x>

Aadland, E. & Askeland, H. (2019). Introduksjon. Aadland, E. & Askeland, H. (Red.), *Verdibevist ledelse* (1.utg., s. 13-25). Cappelen Damm Akademisk.

Aadland, E. & Askeland, H. (2019). Verdibevist ledelse i praksis. Aadland, E. & Askeland, H. (Red), *Verdibevist ledelse* (1.utg., s. 113-136). Cappelen Damm Akademisk.

Aadland, E. & Skjørshammer, M. (2019). Hvordan forske på verdier i organisasjoner? En litteraturstudie av verdiforskning i helsevesenet. Aadland, E. & Askeland H. (Red), *Verdibevist ledelse*. Cappelen Damm Akademisk.

Vedlegg

Vedlegg 1 – Tekst i invitasjonse-post til helseforetakene

Invitasjon til deltakelse i forskning på jordmorlederes refleksjoner over normal fødsel som verdi ved norske fødeinstitusjoner.

Kjære helseforetak

v/forskningsavdeling, personvernombud, klinikksef, og helseforetakets jordmorledere ved fødeinstitusjonene.

Dette er en invitasjon til jordmorledere ved deres fødeinstitusjoner til å delta som informanter i et masteroppgaveprosjekt i verdibasert ledelse ved VID vitenskapelige høyskole.

Jeg, Wenche Sola Maudal som masterstudent i verdibasert ledelse ved VID vitenskapelige høyskole i Oslo og avdelingsjordmor ved fødeenheten Fødeloftet i Stavanger, ønsker med denne invitasjonen å få tillatelse av helseforetaket til å rekruttere jordmorledere ved helseforetakets fødeinstitusjoner til å delta som informanter i denne forsknings studien.

Deltakelse vil begrense seg til å delta i et semistrukturert, kvalitativt forskningsintervju på telefon med varighet 45-60 minutter.

Prosjektet ble godkjent for oppstart hos NSD 15 oktober 2021. På grunn av innleveringsfrist i masterstudiet og at det er ønskelig å gi informanter god tid til å planlegge tidspunkt for intervjuer er det ønskelig med svar på denne forespørselen så raskt som mulig.

Godkjennelse fra NSD, prosjektskisse og informasjonsskriv til informanter med opplysninger om behandling av personopplysninger og samtykkeskjema ligger vedlagt.

Du takker ja til deltakelse i prosjektet ved å sende meg signert samtykkeskjema på mail til: wsmaudal@yahoo.no.
Se vedlegg: Informasjonsskriv til informanter.

Håper du som leder og jordmor ser dette som en mulighet til å delta i forskning som vil belyse et viktig tema innen ledelse av jordmorfaget som det er gjort lite forskning på før.

På forhånd tusen takk for at du er positiv til deltakelse!

Mvh

Wenche Sola Maudal

Vil du delta i forskningsprosjektet «Jordmorlederes refleksjoner rundt normal fødsel som verdi i norske fødeinstitusjoner»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å sette ledelse i fokus med tanke på opprettholdelse den normale fødsel i sykehus. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Dette forskningsprosjektet skal utgjøre grunnlaget av data til min masteroppgave i verdibasert ledelse ved VID vitenskapelige høyskole i Oslo. Innsamlede data vil kun bli brukt til dette formålet.

Som leder av fødestuer for normale fødsler i sykehus ved Stavanger Universitetssykehus – Fødeloftet, ønsker jeg å forske på hva andre jordmor ledere i Norge reflekterer rundt dette temaet.

Problemstillingen min er foreløpig: Hvordan reflekterer ledere ved norske fødeinstitusjoner rundt normale fødsler som verdi? Forskningsspørsmålene mine er foreløpig knyttet til hvordan ledere reflekterer rundt sin mulighet for å bidra til å ivareta den normale fødsel og hvorfor den normale fødsel er en verdi å ivareta?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

VID vitenskapelige høyskole er ansvarlig for prosjektet, ved veileder Gry Bruland Vråle.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Det er foretatt et strategisk utvalg av informanter til prosjektet. Som leder for en fødeinstitusjon i Norge er du en av de utvalgte fagpersoner/ledere som jeg antar kan gi utdypende og viktige svar på problemstillingen og forskningsspørsmålene i dette prosjektet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltagelse i prosjektet innebærer at du deltar i et personlig intervju med varighet 45-60 minutter. Intervjuet vil inneholde spørsmål om dine refleksjoner rundt tema normal fødsel i sykehus. Det vil bli foretatt lydopptak av intervjuet. Dersom du velger å delta i prosjektet vil intervjuet bli foretatt via telefon av praktiske, administrative, økonomiske og miljømessige hensyn. Alternativt kan intervjuet bli foretatt i egnede lokaler på din arbeidsplass dersom dette er gjennomførbart.

Lydopptaket transkriberes og anonymiseres. Data analyseres og blir brukt i masteroppgaven. Du vil få tilsendt intervju spørsmålene i forkant av gjennomføringen av intervjuet slik at du får mulighet til å forberede deg og gi mer utdypende svar på spørsmålene.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Samtykke til deltagelse, telefon, mailadresse og intervjuet med deg vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Intervjuene utføres først etter at prosjektet er godkjent av NSD.

De som vil ha tilgang til dette prosjektet er jeg som forsker, Wenche Sola Maudal og min veileder Gry Bruland Vråle fra VID vitenskapelige høyskole i Oslo. Kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Datamaterialet lagres ut fra VID sine retningslinjer og tillatelser på privat pc og kryptert minnepinne som er beskyttet med passord og oppbevares nedlåst.

Det vil ikke bli samlet inn personopplysninger om deg som kan identifiseres foruten din stemme på lydopptak, underskrift på informert samtykke, telefonnummer og mailadresse. Lydopptakene fra intervjuet vil bli lagret på en sikker dataenhet og slettes etter at oppgaven godkjent.

Ingen data i masteroppgaven vil kunne knyttes til deg som person.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Personopplysninger og lydopptak slettes når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent. Etter planen er dette 13 juni 2022, ved evt. utsettelse senest 10 desember 2022.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra VID vitenskapelige høyskole har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Vid vitenskapelige høyskole ved veileder: Gry Bruland Vråle, gry.vrale@vid.no og student: Wenche Sola Maudal, wsmaudal@yahoo.no
- Vårt personvernombud: Nancy Yue Liu, nancy.yue.liu@diakonhjemmet.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Gry Bruland Vråle
(Forsker/veileder)

Wenche Sola Maudal
(student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet: Lederes refleksjoner om normal fødsel i sykehus, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i et personlig kvalitativt intervju.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3 – Vurdering fra NSD

Vurdering

Referansenummer

258560

Prosjekttittel

Normal fødsel i sykehus

Behandlingsansvarlig institusjon

VID vitenskapelige høyskole / Fakultet for teologi, diakoni og ledelsesfag / Fakultet for teologi, diakoni og ledelsesfag Oslo

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Gry Bruland Vråle, gry.vrale@vid.no, tlf: +4790787015

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Wenche Sola Maudal, wsmaudal@yahoo.no, tlf: 91167648

Prosjektperiode

08.10.2021 - 10.12.2022

Vurdering (1)**15.10.2021 - Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 15.10.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

For studenter er det obligatorisk å dele prosjektet med prosjektansvarlig (veileder). Del ved å trykke på knappen «Del prosjekt» i menylinjen øverst i meldeskjemaet. Prosjektansvarlig bes akseptere invitasjonen innen en uke. Om invitasjonen utløper, må han/hun inviteres på nytt.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 10.12.2022

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER NSD

vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du

melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fulle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD

vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 4 – Intervjuguide

Intervjuguide

Hvordan reflekterer jordmor – ledere over (verdien) normal fødsel i sykehus?

Formålet med intervjuet er å få innblikk i dine refleksjoner rundt normal fødsel som verdi i sykehus. Jeg vil ta opp intervjuet på en lydopptaker og sier ifra når jeg starter opptaket. Opptaket vil bli skrevet ned ordrett fra lydopptak og samtidig anonymisert. Lydopptaket vil bli slettet når oppgaven er bestått. Har du noen spørsmål før intervjuet starter?

1. Hvor lenge har du arbeidet i denne stillingen du har nå?
2. Kan du fortelle meg litt om den avdelingen du er leder for?
3. Hvilken definisjon på normal fødsel mener du arbeidet i avdelingen din bygger på?
4. Hva tenker du er de 3-5 viktigste verdiene som ligger til grunn for arbeidet som gjøres ved din avdeling?
5. Hvordan vil du beskrive din rolle relatert til å kunne bidra til å ivareta verdien ved normale fødsler i sykehus? **Forslag til hjelpespørsmål: Tenker du at du kan påvirke arbeidet med å bevare normale fødsler? I tilfelle ja, på hvilken måte?**
6. Opplever du at dine ansatte av og til står i konflikt mellom retningslinjer og faglig skjønn i arbeidet med den normale fødsel? **Får jordmødre ved din avdeling utføre yrket sitt etter faglig kunnskap og erfaring?**
7. Hvordan selekteres fødende kvinner til din avdeling? **Forslag til hjelpespørsmål: Hvilke kriterier må være innfridd for at kvinner skal kunne føde ved din avdeling?**
8. Hvordan opplever du at selekteringen av fødende kvinner påvirker muligheten til å bevare fødselen som normal?
9. Hvilke tanker har du om hvordan økonomiske bevilgninger påvirker muligheten for å opprettholde fødsler som normale ved din avdeling?
10. Kan du beskrive betydningen av bemanningssituasjonen ved din avdeling for muligheten for å opprettholde normale fødsler?
11. Hvordan opplever du at fødende kvinnes medbestemmelsesrett og autonomi påvirker muligheten for å bevare fødsler som normale?
12. Hvilke faktorer mener du er de mest avgjørende med tanke på å bevare normale fødsler i sykehus per i dag og inn i tiden som kommer?
13. Har du noen tilføyelser relatert til tema/min problemstilling som du mener er viktige og som jeg ikke har spurt om?

Ta en kort debrief etter at lydopptaket er avsluttet dersom informantene takker ja til dette. Hvordan opplevde du intervjuet?