

MASTEROPPGÅVE

Emnekode: HR301S

Navn: Sigrun Kongslien

Jordmødres erfaring med leiaroppfølging og kollegastøtte etter belastande hendingar

Dato: 16.nov 2020

Totalt antall sider: 50

Forord

Jordmødrer som skriv oppgåver relaterer gjerne prosessen med eit svangerskap og deretter ein fødsel med oppgåva som resultat. Dersom eg skal følgje opp denne tradisjonen er det mest nærliggande å samanlikne tidsperspektivert med elefantens svangerskapslengde.

Skriveperioden har vore ein prega av at jobb har komen i første rekke og studentlivet har vorte satt på pause opptil fleire gonger. Då innsurten nærma seg i vår kom det eit virus frå Kina som nok ein gong bråstoppa fokuset på belastande hendingar i jordmorfag.

Takk for all oppmuntring frå familie og vener når frustrasjonar over manglande tid og framgang har tatt overhand. Informantane fortener også takk, utan deira innsats ville ikkje denne oppgåva eksistert. Rettleiar Gry Cathrin Brandser har vist stort tolmod med skippertak og prokastinering. Du har vore ein viktig sparringspartner med grundige tilbakemeldingar undervegs i skriveprosessen. Tusen takk for hjelpa.

Tema i denne oppgåva er eit tema eg er engasjert i. Eg håper den vil ha nytteverdi i det jordmorfaglege feltet, og at jordmødrer og deira leiarar finn den interessant.

Oppsummering

Tema i denne oppgåva er oppfølging av jordmødrer etter belastande hendingar på fødeavdeling. Problemstillinga er: *Kva opplever jordmødrer som god oppfølging etter belastande hendingar på ei fødeavdeling, og kva kan hemme eller fremje kollegastøtte og leiaroppfølging?*

Metodisk tilnærming i oppgåva er kvalitativ metode. Datagrunnlaget i oppgåva er generert gjennom djubdeintervju med 5 jordmødrer. Analyse er gjennomført med ein generell induktiv tilnærming basert på stegvis-deduktiv induktiv metode (Tjora 2017).

Belastande hendingar er ikkje einsarta. Grovt kan hendingane som belastar delast i to hovudretningar i form av «katastrofefødsel» og «kronisk belastning». Hovudretningane viser til ulike behov for oppfølging. Jordmødrer som opplever at ein fødsel brått og uventa blir ei akutthending med uheldig pasientutfall skal i ettertid handtere fagleg evaluering og kjenslemessige etterreaksjonar. Kronisk belastning viser til mindre alvorlege, men hyppigare hendingar der jordmor balanserer emosjonelle kjensleuttrykk i tråd med emosjonelt arbeid.

Alvorlege pasienthendingar kan medføre fagleg og personleg sårbarheit og stor grad av skuldkjensle. Å bli vist fagleg tillit frå ein fagfelle eller leiar har stor betydning. Emosjonell støtte etter belastande hendingar kan rette seg mot tida rett etter hendinga i form av trøst, lytte på og tørke tårer. Like viktig er det med eit kontinuerleg fokus på at jordmorfaget kan vera emosjonelt utfordrande. Å sjå emosjonelt arbeid som ein del av jordmorfaget kan bidra til å normalisere og anerkjenne at jordmor kan ha tøffe dagar på jobb.

Organisatoriske faktorar knytt til ekspertorganisasjon, kollegarelasjon mellom profesjonsutdanna og ulike leiarorienteringar kan bidra med hemmande eller fremjande faktorar for god oppfølging.

Innhold

1	INNLEIING	1
1.1	TEMA OG BAKGRUNN	1
1.1.1	<i>Det jordmorfaglege felt.....</i>	1
1.1.2	<i>Potensielle personlege og yrkesmessige konsekvensar av belastande hendingar.....</i>	2
1.1.3	<i>Formelle rammeverk ved alvorlege og uventa hendingar.....</i>	3
1.2	PROBLEMSTILLING.....	6
1.2.1	<i>Problemstilling.....</i>	6
1.2.2	<i>Forskningsspørsmål.....</i>	7
1.2.3	<i>Avklaring av sentrale omgrep</i>	7
1.3	OPPBYGGING AV OPPGÅVA.....	8
2	TEORETISK REFERANSERAMME.....	9
2.1	LEIARANSVARET I EKSPERTORGANISASJONEN	9
2.2	OPPGÅVEORIENTERT OG RELASJONSORIENTERT LEIING	11
2.3	EMOSJONELT ARBEID.....	12
3	METODE.....	14
3.1	METODEVAL	14
3.2	FORFORSTÅING OG DATAINNSAMLING PÅ HEIMEBANE.....	14
3.3	FORSKNINGSETIKK OG PERSONVERN	16
3.4	GJENNOMFØRING	17
3.4.1	<i>Rekruttering og inkluderingskriterium</i>	17
3.4.2	<i>Datainnsamling</i>	20
3.4.3	<i>Transkribering</i>	21
3.4.4	<i>Koding</i>	21
3.5	STYRKER OG SVAKHETER.....	23
4	ANALYSE	24
4.1	HENDINGANE SOM BELASTAR.....	24
4.2	DET ER IKKJE DI SKULD – DEN VIKTIGE FAGLEGE VURDERINGA.....	27
4.3	DEBRIFING I SPAGAT	30

4.4	«OG SÅ BLE DET EGENTLIG STILLE» - INDIVIDUELL OPPFØLGING I TIDSKLEMME?	35
4.5	NÅR VERDA RASER HEILT SAMAN – DEN EMOSJONELLE OPPLEVINGA	39
4.5.1	<i>Emosjonelt arbeid i jordmorfag</i>	39
4.5.2	<i>Emosjonell støtte og oppfølging frå kollega</i>	43
5	AVSLUTNING	47
5.1	VIDARE FORSKING	50
	REFERANSELISTE	51

1 Innleiing

Lyset er dempa. Ein familie på tre skal bli til fire. Kvinna i senga trekk pusten djupt og presser barnet kontrollert ut når ria kjem. Guten ser undrande opp på jordmor med mørke auge før han trekk pusten og illskriker. Mor strekk fram armane og får barnet opp til seg. Roen senker seg når augekontakt blir etablert, tårer renn og fingre og tær blir talde. Eit menneskje er komen til verda.

Jordmoryrket er ofte assosiert med glede og deltaking i unike og positive hendingar. Fødselsomsorga er og eit akuttmedisinsk fagfelt der jordmor i team med andre yrkesgrupper jobbar for å berge liv og helse. Introduksjonen i starten av denne oppgåva bygger på ein konkret fødsel der eg var jordmor. Dette er ein fødsel eg aldri kjem til å gløyme, ikkje fordi den i seg sjølv var ekstraordinær eller spektakulær, men fordi denne guten var det første barnet eg tok imot etter ei katastrofehending der barnet døyde brått og uventa i mors mage under fødselen. Kontrasten mellom dei to hendingane er eit sterkt minne og påminning om ytterpunktta jordmorlivet ved ei fødeavdeling kan by på. Eiga oppleving med krevjande fødselar har gitt meg ein interesse for oppfølging i etterkant av belastande hendingar. I ein forlenging av dette er eg nyfiken på om jordmødrers erfaringar kan tilføre kunnskap av verdi for den formelle og uformelle oppfølginga.

1.1 Tema og bakgrunn

Tema for oppgåva er oppfølging av jordmødrer i etterkant av belastande hendingar i fødselsomsorga.

1.1.1 Det jordmorfaglege felt

Jordmor sitt arbeidsfelt er seksuell og reproduktiv kvinnehelse. Jordmorfaget omfattar mellom anna førebyggjande helsearbeid, støtte, omsorg og rådgjeving gjennom svangerskap, fødsel, barseltid, fremjing av normal fødsel, tilsyn med det nyfødde barnet, identifisering av komplikasjonar og tilkalle adekvat hjelp og bistå ved medisinske- og/eller akutte tilstander (2016; International Confederation of Midwives, 2017). Jordmor har eit sjølvstendig ansvar innan sitt fagområde, og jobbar elles i tett samarbeid med gynekologar og barnelegar dersom det oppstår medisinske tilstander hjå mor eller born (Helsepersonelloven, 2019). Jordmorfaget

inkluderer emosjonelt arbeid. Ein viktig del av jobben i fødselsomsorga er å etablere eit gjensidig fellesskap med kvinna. Jordmor må lære å kjenne og forstå den fødande, kven ho er og kva behov ho og familien har. Ein gjensidig relasjon som er prega av nærvær, stadfesting, god informasjon, dialog, tilgjengelegheit og deltaking frå begge partar er dermed ein vesentleg del av fagutøvinga. Jordmor sitt emosjonelle uttrykk og væremåte under ein fødsel kan ha direkte påverknad på kvinna sin fødsel. Å skape eit føderom som er prega av støtte, ro, tillit og tryggleik er essensielt for å fremme den normale fødselsprosessen (Berg, Ólavdóttir & Lundgren, 2012). Jordmødre har store delar av arbeidstida på kveld, natt, helg og raude dagar medan leiarar og administrativt personell har dagararbeidstid. Det betyr at kollegarelasjon jordmødrer imellom er ein viktig dimensjon i arbeidsforholdet.

Eg har 20 års erfraining som jordmor, dei fleste av desse åra har eg jobbe på føde-/barselavdeling. Akutte, uventa og innimellom belastande hendingar har vore ein del av heile mitt yrkesliv. Eg har vore ansvarleg eller assisterarande jordmor for fødselar med katastrofalt utfall, og eg har vore støttande kollega, tillitsvalt og rådgjevar for andre jordmødrer etter belastande hendingar. Eg har erfart at belastning i yrket ikkje berre handlar om den store hendinga der ting går galt. I løpet av yrkeslivet har eg deltatt på mange akutte og uventa hendingar der fødselen har gått bra til slutt for mor og born. Nokre av desse har eg opplevd som ein belastning det har tatt tid å legge bak seg.

1.1.2 Potensielle personlege og yrkesmessige konsekvensar av belastande hendingar

Å vera utsatt for belastande hendingar kan ha personlege og/eller yrkesmessige konsekvensar for involverte jordmødrer. Relevant i denne samanhengen er omgrepet «The second victim». Omgrepet vart først brukt av Wu (2000) om legar som gjer feil der pasienten (the first victim) blir skada eller døyr som følgje av behandlinga. I seinare forskning er omgrepet brukt for å skildre den mentale belastninga helsepersonell opplever etter å ha vore med på traumatiske hendingar (Wahlberg, Høgberg & Emmelin, 2019). Posttraumatisk stresslidning (PTSD) går att i mange studiar om jordmødrer og belastande hendingar. Tilstanden er skildra som effekten eit psykisk trauma kan ha på fysisk helse, tankeverksemd, kjensleemne og veremåte. Symptombiletet er karakterisert av forstyrrende tankar, mareritt, flashbacks av den traumatiske hendinga, unngåingsåtfærd, aktsemd, nervøsitit/frykt og søvnforstyrring (Sareen, 2018). I ulike nasjonale kartleggingar gjennomført i Storbritannia, Sverige og Australia rapporterte mellom 17 og 33 % av jordmødrene kliniske symptom på posttraumatisk stresslidning (PTSD)

etter eksponering av negativ hending. Symptombildet var vidare assosiert med utbrenthet og eit negativt bilde av seg sjølv og verda rundt (Leinweber, Creedy, Rowe & Gamble, 2017; Sheen, Spiby & Slade, 2015; Wahlberg et al., 2017). Yrkesrelatert utbrenthet er relatert til bytte av jobb bort frå fødselsomsorg (Schrøder et al., 2016 b) og sjukefråvær (Henriksen & Lukasse, 2016). Erfaring med belastande hendingar kan verke negativt inn på fagutøving i form av distansering frå den fødande og fryktbasert medisinsk overbehandling (Wahlberg et al., 2019). Det kan og gi positiv effekt i form av personleg vekst, fagleg audmjukskap, respekt for faget og reell auke i kunnskap, ferdigheter og kompetanse (Schrøder, Jørgensen, Lamont & Hvidt, 2016 a).

1.1.3 Formelle rammeverk ved alvorlege og uventa hendingar

Helse og omsorgstenester skal vera fagleg forsvarleg og oppfølging etter alvorlege og uventa hendingar er relatert til pasienttryggleik og kvalitetsforbetningsarbeid. Som følge av *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, Specialisthelsetjenesteloven* og *Helse- og omsorgstjenesteloven* har sjukehus plikt til å førebygge, ha oversikt over og rette opp svikt og uønskte hendingar for å redusere risiko for at noko tilsvarende skjer på nytt (Helsedirektoratet, 2017). Openheit og læring er viktige prinsipp i kvalitetsarbeid. Eit læringsperspektiv vektlegg deltaking og analyse i trygge rammer. Straff og sanksjonar er rekna som eit lite egna hjelpemiddel for å fremme kvalitet og tryggleik, medan erkjenning av svikt og endra praksis frå helsepersonell og verksemd bidrar til redusere risiko. Læring kan sjåast i eit individ- og organisasjonsperspektiv. Organisasjonsperspektivet er rekna som det beste utgangspunktet for systemforbetring. Bakgrunn for dette er at alvorlege hendingar ofte er komplekse, og at det sjeldan er handlingane til ein person åleine som har vore avgjerande for eit negativt utfall. Felles gjennomgang og medverknad frå det involverte helsepersonellet kan vera eit viktig bidrag til kvalitet og pasienttryggleik etter uheldige hendingar (Helsedirektoratet, 2017; Helsetilsynet, 2019 b; NOU 2015:11, 2015).

Dersom ei pasienthending inkluderer alvorleg skade eller død er den meldepliktig til tilsynsmyndigheter. Ved alvorleg svikt eller brot på helselovgivning kan helsetilsyn gje administrativ reaksjon til organisasjonen (systemnivå) og/eller til helsepersonell på individnivå. Administrativ reaksjon ovanfor helsepersonell kan innebære åtvaring, avgrensing i eller tilbakekalling av autorisasjon / spesialistgodkjenning (Helsetilsynet, 2017). Reaksjon på bakgrunn av faglege feil er sjeldan. Dei fleste reaksjonane er på bakgrunn av misbruk av

rusmiddel og åtfærd som ikkje er i tråd med yrkesutøving (til dømes tjuveri av legemiddel). Berre 10 av 136 helsepersonell som fekk autorisasjon tilbaketrekt i 2019 fekk dette på grunn av svikt i medisinsk- eller pleiefaglege kompetanse (Helsetilsynet, 2020).

Formelt er det øverste leiar av eit føretak som har ansvar for kvalitetsforbetringsarbeid, men oppgåvene vil ofte vera delegert. Leiarar på alle nivå har ansvar for å skape kultur for meldepraksis og open, god og trygg erfaringsutveksling mellom kollegaer (Helsedirektoratet, 2017; NOU 2015:11, 2015). I eit rundskriv understreker Regjeringa (2013) at fyrstelinjeleiarer er sentrale i dette arbeidet.

Helsetenesta har faglege rammeverk i form av rettleiarar, retningslinjer og prosedyrar. Dokumenta har til hensikt å kvalitetssikre og standardisere verksemda. Ei prosedyre er ei overordna skildring av anbefalt metode for å utføre ein konkret aktivitet eller prosess. Prosedyrar er ofte lokale, og kan inkludere oversikt over kven som skal gjere kva, kvar man finn nødvendig utstyr og andre konkrete detaljar relevant for aktuell avdeling (Nylenna, 2018). Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) og Nordlandssykehuset (NLSH), som dette masterprosjektet har rekruttert informantar frå, har etablerte prosedyrar for alvorlege og uventa hendingar. I prosedyrane gis det ein oversikt over formelle krav til varsling, meldeplikt i tråd med nasjonale lover og forskrifter, ansvarsområder, føringar for formell og uformell gjennomgang av hendinga, mediehandtering, strategi for læring og plan for oppfølging av pasient, pårørande og tilsette. Definerert mål for oppfølging av helsepersonell er å legge til rette for læring og avgrense negative seinskader. At hendinga også fører til noko bra med seg i form av kvalitetsforbetring blir sett på som ein viktig del av ivaretaking i etterkant (Kvinneklinikken UNN, 2018; Nordlandssykehuset HF, 2019 a; UNN HF, 2018). Omgrepa defusing og debrifing sentrale og berre delvis gjort greie for i prosedyrane. Eg presentere derfor her ei generell avklaring på omgrepa:

Defusing (ventilering/uformell debrifing) har bakgrunn i det engelske ordet «defus» som kan omsetjast til å avvæpne eller å redusere fare og spenning i ein negativ situasjon (Lexico, utan årstal).

Debrifing er eit omgrep med bakgrunn i krise- og katastrofepsykologi som viser til kort gjennomgang av eit oppdrag. Historisk var samtaleteknikken utvikla for å styrke gruppemoral og psykisk helse hjå soldatar. Frå 80-talet har debrifing blitt meir og meir vanleg i det sivile samfunnet, inkludert helsevesenet. Samtalen har fokus på hendingsgang, og på å få utløyning

for kjensler. Målet er å førebyggje negative psykiske seinfølger av belastande hendingar. (Malt, 2019; Rose, Bisson & Wessely, 2002). Det er utvikla ulike modellar for standardisert, stegvis og strukturert gjennomgang av den belastande hendinga (Hawker, Durkin & Hawker, 2010).

Det er mindre skilnader i prosedyrane til dei to helseføretaka, men begge skisserer ein 3-trinns hovudstruktur for oppfølging av involvert personal (min visualisering basert på prosedyrar frå Kvinneklinikken UNN (2018), Nordlandssykehuset HF (2019 a) og UNN HF (2018))



Ved Nordlandssykehuset er det etablert eit formelt lågterskeltilbod for kollegastøtte.

Namngitte frivillige medarbeidararar med personleg erfaring stiller opp som samtalepartnar

for ein kollega som har opplevd alvorlege pasienthendingar. Kollegastøttene har fått opplæring, og har god oversikt over kva tilbod helseføretaket kan tilby sine tilsette. Kollegastøtte er privat, konfidensielt og blir ikkje loggført. Tilsette ved NLSH kan enkelt finne namn på kollegastøttene på interne nettsider. Dei tar sjølv kontakt med den dei ønskjer å prate med. Pr. juni 2019 er det ein gynekolog og ingen jordmødrer som tilbyr kollegastøtte. (Nordlandssykehuset HF, 2019).

1.2 Problemstilling

Det har vore ein aukande fokus på belastande hendingar i fødselsomsorga dei siste åra. Vi veit at jordmødre må forvente å oppleve belastande hendingar, og det er kartlagt at dette kan ha negative konsekvensar for jordmødrers helse og yrkesutøving. Spontan reaksjon og langsiktig merksemd frå kollegaer og oppfølging frå leiarar betyr mykje for korleis jordmødrer og gynekologar handterer og går vidare etter krevjande fødsjar (Wahlberg et al., 2019). I aktuell forskning finn eg lite konkret om kva jordmødrer opplever som hensiktsmessig og god oppfølging.

Med det som utgangspunkt meiner eg det er behov for meir kunnskap om oppfølging slik jordmødrer opplever det. Kontekst for oppgåva er utøving av jordmorfag på ei fødeavdeling. Som del av det offentleg helsevesenet er sjukehuset og den enkelte avdeling underlagt ei rekke føringar for kvalitet og pasienttryggleik. Det er derfor interessant å sjå jordmødrers erfaringar i samanheng med rammefaktorar og korleis desse kan hemme eller fremje kollegastøtte og leiaroppfølging. I eit kjend ordtak heiter det at den veit best kor skoen trykker som har den på. I denne masteroppgåva vil eg derfor utforske kva erfaring jordmødrer ved to kvinneklinikkar i Nord-Noreg har med oppfølging etter å ha opplevd belastande hendingar på fødeavdlinga.

1.2.1 Problemstilling

Kva opplever jordmødrer som god oppfølging etter belastande hendingar på ei fødeavdeling, og kva kan hemme eller fremje kollegastøtte og leiaroppfølging?

1.2.2 Forskningsspørsmål

Kva erfarer jordmødrer som god oppfølging på arbeidsplassen, og kva saknar dei etter belastande hendingar på jobb?

Kva faktorar kan hemme og fremje god oppfølging av jordmødrer etter belastande hendingar på ei fødeavdeling?

Spørsmåla er retta mot ivaretaking, støtte og oppfølging frå leiar og frå kollegaer. Tidsmessig er fokuset både på den akutte oppfølginga (første dagar) og eit meir langsiktig perspektiv.

1.2.3 Avklaring av sentrale omgrep

«Leiar» i denne oppgåva refererer til fleire ulike personar med noko ulik stillingstittel (til dømes avdelingsjordmor eller enhetsleiar). Fellestrekk for dei som blir omtalt som leiar er at ho er stedlig leiar på ei fødeavdeling. Ho har personalansvar for jordmødrer, fagansvar og eit omfattande administrativt ansvar relatert til drift. Leiar har profesjonsutdanning som jordmor. Funksjonen er i tråd med omgrepet fyrstelinjeleing (Ekeland, Aagestad, Moen, Lone & Kjekshus, 2019) og den er direkte knytta til yrkesutøving i eit kollegialt hierarki (Strand, 2007). «Kollega» er i ei anna jordmor, lege, barne-/hjelpepleiar eller assistent som jobbar på same arbeidsplass som informanten.

Omgrepa traumatiske- og belastande hendingar har ingen einskapleg definisjon. Wahlberg et al. (2017:1264) definerer potensielle traumatiske hendingar som alvorlege nestenulykker der mor og/eller barnets helse er trua, at mor eller barn blir alvorleg skada eller døyr under fødsel og eksponering for trussel, aggresjon eller vold. Sheen et al. (2015) inkluderer hendingar der jordmor har kjent på redsel, hjelpeløye eller grufullhet i situasjonen. I forskinga til Rice & Warland (2003) kom det fram at jordmødrer erfarte konflikt mellom jordmorfagleg ideologi og prosedyrestyrte medisinske intervensjonar under fødsel som traumatisk og belastande. Helsedirektoratet nyttar ikkje omgrepet belastande hendingar, men definerer ei hending som uønskt når den kunne ha ført til, eller førte til betydeleg personskade (Helsedirektoratet, 2016). Meldeplikt til helsetilsynet følger av hendingar som førte til død eller alvorleg skade utover forventa risiko ved behandling eller diagnose (Helsetilsynet, 2019 a). Førebygging og oppfølging etter uventa og uønskete hendingar inngår i kvalitetsarbeid i helse og omsorgstenesta.

Oppleving av kva som er belastande kan variere frå person til person. Eg har derfor ikkje definert omgrepet ovanfor informantane, men latt dei ta utgangspunkt i hendingar dei sjølv har opplevd som belastande. «Belastande hendingar» har med det ei stor breidde og omfattar meir enn uheldige, alvorlege og uventa hendingar som det formelle rammeverket for pasientsikkerhet og kvalitetsforbetring har som grunnlag.

Alle hendingane informantane har referert til har vore handtert fagleg tilfredstillande frå jordmor si side. Ingen har opplevd å få formell kritikk eller reaksjon i etterkant av alvorlege hendingar.

1.3 Oppbygging av oppgåva

I innleiinga gir eg ei oversikt over bakgrunn og val av tema. Dette fører fram mot ein konkret problemstilling.

Del to gir ein oversikt over teoretiske perspektiv som kan kaste lys over problemstilling. Leiaransvaret i ekspertorganisasjonen, oppgåvefokusert jamfør relasjonsorientert leiing og emosjonelt arbeid blir seinare i oppgåva sett i samheng med hemmande og fremjande faktorar for oppfølging og relatert til den emosjonelle belastninga som kan følge av belastande hendingar.

Metodekapittel (del tre) er ein gjennomgang av det metodiske arbeidet inkludert refleksjonar kring for-forståing og forskningsetikk.

I del fire presenterer og analyserer eg datagrunnlaget under fire hovudoverskrifter. Teoretisk perspektiv er tatt inn i diskusjon i denne delen av oppgåva.

Avslutninga rundar av oppgåva og viser tilbake på problemstilling. Heilt til slutt peiker eg på aktuelle tema å forske vidare på.

2 Teoretisk referanseramme

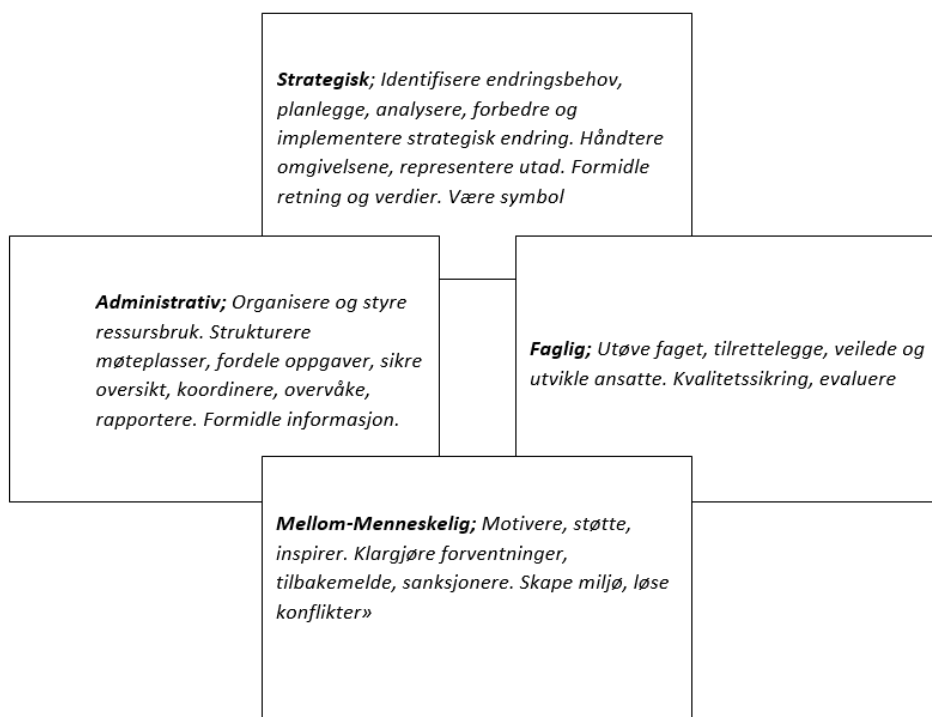
Staten er eigar av sjukehusa i Noreg og Helse- omsorgsdepartementet har eit overordna ansvar. Sjukehusa er underlagt eit hierarki og overordna administrativt styringssystem. Drift er underlagt ei rekke styringsdokumenter i form av lov, forskrift, vedtekter, oppdragsdokument, rundskriv med meir (Regjeringen, utan årstal). Eit sjukehus har tilsette med profesjons- og spesialisert fagkompetanse, er tenesteytande og behandlar komplekse problemstillingar. Strand (2007) argumenterer i boka «*Ledelse, organisasjon og kultur*» for at leiging best kan bli forstått i ein organisasjonssamanheng. Ulike organisasjonstypar gir ulike grunnvilkår for å utøve leiarskap og han har skildra fire grunnleggande organisasjonstypar; byråkrati, ekspertorganisasjon, entreprenørorganisasjon og gruppeorganisasjon. Strand definerer sjukehus som ein typisk *ekspertorganisasjon*.

2.1 Leiaransvaret i ekspertorganisasjonen

Kjenneteikn ved ekspertorganisasjonen er at medarbeidarane har stor fagleg autonomi og ofte er med på å sette ein fagleg standard for arbeidsprosessane. Arbeidsplassen blir brukt som eit serviceapparat og ei meir eller mindre anerkjent ramme rundt arbeidet. Arbeidstakarane er sjølvgåande yrkesutøvarar som i liten grad treng å bli tildelt arbeidsoppgåver frå leiar. Standardrolla for leiarar i ekspertorganisasjonen er nært knytt til rolla som fagkyndig. Tradisjonelle leiaroppgåver som opplæring, styring, instruksjon og kontroll er det derfor lite behov for. Vurdering av arbeidet kjem i form av respons frå pasientar, kollegaer eller gjennom sjølvvurdering. Status i organisasjonen heng saman med faglege resultat og profesjonsstatus. Kompetansen er personleg, ikkje knytt til arbeidsplassen. Kva som er rekna som rett kunnskap er forankra i individ, profesjonsutøving og yrkesetiske normer. Gjennom utdanning, kollegarettleing og erfaring er det den tilsette som har kunnskapen om korleis ein best kan utføre arbeidet. Det betyr at støtte og stadfesting frå kollega har stor verdi, ofte i større grad enn om denne blir gitt av overordna (Strand, 2007).

Ekspertorganisasjonar i offentleg verksemd er del av ein større byråkratisk organisering. Strand (2007) skil mellom leiarar som i hovudsak er kopla direkte til yrkesutøving i eit kollegialt hierarki og ein meir administrativ leiging. Avdelingsjardmor eller enhetsleiar vil vera

i den fyrste kategorien ¹, medan ein direktør, økonomisjef eller politisk styringsorgan representerer den andre. Det er eit spenn mellom avdelingsjormor/enhetsleiar sitt ansvar for kollegial leiing i form av fagleg rettleiing og utvikling jamfør eit ansvar for at administrative krav blir møtt (Strand, 2007). Ekeland et al. (2019:9) tar utgangspunkt i ein modell frå leiarforskarer Henry Mintzberg når dei presenterer fire overlappende funksjonar i leiing:



Dei ulike funksjonane inngår på alle leiarnivå, men vil ha noko ulikt innhald. For fyrstelinjeleiarer vil strategiske funksjonar vera å implementera og gjennomføre overordna avgjersler tatt på eit høgare nivå i organisasjonen. Under fagansvaret er det eit mål å tilby oppdatert og best mulig pasientbehandling utifrå tilgjengelig kunnskap. Den administrative funksjonen er retta mot drift og organisering innanfor tildelte rammer (Ekeland et al., 2019). Når uventa, alvorlege og uheldige hendingar skjer er det eit omfattande styringssystem retta mot læring og pasienttryggleik som blir aktivert (jamfør innleiing). Fyrstelinjeleiarer har både administrativt og fagleg ansvar noko som gjør vedkommande sentral i kvalitetssikringsarbeid (Sønderland & Valle, 2013).

¹ Strand nemner ikkje jordmor eller jordmorleiarer spesielt, men bruker eksempel som overlege, professor, oversjukepleiar med fleire. Avdelingsjormor, enhetsleiar og seksjonsleiar kan relaterast til desse yrkestiltane så eg vel å relatere teksten til jordmødrer og deia leiarar.

UNN har delegert det faglege ansvaret for kvalitetsforbetring til moderavdeling for den uheldige hendinga. Ansvar for personell som har erfart belastande hendingar er lagt til linjeleiing. Avdelingsjordmor/enhetsleiar møter med det ei rekke formelle krav til oppfølging, vurdering og rapportering i etterkant av belastande hendingar i samarbeid med avdelingsoverlege som har det medisinskfaglege ansvaret. Involvert helsepersonell blir vurdert på individuell fagutøving, kommunikasjon og samhandling seg imellom. På eit systemnivå kan til dømes fagprosedyrar, bemanning og om personalet har tilstrekkelig fagleg opplæring vera i fokus (UNN HF, 2018).

Fyrstelinjeleiar har som oftast personalansvar for mange tilsette. Den mellom-menneskelege funksjonen er derfor ein sentral del på dette leiarnivået (Ekeland et al., 2019). I etterkant av belastande hendingar kan jordmødrer ha behov for menneskelig og fagleg støtte frå leiar for å unngå negative konsekvensar i form av til dømes utmattingstilstand.

2.2 Oppgåveorientert og relasjonsorientert leiing

Tida etter belastande hendingar er eit komplekst felt som berører sårbarhet, faglighet og samarbeid (Wahlberg, Högberg & Emmelin, 2020). Leiar har eit ansvarsområde som famner alle desse elementa. Korleis leiar løyser oppgåva kan sjåast i samanheng med organisatoriske forhold og personleg leiarfilosofi.

Strand (2007) bruker uttrykket orientering innad og orientering utad mot omverden når han skisserer ulike organisasjonsformer. Han viser til dette som eit spenningsfelt med potensiale for motsetningar og dilemma. På avdelingsnivå finn eg ein parallell til dette. Uheldige hendingar, er områder som gjer leiar sitt arbeid på ei fødeavdeling svært synleg både innad og utad. Tilsyn, pasienttryggleik og kvalitetsforbetring inkluderer omfattande administrative plikter og saksbehandling der det er forventa at leiar skal utøve fagleg nøytralitet og uavhengighet. Det gir synligheit utad. Ivaretaking av personal er ikkje på same vis gitt i form av formelle rapporteringskrav. Det gjør det til ei innadretta leiaroppgåve som i mindre grad er synlig.

På eit meir abstrakt nivå handlar dette om spenninga leiing står imellom. Det kan relaterast til to grunnleggande ulike leiarstilar i form av relasjonsorientert jamfør oppgåveorientert leiing (Jacobsen & Thorsvik, 2002). I relasjonsfokusert leiarskap finn vi leiarstilar som fokuserer på menneskelig relasjon i form av oppmuntring, intellektuell stimulering, omtanke, omsorg,

ærlegdom og openheit. I dette inngår omgrep som transformasjonsleiing, resonant- og autentisk leiarskap (Cummings et al., 2018). Transformasjonsleiing legg til rette for at medarbeidaren skal vokse, utvikle seg og bidra til endring av arbeidsplassen. Ein transformativ leiar er bevisst både medarbeidarane og organisasjonen sitt behov. *Individualisert merksemd* er vektlagt som eit av fire kjerneelement. Gjennom metorrolle og coaching bidrar leiaren til kompetanseheving og personleg utvikling for sine medarbeidarar. To-vegs dialog er vektlagt. Leiar er synleg i miljøet og tilgjengeleg for uformell prat. Ho har merksemd mot «heile mennesket» og anerkjenner individuelle skilnader som grunnlag for ulikt behov for støtte og rettleiing (Bass & Riggio, 2013). Ein leiar som nyttar oppgåveorientert leiarstil vil vera interessert i produksjon, effektivitet og strukturere egen og medarbeidarane si rolle mot realisering av formelle mål. Medarbeidarar vil i mindre grad blir inkludert i avgjersler (Jacobsen & Thorsvik, 2002). Leiarskap vil i praksis ofte inkludere element frå begge desse retningane, men personleg leiarfilosofi er gjerne dominert av den eine eller andre retninga (Bass, 1999).

2.3 Emosjonelt arbeid

Å jobbe tett på kvinner i fødsel er å delta i ein unik og intens del av livet. Glede, tillit, nærleik, fysisk og mental smerte, seksualitet, intimitet, redsel, frustrasjon, sinne og innimellom sorg er synlege emosjonar i faget (Hunter, 2010). Ei kompetent jordmor bruker seg sjølv som motvekt til kvinners uheldige kjensleuttrykk. Jordmor kan til dømes vera rolig, puste kontrollert, snakke lavt og fysisk ta på ei fødande som er redd og oppkava (Rayment, 2011). Fagleg er det sterke føringar for at jordmor skal beholde ro og kontroll også i akutte situasjonar. Balansering mellom eit indre og ytre kjensleuttrykk er relatert til omgrepet emosjonelt arbeid.

Sosiologen Hochschild lanserte emosjonelt arbeid (emotional labour) i boka *The Managed Heart* i 1983. Det emosjonelle arbeidet er relatert til yrkeslivet og kan skildrast som å møte til dømes ein kunde med eit bestemt kjensleuttrykk der målet er å overføre denne emosjonen til vedkommande. Arbeidet er karakterisert av ansikt til ansikt møte eller direkte kommunikasjon. I omgrepet ligg det at arbeidsgivar har ein forventning om kva emosjonell følelse arbeidstakaren skal vise i jobbsamanheng (Hochschild, 2012).

Sosiale forventningar og krav til arbeidet legg føringar for korleis arbeidstakaren kan handle og opptre. Omgrepet emosjonell dissonans viser til ein opplevd differanse mellom det man føler (indre kjensle), og den kjensla man vel å vise eller må vise utvendes (reglar for «ansikt utanpå»). Dersom man ofte må unngå å vise indre kjensler kan dette vera kjelde til stress. Stresset kan reduserast ved å minske differansen, enten ved å justere eigne kjensler eller ved å endre uttrykket man viser fram (Hochschild, 2012). I følge Falck (2010) er dette å utføre emosjonelt arbeid ovanfor seg sjølv.

Hochschild viser til to ulike prosessar på emosjonelt arbeid; overflatespel (surface acting) og djubdespel (deep acting). Overflatespel refererer til å setje på seg ei maske eller gå inn i ei rolle som ikkje reflekterer den man er, eller det man faktisk føler. I eit djubdespel lever man seg inn i rolla, jobbar med seg sjølv og prøver å hente fram den kjensla som er forventa i situasjonen (Falck, 2010; Hochschild, 2012).

Emne til emosjonell sensitivitet og aktiv bruk av kjensleuttrykk i møte med fødekvinna blir relatert til vera ei god jordmor. Kunnskap om at emosjonelt arbeid er ein nødvendig del av faget, og kompetanse i å utøve dette blir overført frå jordmødrene til studentar og nyutdanna gjennom høgt fokus på nonverbal kommunikasjon og observasjon av erfarne kollegaer i følge Rayment (2015). Ho har identifisert to ulike formar for emosjonelt arbeid i jordmorfag; performing- og managing emotions. Eit døme på *Performing emotions* er at jordmor vektlegg å opptre rolig og med fagleg sjølvtilit under ein fødsel for at fødekvinna skal oppleve situasjonen som trygg og avslappa. Uttrykket kan relaterast til både overflate- og djubdespel. *Managing emotions* viser til at jordmora blir påverka av kvinns eller situasjonens emosjonelle uttrykk utan å kunne ta dette innover seg, eller fullt ut vise korleis man faktisk blir påverka. Eit døme er deltaking ved dødfødsel der jordmora balanserer kjensleuttrykket slik at ho verken står fram som urørt og kald eller ender opp med å overta sorga og fortvilninga. Man kan felle tårer i lag med paret, men ikkje la gråten ta over.

3 Metode

3.1 Metodeval

Eg har valt ein kvalitativ metode i form av intervju i denne oppgåva. Dei kvalitative metodane kan bidra til mangfald, subjektive erfaringar og nyansar. Som forskningstrategi gir det muligheit til å utforske opplevingar, erfaringar, tankar og forventningar informantene har kring fenomenet som skal studerast (Malterud, 2017). Metoden er valt på bakgrunn av problemstilling som etterspør erfaringar frå jordmødrer. Datainnsamling er gjennomført som semistrukturert (djubde) intervju. Mål med denne intervjuforma er å studere meiningar, haldningar og erfaringar. Djubdeintervju blir gjennomført som ein samtale rundt eit definert tema. Informanten snakkar relativt fritt med intensjon om å få hennar refleksjonar over eiga erfaring eller meiningar i tilknytning til tema (Tjora, 2017).

3.2 For-forståing og datainnsamling på heimebane

Eg er jordmor og har personleg erfaring med belastande hendingar på mange nivå. Eg har vore ansvarleg eller assisterande jordmor for fødselar med katastrofalt utfall, og eg har vore støttande kollega, tillitsvalt og rådgjevar for andre jordmødrer eller jordmorstudentar etter belastande hendingar. I dag er eg studieleiar for masterprogram i jordmorfag ved UiT Noregs arktiske universitet. Denne jobben gir meg ein avstand frå den daglege drifta på fødeavdelinga, men eg har fortsatt godt kontakt med det kliniske feltet. På mange måtar er eg derfor på heimebane i dette masterprosjektet.

For-forståing viser til at vi alle har med oss ei for-meining eller personleg forutsetjing for tolking når vi les, ser, opplever eller høyrer noko. På same vis vil vi alltid møte andre menneskjer med eit sett av integrerte haldningar og meiningar. Den som vil forstå må vera bevisst eiga for-forståing slik at man ikkje er styrt av formeininganes tilfeldighet (Gadamer, 2003). Denne beviste holdninga til eiga for-forståing er trekt fram som særleg viktig i forskning på eiga kultur. Wadel (2006) skriv at det kan vera lett å ta for gitt mange forhold når man er tett på feltet. Han har fleire gonger nytta deltakande observasjon i sine feltarbeid, og har då erfart at det er lurt å vera bevist ulike roller i form av deltakar og observatør.

Eg finn denne rolledelinga relevant for mitt arbeid med denne masteroppgåva.

Utgangspunktet for val av tema er mange år med yrkesdeltaking som jordmor, og eiga erfaring med belastande hendingar. Eg har vore kollega med nokre av informantane. Vi har

med det ein fagleg og personleg relasjon. For meg har det vore viktig å skilje på rolla som jordmor/kollega jamfør rolle som masterstudent. Rollebevissthet har gjort meg merksam på å unngå «kollegaprat» som man kan ha på vaktrommet under intevjuet. Eg opplevde at det viktigaste grepet her var at eg unngjekk å dele egne refleksjonar på pasienthendingane og det kliniske arbeidet eg fekk formidla gjennom fødselsforteljingane.

Eit fagfellesskap mellom intervjuar og informant kan ha både styrker og utfordringar (Coar & Sim, 2006). Ein positiv effekt eg har hatt under intervju er at vi har eit felles fagspråk. Informantane har derfor kunne brukt faguttrykk utan at eg måtte avbryte for nærare forklaring. Samstundes kan det medføre at eg tolkar informantens usagte utsegn i mitt erfaringsbilde. Under intevjuet har eg forsøkt å møte utsegn som «*Ja, du vet jo*» med «*kan du utdjupe for det er ikkje sikkert vi tenker likt her*». Utfordringar Coar & Sim (2006) trekk fram er at informant kan oppleve intevjuet som eit test på fagkompetanse, bruke det som fagleg rettleiing eller oppleve sårbarhet når fokus er på eiga praksis. Dette er forsøkt motverka ved å ha fokus på jordmødrenes erfaring med oppfølginga, ikkje den/dei belastande hendingane. Det fungerte ikkje heilt etter planen. Alle informantane starta med å fortelje om ei eller fleire belastande opplevingar. Fleire av informantane var fleire gonger synleg emosjonelt berørt av å fortelje om opplevingar (skjelvande stemme, tårer, kremting ol). Eg såg raskt at det var nødvendig for jordmødrene å formidle ein kontekst før dei kunne gå inn på oppfølging og samhandling med kollegaer og leiarar. Eg valte derfor å ikkje stoppe informatens fødselsforteljingar, men var bevisst på å ikkje forfølge sjølve hendinga i eit fagleg rett/galt perspektiv. Eg opplevde under intervju at informant refererte til hending eg har vore involvert i på ein eller anna måte. Her var eg særlig bevisst å la informanten snakke fritt utan å avbryte eller endre retning på informantens tråd gjennom styrande spørsmål. Kritisk gjennomlesing av transkribert tekst viser at eg har ikkje diskutert hendinga eller delt egne erfaringar i ein to-vegs dialog i løpet av intevjuet.

Ingen av informantane har fått individuell formell fagleg kritikk i etterkant av hendingane dei har opplevd. Dette kan komme av at man i norsk helsevesen har eit hovudfokus på kvalitetsforbetring framfor straff/sanksjonar, og at man i stor grad ser på utfordringar i system og samhandling framfor enkeltpersoners handling når noko går galt. Det er svært sjeldan at jordmødrer mottar reaksjon frå helsetilsyn (Helsedirektoratet, 2017; Helsetilsynet, 2019 b; NOU 2015:11, 2015). Det kan og tenkast at min bakgrunn har gjort at jordmødrer som har opplevd varsel eller andre reaksjonar har valt å ikkje melde seg som informantar.

Eg har lite erfaring med intervju som metode. Til tross for dette delte informantane mykje med meg inkludert vanskelige og krevjande erfaringar. Noko av dette kan kanskje relaterast til eit fagfellesskapet. I utarbeiding av intervjuguide har eg brukt eiga kjennskap til feltet aktivt.

3.3 Forskningsetikk og personvern

Masterprosjektet er meldt inn Norsk senter for forskningsdata (NSD). Meldinga inkluderer prosjektplan, informasjonsskriv, intervjuguide, datalagringsplan (vedlegg). NSD har vurdert 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 19.06.2019, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD» (NSD 19.06.2019)*. Grunna eigen arbeidssituasjon under korona pandemien har innlevering av masteroppgåva blitt forsinka. Utsett slutføring av prosjektet vart meldt til NSD i juni 2020 og ny sluttdato godkjent i melding den 27.07.2020.

Informantane fekk tilsendt / utlevert informasjonsskriv i forkant av intervju. Skrivet informerer om prosjektet og gir informasjon om samtykke og rett til å trekke seg som informant. Eg har bedt om munnleg samtykke som innleiing på intervju. Dette for å unngå lagring av signaturlister.

Eg har hatt tilgang til opptaksutstyr via arbeidsgivar UiT Noregs arktiske universitet. Eg fekk tilbakemelding frå NSD at bruk av utstyr frå anna utdanningsinstitusjon måtte vera godkjent av Nord universitet. Dekan ved fakultet for samfunnsvitenskap gav godkjenning til dette via e-post. NSD gav vidare tips om å tenke på personvern for tredjepart (pasientar, pårørande og kollegaer til informantane). Eg innleia derfor alle intervju med informasjon om å unngå pasientopplysningar omfatta av teieplikt eller å bruke namn på kollegaer eller leiarar. I stor grad er dette ivaretatt. I 4 tilfelle har informant brukt namn på kollega eller leiar. Dette er utelatt i transkribering. Informantane har kome med døme eller anonymiserte forteljingar frå klinisk praksis. Av omsyn til personvern har eg ikkje transkribert detaljer frå desse fødselsforteljingane. Dette type informasjon er markert i den transkriberte teksten som *«kliniske opplysningar: barn døy, mor med alvorleg blødning, samarbeidsutfordring»* eller liknande. Eg har ikkje inkludert sitat i oppgåva som kan medføre at kollegaer, leiarar eller pasientar kan identifisere informantar på bakgrunn av hending.

Lagring av lydopptak og transkribert tekst er gjort i tråd med datalagringsplan godkjent av NSD (vedlegg).

3.4 Gjennomføring

3.4.1 Rekruttering og inkluderingskriterium

Rekruttering av informantar er gjort på to kvinneklinikkar i Helse-Nord. Geografisk område er først og fremst eit praktisk val med tanke på reiseavstand og økonomi. Kvinneklinikkane i landsdelen er dei to største fødeeininger i Nord-Noreg. Dei fungerer som lokalsjukehus for kvinnene i geografisk nærleik, og som spesialistsjukehus for dei som ikkje kan føde på fødestove eller lokalsjukehus. Grunngeving for val av kvinneklinikk som rekrutteringsarena er at volum på fødsjar generelt og kompliserte fødsjar spesielt er større her enn på lokalsjukehus. Jordmødrene her er dermed truleg eksponert for fleire belastande hendingar enn kollegaer på lågare fødenivå.

Eg tok kontakt med seksjonsleiarar på kvinneklinikkane til Nordlandssykehuset (NLSH) og Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) med spørsmål om dei kunne bidra med å vidareformidle førespurnad om å delta på intervju. Leiar ved Nordlandssykehuset gav klarsignal umiddelbart. Ved Universitetssykehuset Nord-Noreg vart saka sendt over til klinisk forskningsavdeling for vurdering før eg fekk positivt svar. Eg utforma deretter ein e-post med informasjon om prosjektet og førespurnad om å delta på intervju (sjå vedlegg). E-posten vart sendt til seksjonsleiar som vidaresendte den til alle jordmødrene i avdelinga. Bruk av kontaktpersonar var heilt nødvendig for å sikre uavhengig rekruttering. E-postadresse på helseføretak er ikkje offentleg tilgjengeleg, og eg hadde ingen mulighet til å nå alle jordmødrene utan denne hjelpa. Alternativt kunne eg ha rekruttert via eiga nettverk, men såg for meg at eg då kunne ende opp med uheldig handplukking av informantar.

Eg jobba nokre ekstravakter på fødeavdeling haustsemesteret 2019. Det gav meg mulighet til å snakke om prosjektet direkte med fleire jordmøder. Ei av informantane meldte som informant gjennom møte på fødeavdelinga. To informantar tok kontakt med meg via e-post og stilte seg til disposisjon. Ei av desse gav meg namn og e-post til ein fjerde informant med informasjon om at også ho ønska å delta. Desse fire fekk tilsendt informasjonsskriv (vedlegg), og intervju vart avtalt med kvar enkelt i oktober og november. Tre intervju vart gjennomført. Eg innleia alle intervju med ein uformell prat og informasjon om prosjektet.

Denne innleiande samtalen avdekkja at det for ei av informantane var kort tid sia den belastande hendinga, og mykje var fagleg uavklart. Vi konkluderte i fellesskap med at det ikkje var rett å stille som informant i denne situasjonen. Gjennom intervjuja fekk eg tips om andre potensielle informantar. På bakgrunn av tipsa tok eg deretter kontakt med to jordmødrene som begge sa ja til å delta. Intervju var planlagt i desember 2019, men vart utsatt og gjennomført i januar 2020 grunna uforutsette ting som dukka opp.

Eg har her nytta det Tjora (2017) kallar strategisk utval. Informantane er valt ut på bakgrunn av at dei kan uttale seg om det aktuelle temaet. Informantane er ikkje handplukka, men har ei avgrensing i form av krav om å vera jordmødrer, ha erfaringar med belastande hendingar og kvinneklinikk i Nord-Noreg som arbeidsplass. Utvalet er med det eit kriterieutval. Ei slik avgrensing kan gi eit meir konsistent datamateriale, men med så få informantar vil ikkje funn vera representativt for ein populasjon eller organisasjon (Tjora, 2017). Dei fyrste informantane har sjølv meldt seg som informantar på bakgrunn av informasjon om masteroppgåva. To av informantane er rekruttert etter anbefaling frå andre informantar. Rekruttering gjennom nettverket til allereie rekrutterte informantar kan refererast til ein snøballteknikk (Malterud, 2017). Informantane representerer seg sjølv, ikkje eit kollegium eller organisasjon. Gjennom intervjuja veit eg noko om kva erfaringar informantane har med belastande hendingar. Det kan vera mange årsaker til at man ønskjer å delta eller ikkje delta i denne type undersøkingar. Eg veit lite om alle dei som ikkje har tatt kontakt. Eg har derfor ingen kjennskap til om informantane har opplevd meir/mindre belastande hendingar i forhold til kollegaane som ikkje har deltatt, eller om dei har meir/mindre positive erfaringar med oppfølging i etterkant. Datamaterialet bygger på erfaring frå fem informantar og kan ikkje generalisertast.

Eg har satt som innkluderingskriterium at avdelinga informantane jobbar på har rutinar og prosedyre for oppfølging etter belastande hendingar. Ikkje alle fødeavdelingar har gode system for oppfølging. Christoffersen & Teigen (2016) fann i ei norsk studie store variasjonar i oppfølging frå leiar etter kritiske hendingar. Ytterpunkta er skildra som proaktiv leiaråttferd der det er etablert klare rutinar og tilrettelegging for systematisk oppfølging versus adhocprega avdelingar som verken har system eller kultur for gjennomgang av hendingar. Eit mål med denne masteroppgåver er å få kunnskap om kva jordmødrer opplever som god oppfølging. Eg meiner det derfor er ein fordel at arbeidsplassen har eit bevisst forhold til tematikken framfor adhocprega fødeavdelingar.

Eg stilte ikkje noko krav om tidsperiode for erfaring med belastande hendingar. Bakgrunn for dette var at eg var usikker på kor mange informantar eg ville klare å rekruttere dersom eg eg sette ei avgrensa tidsramme. Alle informantane fortalde om hendingar og opplevingar frå heile si yrkesaktive periode. Tre av informantane (Matida, Sigrid og Solveig) innleia med å fortelje om ein alvorleg hending som ligg meir en 8 år tilbake i tid. Utover i intervjuet omtalte dei utover dette fleire hendingar av nyare dato. To informantar (Anna og Viktoria) har hovudsakleg fokusert på erfaringar frå siste fire år. Erfaringar og forståing frå eit levd liv er i hermeneutisk filosofi framheva som kontekstuell, både her og no og i ein temporal dimensjon over tid (Kvale & Brinkman, 2009). Dersom man skal utvikles seg som fagutøvar må man kontinuerlig reflektere over eiga erfaring som grunnlag for faglege val (Lindseth, 2009). Dette er ein kontinuerlig prosess i klinisk jordmorpraksis. Jordmødrene eg har intervjuar har i løpet av yrke utvikla seg med ein stadig rikare erfaringsbakgrunn som faget kan tolkast utifrå. Når dei no refererer til hendingar som ligg langt tilbake i tid så vil den formidla erfaringa vera farga av både hukommelse, fagleg og personleg utvikling i løpet av desse åra.

Ramme i form av formelle system for oppfølging har endra seg i løpet av tidsspennet i datamaterielet. Alle informantane gav uttrykk for at det i dag er betre struktur og ramme rundt belastande hendingar enn det som ligg tilbake i tid. Det var til dømes uklart for to av informantane om det eksisterte system for oppfølging når dei eldste hendingane skjedde, og i så fall kva som var gjeldande anbefaling. Informantane har og opplevd utskifting av næraste leiar og støttande kollegaer i perioden. Eg har fleire kommentarar om at han/ho ikkje er her lengre. Dette kom særleg relatert til enkeltpersonar eller leiarar som hadde gitt positiv og god støtte. Det kan indikere at person versus funksjon er eit element, særleg nå leiar er omtalt. Ei utfordring med open tidsramme er hukommelse. Eg fekk meir detaljert informasjon, spesielt kring den formelle oppfølginga ved nyare hendingar. Oppfølging frå kollega og erfaringar relatert til eit emosjonelt perspektiv framstår som «tidsuavhengig» i datamaterialet. Skildring av den emosjonelle opplevinga og enkeltpersoners støtte er like rik på detaljar uavhengig av når hendinga skjedde.

Jordmødrene vart invitert med spørsmåla: «*Har du opplevd belastende hendelser på jobb som jordmor? Kan du tenke deg å dele dine erfaringer med hvordan du opplevde kollega- og lederstøtte i etterkant av hendelsen?*» Eg definerte ikkje kva eg la i omgrepet «*belastande*

hendingar» ovanfor informantane. Dette var eit bevist val. Mitt utgangspunkt i oppgåva er å utforske jordmødrers erfaringar med støtte og oppfølging i etterkant av det *dei* har opplevd som belastning. Mi forforståing er at tøffe opplevingar på jobb omfattar mykje meir enn dei mest alvorlege hendingane. Eg hadde ein tanke om at eg ville få større bredde i erfaringsgrunnlaget når jordmødrene sto fritt til å definere at ei hending er opplevd som belastande.

Tre av fem informantar har opplevd at barnet døyr uventa under ein fødsel. Med tanke på at dette er eit svært uvanleg fødselsutfall mistenker eg at denne type belastande hendingar kan vera overrepresentert i informantgruppa. Ei av informantane eg tok kontakt med etter anbefaling frå kollega har opplevd ei rekke hendingar som har vore belastande, men ikkje «den store» alvorlege og uventa hendinga med negativt pasientfall. Ho hadde lest informasjonen eg hadde fått sendt ut og tenkt at ho ikkje var i målgruppa. Ho har eit reflektert forhold til og engasjement for tema så ho var ein verdifull informant som hadde mykje å bidra med. Møte med denne informanten viste at ho hadde tolka belastande hendingar som erfaring med katastrofehending. Prosedyre for belastande hendingar, meldeplikt og tilsynsordning er alle formelle system for oppfølging i etterkant av uventa, alvorleg og uønskt utfall av pasientbehandling. Det er derfor forståeleg at omgrepet belastande hendingar kan assosierast til dei mest alvorlege hendingane. Det kan ha gitt eit datamateriale med noko slagside mot tungt erfaringsgrunnlag. Sett i etterkant kan det sjå ut som informasjonen eg sendte ut har vore meir avgrensande enn eg tenkte den skulle vera. Dette kunne kanskje vore hindra dersom eg hadde brukt formulering som *hendingar du har opplevd som belastande*, framfor belastande hendingar. Eg kunne og kome med nokre konkrete døme.

Ein anna merknad er at ingen av informantane har fått formell fagleg kritikk av det jordmorfaglege arbeidet dei hadde utført. Dette er ei viktig føresetnad i analyse.

3.4.2 *Datainnsamling*

Datainnsamling er gjennomført som eit djubdeintervju. Hensikt med denne intervjuforma er å skape rom for ein relativ fri samtale konsentrert rundt eit definert tema. I samtalen er det eit ønskje at informanten reflekterer over eigne erfaringar og meiningar relatert til forskningstemaet (Tjora, 2017). Intervjua er gjennomført på informantens arbeidsplass, min

arbeidsplass eller heime hjå informant. Informantane fekk sjølv velje stad og tid for intervjuet. Intervjua varte frå 80 til 120 minuttar.

På førehand hadde eg utarbeida ein intervjuguide (vedlegg) med opne spørsmål og nokre meir konkrete oppfølgingsspørsmål. Eg har støtta meg på Malterud (2017) som tenker på intervjuguide som ei hugsliste, ikkje verktøy for å standardisere intervjuet. Tjora (2017) anbefaler å starte med oppvarmingsspørsmål som alder, bosted mm. Eg har ikkje inkludert denne type spørsmål grunna personvern. Eg innleia med småprat og litt informasjon om prosjektet før bandopptakar vart satt på. Informantane vart oppmoda til å tenke tilbake på ei belastande hending/den siste belastande hendinga dei hadde erfart for deretter å fortelje om erfaringar med oppfølging frå kollega og leiar. Informantane kom inn på fleire hendingar undervegs, hoppa mellom ulike hendingar og dei inkluderte aktivt leiar og medarbeidarperspektivet gjennom heile intervjuet. Informanten styrte med det retning meir enn min intervjuguide. For meg vart forarbeid og refleksjon over kva eg var ute etter den viktigaste effekten av å ha utarbeida intervjuguide. Eg opplevde at eg hadde så godt kjennskap til tema før intervjuet at det fungerte med tilnærma fri samtale der eg kunne fokusere på å lytte og følgje opp det informanten sa framfor å strukture samtalen i tråd med ein guide. Alle informantane var innom alle punkter i intervjuguiden i løpet av intervjuet, men ikkje i den rekkefølga eg hadde satt opp.

3.4.3 Transkribering

Intervjua er tatt opp på bandopptakar og transkribert ordrett med eit unntak. Ved intervju 5 opplevde eg nokre mindre tekniske utfordringar med bandopptaker. Enkelte parti har for dårlig dårleg lyd til transkribering. Eg har her støtta meg på notater i tillegg til lydopptak. Eg valte å transkribere informantane til normert bokmål, ikkje dialekt/språk. Dialekt/språk er eit sterkt kjenneteikn så dette valet er gjort grunna personvern.

3.4.4 Koding

Eg har analysert datamaterialet med ein generell induktiv metode inspirert av modell for stegvis deduktiv- induktiv metode. Modellen legg opp til ein induktiv og empirinær strategi der utgangspunktet er datagrunnlaget. Gjennom fleire trinn jobbar man seg fram mot eit meir teoretisk og abstrakt perspektiv. Metoden har 1 nivå av koder. Kodene skal vera tekstnære,

ikkje sorteringsbasert. Det betyr at koden kan bestå av ord og uttrykk eller setningar som viser essensen i ulike avsnitt av analysedata framfor overordna stikkord. Mål med koding er å redusere volum på materialet, finne essensen og legge til rette for idegenerering (Tjora, 2017).

Eg starta ut med å lage koder avsnitt for avsnitt i den transkriberte teksten. Eg har ikkje hatt tilgang til dataprogram for kvalitativ metode, men har i denne fasen nytta kommentarfunksjon i word til kodegenerering.

Totalt sett eg att med 271 koder frå mine fem intervju. Kvar kode vart fortløpande nummerert i kommentarfeltet. Koder vart deretter kopiert over i eit samla excel ark. Alle koder vart merka med intervju- og kodennummer slik at det skulle vera enkelt å gå tilbake til original tekst.

Neste steg var kodegruppering. I følgje Tjora (2017) vil det seie at man samlar koder med tematisk samanheng i grupper. Eg gjennomførte ein kodegruppering der eg tok utgangspunkt i intervjuguiden og fekk dermed eit 4-delt skilje mellom god jamfør mangelfull oppfølging frå leiarar og frå kollegaer. Dette viste seg lite hensiktsmessig. Det var stor overlapping mellom leiar og kollegagrupper både på pluss og minussida. Eg gjekk dermed tilbake til start. Etter fleire gjennomlesingar av kodesettet noterte eg ned nye aktuelle kodegrupperingar.

Praktisk gjennomføring av kodegruppering vart gjort i excel. Eg laga eit støtteark med overskrift på ulike grupper basert på gjennomlesing og gav kvar gruppe eit nummer. Neste steg var å merka den enkelte koden med aktuelt gruppenummer. Koder vart deretter sortert ved hjelp av datasortering. Etter gjennomlesing av dei ulike gruppene vart enkelte koder «omplassert» til ny gruppe.

Totalt fekk eg 10 ulike grupperingar. Desse vart deretter slått saman, eller sortert som hovud og undergrupper. Deler av kodesettet er utelatt. Døme på dette er koder knytt til informantens private nettverk då dette er vurdert som ikkje relevant for problemstilling. Eg har hatt ein tett kopling på den transkriberte teksten og har hatt fleire gjennomlesingar av intervjuet under skriveprosess i analyse. Hovudtema som utmerka seg og som er presentert i analysedelen av oppgåva er;

- Hendingane som belastar
- Det er ikkje di skuld - den viktige faglege vurderinga
- Debrifing i spagat
- «Og så ble de egentlig stille» - individuell oppfølging i tidsklemme?
- Når verda raser heilt saman - den emosjonelle opplevinga

3.5 Styrker og svakheter

Ei styrke i denne avhandlinga er personleg kjennskap til feltet og engasjement for tema. Eg har brukt eiga erfaring aktivt i utarbeiding av problemstilling og intervjuguide. Under intervju har eg hatt eit fagfellesskap med informanten som gjore at dei kunne bruke eit fagleg språk utan å måtte forklare ord og uttrykk. Nærleik til feltet er og ein svakhet. Å vera tett på feltet kan medføre at man i mindre grad er open for det ukjente. Det har derfor vore viktig for meg at eg i så liten grad som mulig la føringar gjennom detaljerte spørsmål. Utgangspunktet har vore «fortel om». Eg har hatt ei open tidsramme slik at informantane hadde tid til å forfølge egne erfaringar og refleksjonar relatert til tema. Datagrunnlaget viser at eg i stor grad har klart å ivareta eit utforskande aspekt.

Eg har hatt ein tidlegare kollegarelasjon med nokre informantar. Dette representerer både ein styrke og ein svakhet i oppgåva. Ein trygg relasjon kan bidra til at informanten deler ting dei elles ikkje ville delt. Å blir intervjuet av ein fagfelle kan og bidra til at informanten held tilbake informasjon grunna fagleg sårbarhet.

I invitasjonen til jordmødrer hadde eg ingen klar definering av belastande hendingar som omgrep. Formulering i informasjonstekst kan ha gitt til ein utilsikta skeivheit i retning svært alvorlege hendingar. Eg har hatt ei open tidsramme for dei belastande hendingane. Det gir eit spenn i erfaringane over fleire år. Begge deler representerer ein svakhet i prosjektet.

Funn i denne oppgåva er ikkje generaliserbare grunna kvalitativ metode med få informantar.

4 Analyse

4.1 Hendingane som belastar

Omgrepet belastande hendingar er ikkje eintydig definert (jamfør innleiing). Det har heller ikkje vore presentert som eit definert omgrep ovanfor informantane. Informantane har derfor stått fritt til å vise til ulike hendingar dei har opplevd som belastande i yrket.

Datamaterialet viser to hovudretningar i hendingane som belastar. Den fyrste er relatert til dei mest alvorlege hendingane². Sigrid, Matilda og Solveig har vore jordmor ved ein eller fleire fødselar der barnet døyr uventa. Andre alvorlege situasjonar i datamaterialet er deltaking under livreddande førstehjelp på mor eller barn etter uventa akutthending. Anne, Sigrid og Solveig har referert til dette. Informanten har ikkje nødvendigvis vore ansvarleg jordmor her, men kan ha deltatt som ein av fleire i eit tverprofesjonelt team. Denne type hendingar har eg kalla «katastrofefødselen». Hendingane er skildra som uventa og/eller alvorlege pasienthendingar med fare for eller faktisk skade eller død. «Katastrofefødselen» er med det omfatta av prosedyre for alvorlege og utilsikta pasienthendingar og dei inngår i avdelinga si kvalitetsforbetringsarbeid. Fleire av hendingane er rutinemessig meldt til helsetilsyn.

«det var en ganske alvorlig sak. Og da rykka de ut med sånn team som kom fra helsetilsynet og det var rundt en høytid så det var ganske alvorlig ja» (Matilda).

Alle informantane viser til belastande hendingar utover katastrofefødselen. Døme³ nemt i ulike samanhengar er ivaretaking av dødfødsel, fødsel av forventa alvorlig sjuke eller ikkje levedyktig born, barnevern/omsorgsovertaking eller fødsel som reaktiverer negative opplevingar for fødekvinna eller jordmor. Eit fleirtal av hendingane informantane viser til er ulike akuttmedisinske situasjonar der det går bra til slutt. Anna fortel om ein slik situasjon på denne måten:

«Og det er ikke bare de tilfellene der det går skikkelig eller nesten helt skikkelig galt, men de episodene der vi berger liv, der dama blør, der det går i full fart. Vi har blitt veldig drilla etter hvert i de her akutte situasjonene, men stressnivået er der allikevel,

² Eg har valt å ikkje presentere sitat her. Bakgrunn for dette er omsyn til personvern. Dette er sjeldne hendingar og sitat kan bidra til identifisering av informantar eller pasientar.

³ Sitat/detaljar utelatt av omsyn til personvern jamfør fotnote 2

man får opp pulsen, man er redd for å gjøre noe galt, ikke få med seg det som skjer eller ikke respondere på riktig vis, eller man blir usikker eller nervøs».

Denne type belastande hendingar har eg kalla «*kronisk belastning*». Eit fellestrekk er at dette er ein forventa del av arbeidet som jordmor, og noko alle informantane jamleg erfarer. Denne type belastande hendingar er i liten grad er omfatta av formell prosedyrestyrt oppfølging. Kvinneklinikken NLSH (Utan årstal) anbefaler at uformell debrifing blir gjennomført etter hendingar dersom enkeltpersoner har opplevd dei som vanskelig, men det er ikkje eit krav. I komplekse situasjonen med mange involverte er det innimellom gjennomført debrifing, men som oftast er dette hendingar som ikkje har aktivert prosedyre for alvorlege og belastande hendingar. Hendingane er ikkje omfatta av meldeplikt. Viktoria uttalte til dømes at ho har deltatt på debrifing, men ikkje hatt eit fødselsutfall som var alvorlig nok til «*full pakke*». Mange av desse hendingane skjer på helg, kveld og natt. Den umiddelbare oppfølginga må derfor handteras av vaktteamet der og då utan at leiar er involvert direkte. Om det blir gjennomført ventilering/defusing er styrt av individuell oppfatning av situasjonen i forhold til dei alvorlege hendingane. Kva den enkelte opplever som belastande kan dermed ha direkte verknad på vidare oppfølging. I det ligg det ei utfordring.

Alle informantane var klar på at det er individuelle skilnader på kva man opplever som ei belastning:

«Det som er traumatisk for en, trenger jo ikke å være det for en annen» (Viktoria)

Viktoria fortalte om ein fødsel som gjekk uventa fort. Det gjorde at ein anestesilege som var på fødestua for å gi epidural plutselig måtte assistere under fødselen:

«å være med på fødsel er jo en sterk visuell opplevelse i form av lyd, lukt og det du ser. Jeg er jo vant til dette, men det var jo ikke anestesilegen - og så kom barnet i full fart og du vet jo, roping og blod og.... Jeg ringte og spurte om det gikk bra med han etterpå» (Viktoria)

Solveig har opplevd samme type sjeldne akutthendelse to gongar med nokre års mellomrom. Begge hendingane var handtert fagleg korrekt og det gjekk bra med mor og barn begge gongene:

«Det er sånt som andre tenker er veldig skremmende. Men når det skjedde gang nr 2 visste jeg hva vi skulle gjøre for jeg hadde gjort det før. Det har mest blitt en sånn spennende episode» (Solveig).

Sigrd har opplevd at eit barn døyr under ein fødsel. Ho skildrar situasjonar som minner om denne fødselen slik:

«Det er ganske traumatisk å faktisk å stå der med en dårlig lyd (fosterlyd, dvs barnets pulsfrekvens under fødselen) rett etter å ha stått i en slik hendelse. Det tror jeg vi har kjent på alle sammen. Er det her den lyden som faktisk går opp igjen, eller står du der med lyden som faktisk aldri kommer opp igjen. Du vet ikke det før det faktisk har gått over ett minutt. Du vet ikke det før den faktisk tikker seg opp, og de sekundene du står der da, de er ganske groteske når du har det fersk i minnet at det faktisk ikke alltid går bra» (Sigrd).

Med ulikt forteikn indikerer Viktoria, Solveig og Sigrd grad av belastning til ulik erfaring. Solveig trekk fram praktisk erfaring (versus teoretisk handlingskunnskap) som eit stressdempande element, medan sitatet frå Sigrd skildrar det som kan kallast flashback frå tidlegare traumatisk oppleving.

Anna og Sigrd indikerer at dei meiner grad av belastning kan ha samanheng med personlegdom og individuell robusthet:

«Men også at det er veldig forskjellige behov folk har. Det er kanskje noen som syns at.. du veit personlighet, «ja, ja det var den natta – det var ingen som døde». Men jeg veit at det er andre som har det forferdelig vanskelig etter slike episoder» (Anna) .

«Det er mange tøffe damer som jobber hos oss. Det er nok noen som vi si; neida vi skal ikke snakke sånn, det der har ikke jeg behov for. Selv om de kanskje har det» (Sigrd).

Oppfølging etter belastande hendingar har samanheng med hendingane som belastar. Etter «katastrofefødselen» skal jordmor handtere at det faglege arbeidet blir kritisk vurdert i tillegg til sterke emosjonelle inntrykk frå den akutte hendinga. Prosedyrestyrt oppfølging gjer denne

type hendingar synlege, både i fagmiljøet og frå leiar. Dette er eit fokus eg ser meir på i del 4.2 og 4.3. «Kronisk belastning» har hyppigare omfang og det er i stor grad relatert til eit emosjonelt perspektiv. Denne type hendingar gir inntrykk av å vera mindre synleg noko eg kjem tilbake til i del 4.4 og 4.5.

4.2 Det er ikkje di skuld – den viktige faglege vurderinga

Sigrid, Matilda og Solveig har opplevd uforutsett hending der babyen dør under eller rett etter fødselen. Alle tre skildrar at dei opplevde stor grad av sjølvkritikk, fagleg sårbarheit og redusert tryggleik i etterkant av fødselen, til tross for at dei ikkje kunne klandrast for utfallet. I tida etterpå kjende informantane på skuld, skuldkjensle og redsel.

«Det føltes helt forferdelig, jeg følte, jeg hadde kjempe skyldfølelse for at det barnet hadde dødd, men det var jo ingen ting jeg kunne ha oppdaget, selv om jeg har ransaket meg selv. Jeg gjør det fortsatt når jeg er på jobb» (Solveig).

Matilda brukte omgrepet skam fleire gonger:

«Og så er det klart at det er veldig mye skam, det er antakelig skam kan jeg tenke meg og skyldfølelse. Du skammer deg for at du var med på det. Og det er jo ingen ting som er så vanskelig å ta opp som når du skammer deg».

Sigrid og Solveig opplevde at ein lege ved avdelinga på eiga initiativ gjorde ein medisinskfagleg vurdering, og tok kontakt for gjennomgang på tomannshand. Her formidla av Sigrid:

«En lege som ikke var involvert i situasjonen, og som hadde kikket på saken kommer til meg og sier at en ting er i hvert fall helt sikkert, at du har ikke gjort noe som helst galt her. Du har gjort du kunne. Der dør ungen og du kunne ikke gjort noe som helst med det. Du har gjort alt rett og kan ikke klandres i den her saken. Han er helt klinkende klar og tydelig på det. (...) Og jeg visste det selv at jeg ikke kunne klandres, men det at han sa det var utrolig viktig. Han satte også fingeren på hvorfor jeg ikke kunne det» (Sigrid).

Sigrid framheva fagleg kompetanse, integritet og måten vurderinga vart formidla som ekstra betydningsfullt:

«Ja, og så er det at det er noe faglighet i det som blir sagt. Han som sier det han tar seg jo tiden og ser over, setter seg inn i saken. Han sier ikke noe bare for å syns noen ting, han har vurdert og han har kompetanse til å mene noe om. Han løfter meg jo, han setter meg litt fri da. Ja også det at det var akkurat den legen som sa det, som har både erfaringa og ja... det var ingen hvem som helst som sa det. Det at det var akkurat han betydde nok noe ekstra» (Sigrid).

Solveig fortel at ho vart vist tillit og anerkjennelse for det faglege arbeidet i samtalen med legen:

«Så sa han sånn veldig rolig og stillferdig at utfra dette her så ser det ut som alle retningslinjer har vært fulgt til punkt og prikke og du har gjort alt du skulle gjøre og du har gjort en god jobb. (...) Ja, det var veldig godt å få den. (...) Jeg var i hvert fall glad for at han gjorde det, for det hadde stor betydning for meg» (Solveig).

For Matilda var det avdelingsjordmor/enhetsleiar som gav fagleg støtte.

«Nei hun sa; du har ikke gjort noe galt, du gjorde, du sa ifra sånn og du prøvde, og det var helt rett. Hun sa det høgt og tydelig; dette var ikke ditt ansvar. Så hun sa jo egentlig det som jeg..., egentlig visste jeg jo det. Det var en leges ansvar og det var en lege inne i bilde. Hun sa det høgt og tydelig; dette var ikke ditt ansvar, det var legen som hadde ansvaret og du sa ifra derfor var det ikke ditt ansvar» (Matilda).

Sigrid og Matilda understreka fleire gonger gjennom intervjuet at denne konkrete faglege tilbakemeldinga var ein viktig årsak til at dei fortsatt er i jobb som jordmor. Dette var særleg viktig for Matilda som opplevde at andre jordmødrer ikkje snakka med henne om det som hadde hendt:

«Men du kan si at i kollegiet var det en taushet du ble møtt med, og den tausheten den da blir det jo med en gang spekulasjoner, for du vet jo ikke, hva syns de og klandre de meg, og det er jo rom for en masse fantasier når det ikke blir sagt noe, i den tause

veggen som møter deg. Så det var, det er jo ganske tøft for du vet ikke kor du har dine kollegaer for de tok ikke opp det som skjedde, i veldig liten grad. Og da vet man jo ikke helt...» (Matilda).

Sigrid hadde litt blanda erfaring med korleis andre jordmødrer kommenterte ehnsing som var skjedd.

«så er det kanskje første vakta etterpå så er det kanskje sånne kommentarer som: å ja var du involvert i den ja, å ja det det var jo helt forferdelig så det blir en blanding av sensasjon og medfølelse. Ikke så mye... ja kanskje hvordan går det, det er mest den der å ja, var det du ja. Litt nysgjerrighet, litt sensasjonslyst litt lyst til å vite litt mer, uff det der var fælt og stakkars deg som hadde den der opplevelsen. Og når det liksom har gått litt tid, da er det ingen andre som husker på at du har stått i noe. Det blir bare borte» (Sigrid)

Tydeleg fagleg støtte og bekreftelse på at dei ikkje hadde gjort noko galt gitt av ein solid kollega eller fagleiar er eit enkelttiltak Solveig, Sigrid og Matilda trekk fram som essensiell og god oppfølging. Det er og vektlagt at dei fekk denne støtta frå nokon over dei i eit fagleg hieraraki (lege, leiar). Betydning av denne støtta er ikkje overraskande med tanke på fagfokuset som ligg i ekspertorganisasjonen. Dei fleste med profesjonsutdanning har ein sterk lojalitet til faget, arbeidet dei utfører og pasientane. Status har samanheng med fagleg dugleik. Sjølvvurdering og fagfelle vurdering er del av dette (Strand, 2007).

Når det går galt under ein fødsel er den faglege sjølvtiliten og posisjon i kollegiet trua (Schrøder et al., 2018; Wahlberg et al., 2020). Ein studie frå Danmark viser at frykt for å bli klandra er dominerande, også i dei tilfella der ingen kan klandrast. Mange jordmødrer fryktar for kva kollegaer tenker om dei i lang tid etter hendinga. Eit interessant aspekt er at svært få opplever å få fagleg kritikk, så denne frykta er i liten grad reell (Schrøder et al., 2016 a). Jordmødrer får i større grad fagleg rettleiing og støtte frå kollega enn frå leiar etter traumatiske fødselar. Verdien av dette er rangert høgt og ein god kollegarelasjonen blir trekt fram som umåteleg viktig. Medarbeidarar ber i liten grad ber om støtte frå leiar. Ei årsak kan vera at man ikkje vil vise personleg sårbarhet ovanfor ein overordna. Særleg dersom man har høg grad av skuldkjensle (Schrøder et al., 2018). Jordmødrer og gynekologar er sjølvkritiske og granskar alle deltaljer og eigne faglege handlingar etter alvorlege hendingar.

Skuldkjensle er utbredt etter alvorlege hendingar sjølv om det ikkje er gjort fageleg feil. Ei god støtte kan vera å kjenne att og anerkjenne at skuldkjensla er ein normal reaksjon framfor ein-sidedig fokus på at det ikkje er gjort faglege feil (Schrøder, Larsen, Jørgensen, Lamont & Hvidt, 2017).

Taushet som Matilda trekk fram er ein kontrast til tydeleg fagleg støtte. Eit funn i Wahlberg et al. (2020) viser at jordmødrer har eit klart behov for å vite kva andre legar og jordmødrer meiner om det faglege arbeidet som er gjort når det går galt under ein fødsel. Mangel på fagleg tilbakemelding er trekt fram som ein dobbel emosjonell belastning med direkte negativ effekt på fagleg sjølvtilitt. Dersom kollegaer ikkje tok opp hendinga i etterkant gav det ei kjensle av einsemd og isolering.

Ingen av informantane gav inntrykk av at den faglege rettleiinga dei fekk var formell eller del av avdelinga si hendingsevaluering. Dei oppfatta seg sjølv som heldige som fekk denne ein til ein responsen frå akkurat denne personen. For Matilda vart taushet i kollegiet ikkje tatt tak i på eit overordna nivå. Og i det ligg det ein utfordring. Kollegastøtte bør ikkje vera styrt av tilfeldigheter. Schrøder et al. (2018) fann at kollegastøtte vart sett på som verdifullt, men at den ikkje nødvendigvis var av god kvalitet eller systematisk gjennomført. Dei hevdar at ei formalisering av kollegastøtte med fordel kan inngå i formelle system og program for oppfølging. Strand (2007) peikar på at leiar i noko grad kan verke inn på medarbeidarane sitt arbeid gjennom å stimulere til kommunikasjon og samarbeid for å unngå eller redusere konflikt og rivalisering. Vidare meiner han at ei viktig leiaroppgåve i ekspertorganisasjonen er å legge til rette for kollegial samhandling og nytenking samt vera ein fasilitator for tydeliggjøring av prosesser og mål i eit fagkollegium. Mine funn kan indikere at leiar kan ha ein viktig funksjon gjennom tilrettelegging av systematisk og kvalitetssikra kollegarelasjonar i etterkant av belastande hendingar. Med utgangspunkt i at jordmødrer er svært sjølvkritiske er det kanskje særleg viktig at også fagleg kritikk kjem fram for å motverke at tystnad blir ei ekstra belastning slik Matilda refererer til. Ei viktig arena for dette er debriefing.

4.3 Debriefing i spagat

Debriefing framstår som sentral aktivitet i den formelle oppfølginga etter katastrofefødselen. Alle informantane har personleg erfaring med gruppebasert debriefing, og har til saman brukt dette ordet nesten 50 gonger i løpet av intervjuet. Merk at informantane bruker omgrepet

uformell debrifing når dei snakker om den umiddelbare ventileringa/defusing. Daglegtale er dermed ikkje i samsvar med omgrep i prosedyre.

Hendingane informantane referer til har eit tidspenn over fleire år. Intrykket er at det har vore ein klar utvikling mot meir systematisk gjennomføring av debrifing dei siste åra.

«Jeg vet jo ikke hva de legene gjorde, vi prata ikke vi som var involvert. Det var en overlege, en LIS (lege i spesialisering) og det var meg. Og så var det selvfølgelig den andre jordmora som var på jobb (...) Men det var ikke noe system på det, men det har blitt bedre, dette er jo over 10 år siden» (Matilda).

«Det har vært andre nyere episoder som jeg har vært involvert i (...) dårlige barn og sånt hvor hun daværende avdelingsjordmor på føden hun var veldig ivrig for at vi skulle ha system på det, vi skulle ha gjennomgang og debrifing (...) jeg synes det var veldig bra at hun var opptatt av å løfte det fram og at vi skulle, at alle skulle bli sett og at alle skulle få mulighet til å uttale seg» (Solveig).

Solveig og Sigrid har erfart debrifing som nyttig evaluering av hendingsforløpet. Begge referer her til akutthendingar der svært mange kom til for å hjelpe, noko som gjorde det vanskelig å holde oversikt:

«Den siste debrifingen jeg var på var egentlig kanskje sånn klargjørende for den situasjonen vi skulle brife. Det var så mange mennesker (involvert i den kliniske hendinga). Så jeg tror det er nyttig, også for å klare å huske» (Solveig).

«Og jeg vet at den lappen jeg skrev (fortløpande notering av tiltak under hendinga) er nesten uleselig så jeg tenke det var lurt at jeg var med. Og så viste det seg at (...) en anestesilege han fikk mange svar nettopp fordi jeg var der. Han lurte på ting (som) han fikk klarhet i på grunn av jeg var der og kunne referere fra den lappen» (Sigrid).

Matilda løfter fram debrifing som evaluering og læringsarena. Ho har god erfraing frå gjennomgang etter simuleringstrening og relaterer debrifing til dette:

«Vi kan bli mye flinkere til evaluere, gå gjennom etterpå. (...) Lære og rekonstruere for å se hva var det vi gjorde. Hva var det vi gjorde som var bra? Sånn er det jo man gjør etter at man har trent simuleringstrening. Da skal man gå gjennom; hvordan opplevde du det? hva gjorde du? Og det lærer vi en masse av»

Ho etterlyser og meir bruk av debriefing (i betydning defusing/ventilering), her relatert til ein hending der barnet hadde behov for akutt gjenoppliving etter fødsel:

«Det var natt, alle har gått; barnelegen har gått, LIS'en (lege i spesialisering) har gått, overlegen har gått. Vi trenger jo å prate! Hva var det som skjedde? Hva var det vi gjorde. Men da har de gått. Og så er det morgen og så skal du hjem å legge deg og så får du ikke snakket om hva var det nå som skjedde. Så vi kan bli mye flinkere til å evaluere, gå gjennom etterpå» (Matilda).

Viktoria, Anna, Solveig og Sigrid er kritiske til gjennomføring av debriefing slik dei i nokre tilfeller har erfart det.

Det er noen som har snakket om det med debriefing, at vi skal være flinkere til det. Vi hadde en annen sak her. Der det ble gjort et, kanskje et forsøk på debriefing som ikke fungerte (Anna).

«Jeg synes ikke vårt system har vært så godt på det da. For man må ta høyde for at folk opplever ting ulikt i en sånn situasjon. Selv om det ikke stemmer med andre folk sin opplevelse. For debriefing skal være et sted hvor man skal få lov å komme med hvordan man opplevde det, og så skal man ikke blir kritisert for at man har opplevd det på den eller den måten» (Solveig).

«Det ble ikke tatt høyde for at vi hadde ulikt utgangspunkt. Og da skulle møtes og på en måte snakke igjennom det for at vi skal klare å fungere som kollegaer etterpå. Det blir å putte sammen to personer som har en helt ulik tilnærming til hendelsen som hadde skjedd. Så det ble en tilleggsbelastning» (Sigrid).

Solveig fortel at *«ledelsens rolle var veldig utydelig»*, medan Sigrid fortel at ho har erfart debriefing som *«usikkert og falmende styrt, det var ingen tydelig mål og struktur»*. Viktoria poengterer at rettleiing i gruppe er krevjande. Ho formidlar at man bør hente inn eksterne

ressurser til dette: «*Man bør leie inn noen, noen som kan dette for ledelsen er ikke kompetent*».

Debrifing er ein prosedyrestyrt aktivitet og inkluderer gjennomgang av hendingsforløp, avklaring av faglege spørsmål, identifisering av bakanforliggende faktorar knytta til system, bearbeiding av hendinga og normalisering av reaksjonar dei involverte måtte kjenne på (Kvinneklinikken UNN, 2018; Nordlanssykehuset HF, 2019 a; UNN HF, 2018). Gjennom føringane i prosedyrerammeverk kan det sjå ut som debrifing har mål om å famne om svært ulike fokus i form av evaluering/læring, ivaretaking av den emosjonelle opplevinga og forebygging av psykiske helseplager for involvert personale. Eit interessant spørsmål å sjå nærare på er om det er mulig å kombinere desse fokusområda på ein god måte i same setting.

Evaluering og læring av hendinga kan relaterast til avdelinga sitt kvalitetsforbetningsarbeid. Eit søk på debrifing + læring gir ei mengde treff på publikasjonar knytta til simuleringstrening i helsetenesta, pasientsikkerhet og/eller kvalitetsforbetring. Det blir vist til mange ulike modellar for gjennomføring. Som eit døme har Egenberg (2017:xviii) definert debrifing som å «*forklare, analysere og syntetisere handlingar*». Ho har forska på effekt av simuleringstrening i fødselsomsorg. Debrifing etter simuleringsovingar vart i hennar prosjekt leia av utdanna fasiltator med «good judgement approach». Modellen vektlegg individuell tilnærming, ærlig tilbakemelding i trygge rammer og har definerte læringsmål i sentrum (Rudolph et al., 2007 sitert i Egenberg, 2017).

Riktig handtering etter ei hending, i lag med pasientutfallet, er avgjerande for kor alvorleg og skadeleg hendinga blir for medarbeidaren i følgje Nordlanssykehuset HF (2019 a). Det er fagleg ueinigheit om debrifing kan førebygge psykiske/emosjonelle skader. I ein Cochrane oppsummering konkludere Rose et al. (2002) med at individuell debrifing i etterkant av belasta hending ikkje kan anbefalast. Hawker et al. (2010) har problematisert konklusjonen. Dei hevdar at debrifing er eit godt verktøy dersom det blir brukt etter intensjonen, styrt av kompetent personale og gjennomført med ein strukturert og anbefalt stegvis struktur. Som bakgrunn viser dei til Critical incident stress debrifing (CISD) som ein anbefalt 7.trinns modell. Modellen er utvikla for team av personell som kan forvente akutthendingar og krisehandtering som del av arbeidsforholdet. Målet med CISD er normalisering av emosjonelle reaksjonar, kunnskap om og fokus på mestringsstrategiar. Tucey & Scott (2014)

har samanlikna gruppebasert debrifing etter modell av CISD, stressmestringskurs og ingen oppfølging. Resultat viser ingen skilnad på utvikling av PTSD, men debrifingsgruppa hadde signifikant mindre alkoholforbruk og betre score på livskvalitet enn dei to andre gruppene.

Ingen av intervjua gir intrykk av at den personlege opplevinga er vektlagt i gjennomføring av debrifing. Sigrid er den einaste som har nemnt eit emosjonelt aspekt i det heile når ho skildrar korleis ho har erfart debrifing:

«Alle får fortelle om sin opplevelse i tur og orden i kronologisk rekkefølge. Det er vel slik det har vært i de tilfellene jeg har vært. Hvor kom du inn i forløpet, hvordan var situasjonen når du kom inn, hva så du, hva gjorde du, ja.. ikke så mye hva du følte. Men det kommer naturlig når man begynner å snakke. Og så legger man på i den grad man orker og tør å være personlig og dele, så er det veldig ulikt hvordan folk deler egne følelser i det. Noen deler, noen gjør det ikke, men det blir helt opp til en selv».

I mitt avgrensa datamateriale kan det sjå ut som eit evaluering og læringsperspektiv dominerer, både i form av kva informantane forventar at ein debrifing skal være, og på faktisk erfaring. På eit abstrakt nivå kan vi sjå på evaluering/ læringsperspektiv som organisasjonens behov. Kvalitetsforbetring er pålagt og vektlagt aktivitet på eit sjukehus (Helsedirektoratet, 2017). Utover pasienttryggleik og betre kvalitet er bygging av tillit til helsevesenet viktig element i tilsynsordninga (Helsetilsynet, 2017). Dette er ein aktivitet som er utadretta jamfør Strand (2007). Krav til rapportering gjer lærings- / evalueringsperspektivet til ein synleg leiaraktivitet. Involvert pasient skal informerast om avdelinga sin plan for fagleg gjennomgang. Dato for gjennomføring og identifiserte forbetringstiltak skal dokumenterast i pasientjournal. Resymé inngår som grunnlag ved eventuell tilsynssak (Kvinneklubben UNN, 2018). Medarbeidarane sitt behov er ein innadretta aktivitet. Jordmødrer eg har intervjuet har vist at dei har behov for fagleg vurdering av arbeidet og samarbeidet. Rydding i hendingsforløp, personleg stadfesting på at man ikkje er skuld i katastrofen og eit læringsperspektiv er vurdert som nyttig og anbefalt brukt i større grad av informantane. I dette ligg det ein forventning frå medarbeidarane om at debrifing har eit kvalitetsforbetningsfokus. Ivaretaking av den emosjonelte opplevinga er eit anna behov medarbeidarane har. Fokus eller eventuell mangel på fokus her vil ikkje vera like synleg, i

alle fall ikkje på kort sikt. Langsiktig kan dette vise seg i form av helsemessige konsekvensar, sjukemeldingar og turnover (jamfør kap 1.1.2).

Eg har ikkje fordjupa meg i ulike modellar for debrifing som til dømes CISD eller «good judgement approach», men har eit inntrykk av at det er svært ulike teknikkar som er anbefalt når man gjennomfører debrifing i eit lærings- jamfør psykisk/emosjonelt perspektiv. Struktur eller teoretisk rammeverk (modell) for gjennomføring av debrifing er ikkje nemnt i prosedyrane frå UNN og NLSH. Det kan sjå ut som det i stor grad er opp til leiar å finne sin form for gjennomføring og balanse mellom to ulike målområder som potensielt er i konkurranse med kvarandre. Kontekst kan verke inn på dette valet. Synlighet utad gir evaluering og læring eit fortrinn, sjølv om det i prosedyre ikkje er rangert som viktigare.

4.4 «Og så ble det egentlig stille» - individuell oppfølging i tidsklemme?

Alle informantane har fortalt om hendingar dei har opplevd negativt eller opplevd som mangel i oppfølging i etterkant av belastande hendingar.

Anna og Sigrid har opplevd manglande informasjon frå leiar etter alvorleg hending:

«Jeg hadde to dager fri etter 7-8 vakter, og da skulle de ha meg inn på jobb til debrifing den ene formiddagen. Det gjør jeg ikke, jeg orker ikke det. Og det var det samme for den andre jordmora, det passa heller ikke for henne. Så da bestemte de seg for debrifing uten oss. (...) Hva de snakka om vet jeg ikke for ingen har snakket med meg etterpå» (Anna).

«Jeg blir ikke informert i saksgangen i det hele tatt. Når du faktisk blir granska, og du faktisk blir innkalt til intervju og du må stå rett og forklare alt du har gjort ned til minste detalj (til helsetilsynet), da bør du også få tilbakemelding på hva som er resultatet, og det bør kvalitetssikres, og det bør legges frem på en ordentlig måte» (Sigrid).

Ikkje alle hendingane jordmødrene opplever som belastande er like synleg for leiar. Dette er i stor grad relatert til hendingar eg har kalla «kronisk belastning»:

«Ledelsen er lite tilstede på avdelingen, de oppdager ikke situasjonene der man er redd, men som går bra. De går under radaren» (Viktoria).

«det krever jo og at de er tilstede og at de vet, at de har fingeren på pulsen og at de vet, det er jo en ting, de ikke får med seg at noe har det skjedd. Det har vært noen hendelser. Så jeg tror at de (ledelsen) kunne vært..., hatt det mer i fokus» (Matilde).

«Også er det jo dette med ledelse. Jeg regner med at de har satt seg inn, det er jo jobben deres å sette seg inn i hva som har skjedd. (...) Og det der var en veldig spesiell historie. Men jeg ikke fått et spørsmål i det hele tatt om den saken der...» (Anna).

Med unntak av Matilda skildrar informantane at dei i liten grad har snakka med leiar om den emosjonelle belastninga jobben kan gi:

«Jeg føler at ledelsen har vært ganske så usynlig, det har ikke vært så veldig mye spørsmål om akkurat det» (Solveig).

«Og ikke minst som tilbud om ettersamtale etter belastende hendelser. Det tror jeg ville være ganske fornuftig. Og det å faktisk, også det å anerkjenne at det det er steintøft å stå i sånne hendelser og at det gjør noe med oss. Ikke bare forvente at vi skal komme glad og bli på jobb, dag etter dag etter sånne hendelser uten å være berørt.» (Sigrid)

«Jeg kunne selvfølgelig gått og banka på døra og sagt; hør her, jeg trenger å snakke om det her, men det får man på en måte ikke lyst til når man blir vist såpass lite oppmerksomhet på en måte. (Anna).

«Ingen spør hvordan det går. Jeg kunne selvsagt... det kjennes ikke naturlig å bare troppe opp på kontoret» (Viktoria)

På spørsmål om belastande hendinga har vore eit tema på medarbeidarsamtalar svarer alle nei. Her er Anna og Matilda sine erfaringar:

«nei jeg følte ikke at det var noe særlig rom for å prate om det kanskje. Jeg vet ikke om det kom opp om jeg kunne snakke om det en gang. Jeg vet ikke helt, det kunne jeg sikkert ha gjort, men.....» (Anna).

«Nei..., jeg fikk jo innkalling til medarbeidersamtale, her er det jo et punkt som heter ledelse, trivsel og arbeidsmiljø, men kanskje ikke konkret nok. Jeg tror at ikke alle tar det opp spontant på eget initiativ» (Matilda).

Matida, Solveig og Anna hadde utsegn som indikerer travelheit:

«Så har jeg inntrykk av ledelsen ikke har tid til å holde på med slike ting. Jeg tror at det er det største problemet. Dersom de hadde sluppet å holde på med turnus og ringe inn folk og alt mulig annet så hadde de hatt tid til å prate med oss mere. Og hørt litt bedre etter hvordan det går» (Matilda).

«Og så fikk jeg fra hun som var min nærmeste leder, nærmest en passiare i forbifarten 1-1 ½ år etter hvor hun sa; ville bare si ifra at til deg hun fødtedama har vært inne og født et barn til og det gikk bra, det gikk kjempebra. Det satte jeg egentlig pris på, at hun sa det til meg, men jeg ble litt sånn tatt på senga akkurat når hun sa det for det var litt sånn inn og ut av et rom bare i forbifarten» (Solveig).

«De kommer jo innom på morgenen når de kommer på jobb og spør hvordan natta har vært. (...) Jeg skal gi rapport om 10 minutter, man er sliten og alt sånt. Jeg hadde jo ikke tid til å prate da, jeg sa bare at det går bra, eller ett eller annet» (Anna).

Datamaterialet gir indikasjoner på at leiar har ein travel kvardag. Dette er ikkje ukjend i sjukehus. Arbeidstilsynet gjennomførte tilsyn med 22 helseføretak og 5 private sjukehus i 2005. Dei hadde eit særskilt fokus på fyrstelinjeleiarar og deira psykososiale- og organisatoriske arbeidsmiljø. Hovudintrykket var at fyrstelinjeleiarar er ei arbeidsgruppe som har eit omfattande ansvar for drift, økonomi, fag og personal. Dei jobbar under stort press og har samtidig liten påverknad på rammevilkår. Gruppen er tildelt nye og tidkrevjande oppgåver som til dømes rapportering, dokumentasjon og oppfølging av sjukemeldte. Mange har og ansvar for turnus og oppdekking av ledige vakter. I ein travel kvardag er prioritering eit dilemma. Dagleg drift for å kunne ivareta pasientane og administrative oppgåver som blir

etterspurd av overordna nivå blir prioritert. Personalleiing og systematisk HMS arbeid får minst tid og er områder der leiarane opplever at dei ikkje strekk til. Arbeidstilsynet meiner at førstelinjeleiarer er pressa mellom krav frå øvste leiarnivå og behovet frå egne medarbeidarar. Mange klarer ikkje i stor nok grad å vera tilgjengelige og synlege for medarbeidarane med dagens rammevilkår (Arbeidstilsynet, 2006).

Etter alvorlege hendingar («katastrofefødselen») er neste steg etter debrifing utarbeidinga av individuell plan for vidare oppfølging (Kvinneklinikken UNN, 2018; Nordlanssykehuset HF, 2019 a). Ingen av informantane har erfaring med individuell plan. I løpet av intervjuet er det kun Sigrid som har etterlyst ettersamtale. Vidare er det indikasjonar på at den emosjonelle belastninga jordmødrene kjenner på forsvinn litt i leiaroppfølginga. Dette kanskje særleg relatert til dei belastande hendingane som ikkje er omfatta av rapporteringskrav («kronisk belastning» hendingar).

Det er identifisert to grunnleggande ulike leiarstilar i form av oppgåve- og relasjonsorientert leiing (Jacobsen & Thorsvik, 2002). I ein systematisk review har Cummings et al. (2018) sett på korleis oppgåvefokusert jamfør relasjonsfokusert leiarskap verkar inn på sjukepleiarar sitt arbeid og arbeidsvilkår. Dei finn ein sterk evidens for at eit relasjonsfokus har positiv innverknad på trivsel på arbeidsplass, tilfredsheit med arbeidsoppgåver og leiar, jobbengasjement, framtidsplaner, helse og velvære, kollegial relasjon, kultur, produktivitet og effektivitet. Det kan argumenterast for at den emosjonelle belastninga jordmødrer kan møte i jobben gjer denne leiarstilen særleg egna. Transformasjonsleiing og kanskje særleg elementet «Individualisert merksemd» (Bass & Riggio, 2013) kan i så måte vera ein leiarorientering som kan ha positiv betydning i det jordmorfaglege feltet.

Kartlegging frå Leinweber et al. (2017), Schrøder et al. (2016 b) og Wahlberg et al. (2017) viser at dei fleste jordmødrer vil oppleve hendingar på jobb som er belastande. Det viser at det er vanskelig, eller umulig som jordmor å sikre seg mot hendingar der man opplever sterke negative kjensler. Med tanke på yrket sin natur er eg overraska over at belastande hendingar ikkje er del av ein medarbeidersamtale. Når man først gjennomfører dette såg eg for meg samtalen som ein god arena for å sette fokus på emosjonell slitasje frå «kronisk belastning» hendingane.

Arbeidstilsynet (2006) plasserer i stor grad førstelinjeleiarer i ein oppgåveorientert retning når dei skriv at administrasjon og drift ofte blir prioritert grunna rapportering oppover i linje,

samstundes kan det argumenterast for at ein relasjonsorientering er å anbefale i eit medarbeidarperspektiv. Leiarar på ei fødeavdeling står potensielt i ei spenning mellom oppgåve- og relasjonsorientering her. Eg har tidlegare vore inne på at kvalitetsforbetring jamfør den emosjonelle opplevinga kan vera konkurrerende fokusområder under debrifing. Vidare har eg relatert dette til at evaluering og læringsperspektiv har stor synlighet utad grunna formelle krav om rapportering. Dette er ei linje som kan trekkast vidare til individuell oppfølging. Den individuelle oppfølginga og eit kontinuerleg fokus på ei emosjonell belastning er ein innadretta aktivitet med lite synlighet utad, i alle fall på kort sikt. I ein pressa kvardag kan synlighet vera ein organisatorisk faktor for korleis leiar prioriterer og har hovudfokus etter belastande hendingar.

4.5 Når verda raser heilt saman – den emosjonelle opplevinga

Informantane som har opplevd at barn døyr i forbindelse med fødsel bruker ord som «traumatisk», «nå raser verden helt sammen», «heftig opplevelse», «fælt», «jævlig», «grusomt» og «trist» om sjølve opplevinga. Dei mindre hendingane (kronisk belastning) som man må forvente å stå i som jordmor er ikkje like dramatiske og oppslukande, men gir belastning og slitasje som bygger seg opp over tid. Viktoria visualiserer på denne måten: «Jeg har en film i hodet, den blir lengre og lengre. Jeg spiller den på nytt hver gang noe skjer. Må bare komme meg gjennom den».

4.5.1 Emosjonelt arbeid i jordmorfag

Informantane har mange ulike døme på den emosjonelle belastninga jordmorfaget kan gi. Dei skildrar at dei har kjent på sorg, energitap, stress, redsel og kontrastar på fødeavdelinga under og i etterkant av hendingar:

Solveig om ei travel vakt:

«jeg følte meg jo helt sånn vingeklippet på den lørdagsvakta fordi at det var noen som maste på meg i hver ende absolutt hele tiden og var det ikke legen så var det studenten eller så var det barnevernet eller så var det telefonen som ringte den andre kollegaen min som ville ha hjelp. (...) Jeg følte meg sånn skikkelig strukket ut som et sånn skinn som ligger til utstrek når du har flådd et dyr» (Solveig)

Sigrid referer til ei hending der barnet i magen plutselig fekk lav puls:

«Jeg kan ikke deale med at jeg er redd, jeg må ta meg av det paret som faktisk også blir redd, jeg må stå å spille skuespill og late som at jeg har ståkontroll samtidig som det er et følelsesmessig kaos innvendig som er helt voldsomt. Jeg har blitt god på å skjule følelser» (Sigrid).

Anna deltok på ein fødsel der det var forventa at barnet ikkje ville overleve og forteller:

«jeg var jo kjempe lei meg og så skulle jeg prøve å støtte dem samtidig, så da måtte jeg gråte litt, og det var nå greit, dem gråt, jeg gråt litt, jeg satt ikke å hulka, du vet, men man klarer ikke å holde tilbake» (Anna).

Solveig fortel her om ein kjenslemessig kontrast før og etter ei akutthendinga:

«Du skjønner at det her er bare kjempekule folk. Her gleder jeg meg veldig til babyen er født for da kan vi prate mer, for du verden så hyggelige. De her, dersom vi hadde truffet hverandre på en annen arena så kunne vi vært venner. Det var virkelig sånne folk jeg tenkte sånn om. Og så skjedde det her og så ble alt bare rot, eller ikke rot, bare fælt. Jeg håper aldri at noen kommer i den situasjonen igjen, helt grusomt» (Solveig).

Solveig og Sigrid forteller dette om første vakt etter fødsel der barnet døydde uventa.

«Det eneste jeg husker er at jeg grein og grein hele den dagen, det var heldigvis ikke så mye å gjøre. Jeg gråt og var livredd for å møte de (foreldreparet) i korridoren» (Solveig).

«Jeg visste at det var veldig viktig å vise ansikt til det paret som det her har skjedd med. Jeg visste at det kom til å bli tøft å gå inn å møte de igjen, men det var jeg fast bestemt på at jeg skulle gjøre. Og så kommer jeg på jobb og blir møtt av en kollega som sier at jeg må faktisk fraråde deg å gå inn til paret, de er så sinte at jeg tror ikke

det er lurt at du går inn der. Jeg hadde mobilisert hele dagen for å møte de, men valgte å lytte til rådet» (Sigrid).

Ein viktig del av jobben til jordmor er etablering av eit gjensidig fellesskap med den fødande kvinna (Berg et al., 2012). Tett relasjon mellom jordmor og fødekvinne er ein positiv del av jordmors emosjonelle arbeid. Ein meningsfull relasjon er verdifull for begge parter. I eit likeverdig samarbeid er det ein gjensidig «gi og få» situasjon der både fødekvinna og jordmora opplever å bli sett og verdsatt som person. Dette intense samspelet med fødande kvinner er ein viktig motiverande faktor for at jordmødrer elsker jobben sin (Hunter, 2010; Leinweber & Rowe, 2010). Ei fødeatmosfære prega av ro, tryggleik, tillit er ein anna dimensjon vektlagt i jordmorfag (Berg et al., 2012). Å skape dette rommet, styrke og støtte fødekvinna er ein kunst som krev at jordmor deltar med heile seg, noko som kan vera energikrevjande. Det er emosjonelt krevjande å oppretthalde ein autentisk relasjon gjennom ein lang fødsel, og mange jordmødrer er metalt slitne etter ei vakt på fødeavdelinga. Dersom det oppstår problem undervegs i ein fødsel blir det emosjonelle arbeidet negativt forsterka (Hunter, 2010).

Emosjonelt arbeid er å regulere kjensleuttrykk og eigne kjensler for å møte forventningar til kva som kan og bør uttrykkast i den profesjonelle yrkesrolla (Hochschild, 2012). I den profesjonelle rolla til jordmor ligg det føringar for å handle rolig, kontrollert og kunnskapsbasert. Sigrid viser til kontrasten mellom egne kaotiske kjensler samstundes som ho må uttrykke ro ovanfor foreldra. Dette er eit godt døme på omgrepa performing emotions frå Rayment (2015) og overflatespel frå Falck (2010) og Hochschild (2012).

Opplevingar der jordmor er lei seg på vegne av eller i lag med foreldre kan relaterast til omgrepet managing emotions frå Hochschild (2012) og Rayment (2015). Dette er situasjonar der informantane opplever at dei til ein viss grad kan dele sorg og tårer med foreldra, men at dei balanserer uttrykket mellom uprofesjonell og profesjonell framtoning. Sitatet frå Anna er godt døme på dette når ho måtte balansere oppleving av å vera veldig lei seg, men samstundes vera ei støtte for foreldra.

Emosjonelt arbeid har ein kostnad i følgje Hochschild (2012). Ho har skildra tre ulike reaksjonsformar ved emosjonelt arbeid. Den fyrste er å identifisere seg heilhjerta med jobben, noko som kan gi risiko for utbrentheit. På motsett side ser ein den som distanserer seg. Denne

personen kan ende opp med å klandre seg sjølv for å vera uekte og kun utføre ei rolle. Den tredje varianten er bevist holdning til jobben som skodespel. Risiko her er framandgjeri og kynisme. I følge Leinweber & Rowe (2010) indikerer forskning at jordmødrers høge grad av empatisk innleving, engasjement og gjensidighet i kvinne-jordmorrelasjon aukar risiko for sekundær traumatisk stress i etterkant av ein traumatisk fødsel. Dette kan skade jordmora sin mentale helse, men og vera ein fagleg trussel mot jordmor-kvinne relasjon som kjerneverksemd i jordmorfaget. Dersom jordmor distanserer seg frå denne relasjonen i framtida vil ho miste eit essensielt profesjonelt arbeidsverktøy. Ein norsk studie viser ein samanheng mellom emosjonell dissonans og legemeldt sjukefråvær i klientverksemd. I artikkelen er omgrepet emosjonell dissonans forklart som å undertrykke følelsar slik at man kan te seg nøytralt i jobbsamanheng. Studien viser at emosjonell dissonans er ein risikofaktor for sjukefråvær. Forskarane konkluderer med at det trengs meir forskning på området, men at man med fordel kan inkludere eit fokus på fenomenet i arbeid med å reduserer sjukefråvær (Indregard, Knardahl & Nielsen, 2017).

Rayment (2015) skildrar emne til å handtere og utøve emosjonelt arbeid som ein avansert kompetanse som må lærers. Fram til man har denne ferdigheten er man sårbar. Eit trekk ved profesjonsutøving er at man opparbeider seg praktiske yrkesferdigheter gjennom erfaring og via erfarne kollegaer (Strand, 2007). Ei utfordring er at erfaringsbasert kompetanse ofte er usynlig og den blir ikkje verbalisert. Eit interessant funn i ei kunnskapsoppsummering om emosjonelt arbeid i jordmorfag er at mange av dei inkluderte artiklane har emosjonelt arbeid som bi-funn. Hovudfokus har vore stress, utbrentheit, robustheit i fagmiljø eller krevjande deler av fagutøvinga. Konklusjonen er at emosjonelt arbeid er svært underkommunisert som element i det daglege arbeidet til jordmødrer (Hunter, 2010). Datamaterialet viser mange døme på emosjonelt arbeid, men ingen av informantane har brukt omgrepet, eller relatert eigne erfaringar i denne referanseramma. Også for meg var det eit ukjend omgrep til tross for lang klinisk erfaring. Her er det rom for forbetring. Eit viktig steg er å respektere og anerkjenne emosjonelt arbeid og utvikle gode system for hjelp og støtte i følge Rayment (2015).

4.5.2 Emosjonell støtte og oppfølging frå kollega

Informantane fortell at det i hovudsak er kollegaer som gir emosjonell støtte og omsorg etter belastande hendingar. Å gi ein klem, tørke tårer, lytte eller dele erfaringar og historiar blir formidla som god og viktig støtte. Anna uttrykker det slik:

«Vi vet ikke hva vi skal si, for det er egentlig ingen ting å si, det er det som det store problemet i sånne situasjoner. Og sånn er det jo som kollega og, man kan ikke si så mye, man kan kanskje holde rundt litt, eller bare sitte ned sammen og så kan man få fortelle hva som har skjedd og så er det noen som hører på hva du sier og som sier huff, ja mm. Det er på en måte den nærheten som er viktig. Å få fortalt hva som har skjedd det tror jeg er veldig viktig».

Trygg og god relasjon til kollega er trekt fram som viktig av alle informantane, her ved Anna, Matilda, Sigrid og Solveig:

«Å ha en kollega du stoler på som du føler du kan prate til og vise svakhet til. En du kan si at det der synes jeg var vanskelig selv om alt gikk bra og det var jo egentlig ikke så dramatisk. Å oppleve at du blir hørt og at du blir møtt på det, det er gull det» (Anna).

«Det er kanskje mer tilfeldig, hvem var med, hvem er det som sitter rundt deg og er det noen du føler du kan være åpen ovenfor. Så det har jo med trygghet å gjøre, om man tør å ta det opp» (Matilda).

«Det handler litt om rollene og om kjemi og hvordan man kjenner hverandre og hva som kommer naturlig» (Sigrid)

«Vi har stort ansvar for at folk skal spille hverandre god, bli god og fortsette å fungere i jobb, ja, ikke miste gløden liksom. (...) Det å få støtte fra kollegaene sine, det tror jeg er alfa og omega og kanskje spesielt fra en annen jordmor; jordmor til jordmor, ja» (Solveig).

Viktoria framheva at humor bygger eit fellesskap: *«De sprø historiene fortelles på nattevakt. Det gjør noe med oss at vi deler sånne historier»* (Viktoria).

Viktorija, Sigrid og Solveig fortalte at dei er venner med enkelte kollegaer eller leiar, noko som senka terskelen for å ta initiativ for ein prat når noko hadde vore vanskelig på jobb.

«Vi kjenner hverandre så godt, jeg trenger ikkje å si så mye, bare ringe å spørre om vi kan gå en tur, så skjønner hun» (Viktorija).

«Så nå er det sånn at jeg har en situasjon, at vi har en sånn relasjon at vi kan snakke om veldig mange rare ting. Det er ikke alt av det som ligger i den lederrollen, mye ligger i den private relasjonen. Vi er også litt sånn venner» (Sigrid).

Anna har ikkje like tett privat relasjon med andre jordmødrer:

«Det er få jeg har kontakt med utenom jobb av mine kollegaer. Det er et par tre stykker, men stort sett har jeg nettverket mitt andre plasser, jeg har ikke så mye sosial omgang på fritida mi kan du si med jobben.... så for meg er det kjempeviktig at jeg kan snakke om disse tingene når jeg er på jobb» (Anna).

Ein kollega som oppdager, ser behov og tar initiativ til kontakt hadde stor verdi for Solveig og Anna etter alvorleg hending.

«Og så ringte hun til meg, det var kanskje den dagen eller dagen etterpå og i flere påfølgende dager etter hverandre. Men det var veldig, veldig utslagsgivende for hvordan jeg tok det videre. Jeg tror at dersom ikke hun hadde ringt til meg og sagt at dette kunne skjedd når som helst i karrieren din, det har ikke skjedd fordi du var ny, det har ikke skjedd fordi du er en dust, uten de telefonene der så tror jeg ikke jeg hadde vært jordmor i dag». «Jeg tror at det utslagsgivende var at kollegaen brydde seg at det betydde noe at jeg kom tilbake på jobb at det ikke var likegyldig at om jeg ble i jobben eller bare forsvant» (Solveig).

«Jeg fikk telefon, nei melding etterpå, utpå dagen (...) Bare et spørsmål om hvordan det gikk da, eller går det bra med deg, jeg tenker på deg» (...) Og så fikk jeg melding om at dem (foreldrene) var så glad for at det var akkurat jeg som var der. Og da følte man seg hakket bedre, for du føler deg jo helt håpløs i sånne situasjoner» (Anna).

Positiv erfaring og god støtte frå andre har gjort at fleire av informantane er opptatt av å sjølv vera ein god kollega. Dei ringer til jordmødrer når dei høyrer om tøffe saker på jobb, og dei følger opp andre yrkesgrupper som har deltatt under fødselen.

«Da kunne jeg «pass it forward» ikke sant. Du får en ting, og når det passer seg sånn så gir du den videre. Og da tenker jeg at det var jo en utrolig lærerik situasjon, så jeg har virkelig brukt det for alt det er verdt seinere og hentet ut alt jeg kan lære av det og forteller videre til mine kollegaer» (Solveig).

«Ja, og vi har mange yngre, nyutdanna ja ganske unge jordmødre. Jeg tenker det er viktig å ta vare på alle» (Matilda)

Jordmødrer er kvarandre sine næraste når noko belastande skjer på jobb. Jordmorsamhald og eit godt arbeidsmiljø er eit viktig fundament for robust og berekraftig jordmorverksemd (eng. resilience / sustainable midwifery practice). Ressursen som er forankra i denne sosiale relasjonen kan kallast ein sosial kapital. Kjerneelement i sosial kapital er tryggleik, tillit, gjensidighet og anerkjenning horisontalt og vertikalt. Jordmødrer har eit medansvar for å bygge sosial kapital på arbeidsplassen. Fagleg kan det handle om å dele eit fagfellesskap og arbeidsglede, verdsetje kvarandre sine kunnskarar og ferdigheter og tilby støtte og rettleiing. Privat relasjon i form av vennskap, eller sosial samhandling på fritid kan vera eit viktig styrkande element. Sosial kapital kan vera ein viktig uformell støttande faktor etter belastande hendingar (Gilkison & Hewitt, 2018).

Med unntak av ei hending formidla av Matilda (møtt med tystnad) framheva alle informantane positiv, støttande og svært viktig kollegarelasjon i handtering av det emosjonelle aspektet i jordmorfaget. Utifrå datamaterialet kan det sjå ut som informantane har god sosial kapital som dei har tatt i bruk. Samstundes var det mange kommentarar på at man ikkje snakka med alle, men søkte seg til den man var trygg på, hadde god relasjon til eller var venn med. Ei bekymring er at det ikkje er gitt at alle har eit solid uformelt kolleganettverk å ta i bruk. Uformell kolekastøtte kan derfor vera noko tilfeldig. Eg har tidlegare vore innom at det i leiarrolla i ekspertorganisasjonen er rom for å tilrettelegge, kvalitetssikre og etablere gode system for kollegasamhandling. Nordlandssjukehuset HF (2019) har gjort dette med etablering av formell kolekastøtteordning. Ordninga har fokus på emosjonelle reaksjonar og

normalisering av kjensler. Kollegastøttene har personleg erfaring med belastande hendingar. Dette er ei relativt ny ordning. Informantane ved sjukehuset er kjent med ordninga, men har ikkje personleg erfaring med å ta kontakt med kollegastøtte. Denne type formell kollegastøtte sikrar at alle har eit tilbod uavhengig av personleg nettverk.

5 Avslutning

«Kva opplever jordmødrer som god oppfølging etter balastande hendningar på ei fødeavdning, og kva kan hemme eller fremje kollegastøtte og leiaroppfølging?»

Belastande hendingar er ikkje eit einsarta omgrep. Grovt kan hendingane som belastar delast i to hovudretningar i form av «katastrofefødselen» og «kronisk belastning». Hovudretningane viser ulike behov for oppfølging. Jordmødrer som opplever at ein fødsel brått og uventa blir ei katastrofe der mor eller barn risikerer skade, blir skada eller døyr skal handtere eit fagleg fokus, ei emosjonell oppleving og potensielle etterreaksjonar. Skamkjensle, sjølvgranskning og skuldkjensle er vanlege reaksjonar, også når jordmor ikkje kan klandrast for eit uheldig utfall (Schrøder et al., 2017). Ein grundig fagleg gjennomgang av arbeidet er eit tiltak for å få avklart at man ikkje har gjort feil. Individuell gjennomgang i lag med kompetent fagfelle eller leiar med fagkompetanse har stor verdi. Ein slik gjennomgang kan gi nødvendig stadfesting på at man ikkje har feilvurdert eller oversett noko. Jordmødrer er sårbare for kva kollegaer tenker om dei etterkant av alvorlege hendingar (Wahlberg et al., 2020). Tydeleg fagleg støtte frå ein kompetent kollega eller leiar signaliser at man har fagleg tillit frå dei man jobbar i lag med. Dersom denne støtta blir gitt av nokon som blir sett opp til i eit kollegialt hierarki betyr det noko ekstra. Tystnad i kollegiet er uheldig. Jordmor kan då blir utrygg på sin faglege status og usikker på om ho har nødvendig tillit frå andre jordmødrer eller legar.

Akutte hendingar involverer ofte fleire aktørar og samarbeid i team. Debrifing er eit etablert oppfølgingstiltak som kan gjennomførast som ein uformell gjennomgang rett etter hending (ventilering/defusing) eller som ein formell leiarstyr gjennomgang ei tid etter hending. Debrifing kan vera ein god arena for å få oversikt over hendingsforløp, evaluere teamsamarbeid og diskutere faglege vurderingar. I trygge rammer kan det vera ein viktig læringsarena med fokus på det som vart gjort bra og på eventuelt forbedringspotensiale. Akutte hendingar med alvorleg pasientutfall er ein emosjonell belastning for involvert helsepersonell (Wu, 2000). Debrifing kan vera ein arena som kan bidra til å normalisere vanlege kjensler og tankespinn. Å dele kjensleuttrykk kan ufarleggjøre at man har kjent på skrekk, redsel og stress. For at debrifing skal vera eit godt oppfølgingstiltak er det viktig med definert mål for samtalen, klar struktur og tydeleg leiing. Dersom jordmor er forhindra frå å

delta på debrifing er det ein fordel med ein individuell gjennomgang i etterkant slik at alle involverte er informert om kva som vart sagt og korleis det faglege arbeidet er vurdert.

Dei mest alvorlege hendingane er meldepliktige til helsetilsyn og kan bli granska. Dette er ein prosess som tar tid før konklusjon er klar. Jordmødrer med eit hovudansvar for ein fødsel som går galt har stort behov for fortløpande informasjon om saksgang og vurderingar som blir gjort av eksterne. Oppfølgingssamtaler med leiar kan vera eit godt tiltak for å sikre god informasjon om saka.

Eit viktig funn i denne oppgåva er at mange hendingar jordmor må forvente å møte i yrket kan opplevast som emosjonelt belastande. Dødfødsel, omsorgsovertaking eller mødre og barn med sjukdom som kompliserer fødselen er ulike døme. Faget har og ei akuttmedisinsk side der rask og adekvat handling er med på å berge liv og helse. Denne type hendingar er hyppigare, enn katastrofefødselen og representerer ei emosjonell «kronisk belastning» for jordmor. Oppfølging av denne type hendingar kan rette seg mot tida rett etter hendinga, men like viktig er eit kontinuerleg fokus på emosjonelt arbeid i jordmorfag.

Rett etter ei hending der man blir lei seg i lag med eller på vegne av foreldra, eller har stått i ein akuttsituasjon som har vore stressande er støtte frå kollegaer viktig. Å ha nokon å snakke med, fortelje om det som skjedde, kunne vise kjensler og tårer og få trøst er gode tiltak kollega kan bidra med. På lik linje med dei alvorlege pasienthendingane kan ein uformell debrifing/ventilering vera nyttig for å lande ein situasjon fagleg og emosjonelt dersom det har vore fleire involverte. Omgrepet kronisk indikerer kontinuerlege tiltak. Å sjå emosjonelt arbeid som del av jordmorfaget er eit viktig første steg. Å bli sett som person og få anerkjenning for at yrket innimellom kan vera krevjande å handtere er noko informantane etterlyser, særleg i eit leiarperspektiv. I fødselsomsorga er det etablert gode rutinar for systematisk trening på kliniske ferdigheter og samhandling i akuttsituasjonar. Eg meiner det er mulige å etablere tilsvarende gode system for systematisk fokus på kronisk emosjonell belastning. Leiar kan til dømes ta opp krevjande fødselar og emosjonelle reaksjonar under medarbeidarsamtalar og i oppfølging av sjukefråvær. Mange yrkesgrupper har fagleg rettleiing som ein obligatorisk aktivitet. Dette kan ha nytteverdi også i jordmorfaget, individuelt eller i faste grupper. Emosjonelt arbeid og normalisering av ulike kjensleuttrykk kan vera tema på internundervisning, fagmøter, personalmøter og liknande. Eit tydeleg

emosjonelt fokus på mange arena kan bidra til aksept for at emosjonelle reaksjonar er legitimt og ein naturleg del av fagutøvinga.

Jordmødrer i fødselsomsorga er del av eit større system og fagutøvinga skjer i ein kontekst. I ekspertorganisasjonen er det faktorar som både kan hemme og fremje god oppfølging etter belastande hendingar. Profesjonsutdanna har stor lojalitet til profesjonen, arbeidet, faglege og etiske normer. Læring i faget skjer gjennom rettleiing frå meir erfarne kollegaer. Dette kan fremje uformell oppfølging i form av fagleg stadfesting, rettleiing samt emosjonell støtte frå (ein meir erfaren) kollega. Eiga erfaring med belastande hendingar og påfølgande støtte kan bidra til at man sjølv stiller opp for ein kollega etter eit «pass it forward» prinsipp. Utfordring med uformell kollegastøtte er at den ikkje nødvendigvis er av god kvalitet eller systematisk. I eit fagleg hierarki kan fagleg kompetanse knyttast til status i kollegiet (Strand, 2007). Dersom jordmor er usikker på kva kollegaer tenker om ein i etterkant av belastande hendingar vil det vera ei ekstra belastning (Wahlberg et al., 2020). Det som er belastande for ein treng ikkje å vera det for ein anna. Vern om profesjonell status kan vera eit hinder frå å vise fagleg og personleg sårbarhet ovanfor andre i fagmiljøet.

Fyrstelinjeleiarar har eit stort spenn i arbeidsoppgåver. Dei må prioritere mellom arbeidsoppgåver grunna tidspress (Arbeidstilsynet, 2006). Kompleksitet i kva jordmødrer treng av oppfølging etter belastande hendingar er i seg sjølv ein hemmande faktor. Evaluering, læring, kvalitetsforbetring, relasjon, samarbeid og emosjonelle kjensler i akutfase og i eit langsiktig perspektiv gir eit stort spenn i oppfølgingsbehov. Grad av synlighet utad kan vera ein faktor for kva leiar har hovudfokus på i formell oppfølging. Krav til rapportering kan fremje eit fokus på evaluering og læring på bekostning av oppfølging av den emosjonelle opplevinga. Ein oppgåveorientert leiarstil kan forsterke denne effekten.

Oppfølging av jordmørers emosjonelle arbeid er mindre synleg enn oppfølging i eit fagperspektiv i mitt datamateriale. Manglande bevisstheit rundt denne delen av faget er ein hemmande faktor for systematisk oppfølging. Ein relasjonsbasert leiarstil som transformasjonsleing kan fremje eit fokus på individets behov for å bli sett og anerkjent. Det kan styrke oppfølging av emosjonelt arbeid.

5.1 Vidare forskning

I denne oppgåva har eg hatt fokus på jordmødrer og deira perspektiv på oppfølging etter belastande hendingar. Ei naturleg forlenging av dette er å sjå tema frå leiarar sitt perspektiv. Debrifing er ein arena det trengs meir kunnskap om. Som enkelttiltak er det ein svært vektlagt del av formell oppfølging. Korleis leiar forankrar, planlegg og gjennomfører debrifing sett i lys av definerte mål er ei problemstilling egna for vidare undersøking.

Emosjonelt arbeid i jordmorfag er underkommunisert. Eit leiarperspektiv på dette kan bidra til å identifisere faktorar som kan fremje eit nødvendig løft.

Eit tredje felt eg finn lite eksisterande kunnskap på er leiarar sine erfaringar etter alvorlege hendingar i fødselsomsorga. Vurdering av system og organisatoriske forhold er under gransking på lik linje med det faglege arbeidet. Leiar med fagansvar er med det i praksis sjølv under tilsyn, samstundes som ho skal ivareta medarbeidarane sine behov. I dette ligg det eit emosjonelt arbeid som er lite omtalt.

Referanseliste

- Arbeidstilsynet. (2006). *Arbeidsmiljø i sykehus*. Prosjektrapport God vakt! - arbeidsmiljø i sykehus.
- Bass, B. M. (1999). Two Decades of Research and Development in Transformational leadership. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8:1, 9-32. <https://doi.org/10.1080/135943299398410>
- Bass, B. M. & Riggio, R. E. (2013). *Transformational Leadership* (bd. 2nd). New York & Hove: Psychology Press.
- Berg, M., Ólavdóttir, Ó. A. & Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care - In Swedish and Icelandic settings. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3, 79-87. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2012.03.001>
- Christoffersen, L. & Teigen, J. (2016). Jordmødres forventninger til lederadferd etter kritiske hendelser. I E. Døving, B. Elstad & A. Storvik (Red.), *Profesjon og ledelse* (s. 182-214). Oslo: Fagbokforlaget.
- Coar, L. & Sim, J. (2006). Interviewing one's peers: methodological issues in a study of health professionals. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24, 251-256. <https://doi.org/10.1080/02813430601008479>
- Cummings, G. G., Tate, K., Lee, S., Wong, C. A., Paananen, T., Micaroni, S. P. M. & Chatterjee, G. E. (2018). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 85, 19-60. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016>
- Ekeland, E., Aagestad, C., Moen, H., Lone, J. A. & Kjekshus, L. E. (2019). *Førstelinjeledere i norske sykehus - en kunnskapsoppsummering*. Rapporten skrevet i et samarbeid mellom AGENDA KAUPANG og Kjekshus etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra https://www.agendakaupang.no/wp-content/uploads/2019/04/Rapport_HOD_F%C3%B8rstelinjeledere-i-norske-sykehus-en-kunnskapsoppsummering_AK.pdf
- Falck, W. (2010). *Står til tjeneste. Emosjonelt arbeid i tjenestemøtet* (Doctoral thesis, monograph). Karlstad University Studies, Faculty of Social and Life Sciences.
- Gadamer, H.-G. (2003). *Forståelsens filosofi. Utvalgte hermeneutiske skrifter*. Oslo: J.W.Cappelens Forlag as.
- Gilkison, A. & Hewitt, L. (2018). Supporting midwives, supporting each other. I S. Paimam, S. K. Tracy & H. Dahlen (Red.), *Midwifery: Preparation for practice* (s. 281-295): Elsevier.
- Hawker, D. M., Durkin, J. & Hawker, D. S. (2010). To Debrief or Not to Debrief Our Heroes: That is the Question. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 453-463. <https://doi.org/10.1002/cpp.730>
- Helsedirektoratet. (2017). Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. *Veileder til lov og forskrift*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>
- Helsepersonelloven. (2019). Lov om helsepersonell m.v. Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Helsetilsynet. (2017). Reaksjonsformer overfor helsepersonell og virksomheter i helse- og omsorgstjenesten. Hentet Jan 26 fra <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/om-tilsynssaker/reaksjonsformer-personell-virksomheter-i-helse-omsorgstjenesten/>

- Helsetilsynet. (2019 b). Pasient og pårørendeperspektiv ved alvorlige hendelser. Eksempler og tilsynserfaringer fra Statens helsetilsyns arbeid med varsler om alvorlige hendelser i 2018. *Rapport fra Helsetilsynet, 04/2019*. Hentet fra <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2019/pasient-og-paeroendeperspektiv-ved-alvorlige-hendelser-eksempler-tilsynserfaringer-fra-statens-helsetilsyns-arbeid-med-varsler-om-alvorlige-hendelser-i-2018/>
- Helsetilsynet. (2020). Reaksjoner mot helsepersonell og påpekte lovbrudd mot virksomheter i helse og omsorgstjenesten i 2019. Nyhetsbrev. Hentet fra <https://www.helsetilsynet.no/presse/nyhetsarkiv/2020/reaksjoner-mot-helsepersonell-og-papekte-lovbrudd-mot-virksomheter-i-helse-og-omsorgstjenesten-i-2019/>
- Henriksen, L. & Lukasse, M. (2016). Burnout among Norwegian midwives and the contribution of personal and work-related factors: A cross-section study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 9, 42-47. <http://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.08.001>
- Hochschild, A. R. (2012). *The Managed heart. Commercialization of Human feeling. Udatet widt a New Preface* (3 utg.). California: The Regents of the University of California.
- Hunter, B. (2010). Mapping the emotional terrain of midwifery: What can we see and what lies ahead? *Int. J. Work Organisation and Emotion for Quality in Health Care*, 3 253-269. <https://doi.org/10.1504/IJWOE.2010.032925>
- Indregard, A. R., Knardahl, S. & Nielsen, M. B. (2017). Emotional dissonance and sickness absence; a prospective study of employees working with clients. *Int Arch Occup Environ Health*, 90, 83-92. <https://doi.org/10.1007/s00420-016-1176-9>
- International Confederation of Midwives. (2017). ICM Definitions. Hentet 2019.10.02 fra <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-definitions.html>
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2002). *Hvordan organisasjoner fungerer* (2 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kvale, S. & Brinkman, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvinneklinikken NLSH. (Utan årstal). *Debriefing (uformell og formell) - retningslinjer*. DocMap Interne prosedyrer: Nordlandssykehuset, kvinneklinikken.
- Kvinneklinikken UNN. (2018). *Debriefing - veiledning og oppfølging i behandling av belastende situasjoner*. DocMap: Universitetssykehuset Nord-Norge.
- Leinweber, J., Creed, D. K., Rowe, H. & Gamble, J. (2017). Responses to birth trauma and prevalence of posttraumatic stress among Australian midwives. *Woman and Birth*, 30 (2017), 40-45. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.06.006>
- Leinweber, J. & Rowe, H. (2010). The cost of 'being with the woman': secondary traumatic stress in midwifery. *Midwifery*, 26, 76-87. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.04.003>
- Lexico. (utan årstal). Defuse. I *Lexico*. Lexico: Oxford. Hentet fra <https://www.lexico.com/en/definition/defuse>
- Lindseth, A. (2009). Dannelsens plass i profesjonsutdanninger. I *Kunnskap og dannelse foran et nytt århundre*. (s. 21-27): Innstilling fra Dannelsesutvalget for høyere utdanning.
- Malt, U. (2019). Debriefing. Store medisinske leksikon. Hentet fra <https://sml.snl.no/debriefing>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forsknings-metoder for medisin og helsefag* (bd. 4). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nordlandssykehuset HF. (2019). *Etter alvorlige hendelse. Kollegastøtte, HR og Bedriftshelsetjeneste*. Informasjonshefte. Intranett.
- Nordlandssykehuset HF. (2019 a). *Ivaretakelse av medarbeidere ved alvorlige hendelser NLSH HF*. DocMap: Nordlandssykehuset.

- NOU 2015:11. (2015). *Med åpne kort. Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten* bd. 11. *NOU Norges offentlige utredninger*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/daaed86b64c04f79a2790e87d8bb4576/nou/pdfs/nou201520150011000dddpdfs.pdf>
- Rayment, J. (2011). *Midwives' emotion and body work in two hospital settings: Personal strategies and professional projects*. University of Warwick, Department of Sociology.
- Rayment, J. (2015). Emotional labour: how midwives manage emotion at work. *The practising midwife*, 18 (4). Hentet fra https://www.researchgate.net/publication/274408378_Emotional_labour_how_midwives_manage_emotion_at_work
- Regjeringen. (2013). *Lederansvaret i sykehus*. Rundskriv I-2/2013. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-i-2013/id728043/>
- Regjeringen. (utan årstal). Sykehus. Tema. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/id10935/>
- Rice, H. & Warland, J. (2003). Bearing witness: Midwives experiences of witnessing traumatic birth. *Midwifery*, 29, 1056-1063. Hentet fra <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.003>
- Rose, S., Bisson, J. & Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD) (Review). *Cochrane Library*, (2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000560>
- Sareen, J. (2018). Posttraumatic stress disorder in adults: Epidemiology, pathophysiology, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. Hentet fra <https://www.uptodate.com/contents/posttraumatic-stress-disorder-in-adults-epidemiology-pathophysiology-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis>. fra UpToDate <https://www.uptodate.com/contents/posttraumatic-stress-disorder-in-adults-epidemiology-pathophysiology-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis>
- Schrøder, K., Edrees, H. H., Christensen, R. D., Jørgensen, J. S., Lamont, R. F. & Hvidt, N. C. (2018). Second victims in the labor ward: Are Danish midwives and obstetricians getting the support they need? *International Journal for Quality in Health Care*, 2018, 1-7. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy219>
- Schrøder, K., Jørgensen, J. S., Lamont, R. F. & Hvidt, N. C. (2016 a). Blame and guilt – a mixed methods study of obstetricians' and midwives' experiences and existential considerations after involvement in traumatic childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 95, 735-745. <https://doi.org/10.1111/aogs.12897>
- Schrøder, K., Larsen, P. V., Jørgensen, J. S., Hjelmberg, J. v. B., Lamont, R. F. & Hvidt, N. C. (2016 b). Psychosocial health and well-being among obstetricians and midwives involved in traumatic childbirth. *Midwifery*, 41, 45-53. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.07.013>
- Schrøder, K., Larsen, P. V., Jørgensen, J. S., Lamont, R. F. & Hvidt, N. C. (2017). Guilt without fault: A qualitative study into the ethics of forgiveness after traumatic childbirth. *Social Science & Medicine*, 176, 14-20. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.01.017>
- Sheen, K., Spiby, H. & Slade, P. (2015). Exposure to traumatic perinatal experiences and posttraumatic stress symptoms in midwives: Prevalence and association with burnout *International Journal of nursing studies*, 52, 578-587. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.006>
- Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur* (bd. 2). Bergen: Fagbokforlaget.

- Sønderland, K. & Valle, A. L. (2013). *Ledeeransvaret i sykehus. Rundskriv*. Regjeringen.no.
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (bd. 3.utgave, 1.opplag): Gyldendal akademisk.
- UNN HF. (2018). *Alvorlige og utilsiktede pasienthendelser: håndtering av pasienter, pårørende, helsepersonell og korrekt melding og varsling*. DocMap: Universitetssykehuset Nord-Norge.
- Wadel, C. (2006). *Feltarbeid i egen kultur* (bd. 6): SEEK as.
- Wahlberg, Å., Høgberg, U. & Emmelin, M. (2019). The erratic pathway to regaining a professional self-image after an obstetric work-related trauma: A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, 89, 53-61. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.016>
- Wahlberg, Å., Högberg, U. & Emmelin, M. (2020). Left alone with the emotional surge - A qualitative study of midwives' and obstetricians' experiences of severe events on the labour ward. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 23. <http://doi.org/10.1016/j.srhc.2019.100483>
- Wahlberg, Å., Sachs, M. A., Johannesson, K., Hallberg, G., Jonsson, M., Svanberg, A. S. & Høgberg, U. (2017). Post-traumatic stress symptoms in Swedish obstetricians and midwives after severe obstetric events: a cross-sectional retrospective survey. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, BJOG 2017;124, 1264-1271. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14259>
- Wu, A. W. (2000). Medical error: the second victim: The doctor who makes mistakes needs help too. . *BJM*, 320, 726-727. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.726>

Vedlegg

1. NSD
2. Datalagringsplan
3. E-post rekruttering
4. Informasjonsskriv til informant
5. Intervjuguide

Vedlegg 1

NSD Personvern

19.06.2019 08:02

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 365279 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

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 19.06.2019, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

Datahandteringsplan

Datahandteringsplanen er ei skildring av korleis data vil bli handtert undervegs i prosjektet og etter prosjektslutt. Planen skal bidra til lovleg, sikker og strukturert lagring av forskingsdata.

Datainnsamling

Data vil bli samla inn gjennom kvalitative intervju med lydopptak. Intervjuet vil vare ca 45-60 minuttar. Det kan vera aktuelt med oppfølgingsspørsmål til informanten i etterkant av intervjuet. Intervjuet vil vera styrt av intervjuguide. Informanten vil bli bedt om å gi munnleg samtykke som del av intervjuet / lydopptaket. Dette for unngå personvernrisiko ved lagring av navnetrekk som følge av skriftlig samtykker.

Under intervjuet vil det bli brukt egna opptaksutstyr (Olympus WS-852). Opptakar vil bli lånt frå master i jordmorfag, UiT Noregs arktiske universitet. Lydfil vil deretter bli overført til kryptert minnepinne (Istorage Datashur 4GB USB 2.0 256-bit AES, 256-bits SHA) og lagra med passordbeskyttelse. Overføring av data frå opptakar til minnepinne vil bli gjort umiddelbart etter intervjuet. Pc vil vera fråkopla internett under overføring og avspeling av opptak. Studenten er den einaste som har tilgang til lydfil. Minnepinne vil bli oppbevart i låst skap.

Vidare organisering, lagring og sletting av data

I etterkant av intervju vil lydopptaket bli transkribert ordrett til tekst og laga i .docx format på kryptert minnepinne. Rettleiar vil ha tilgang til delar eller heile den transkriberte teksten. Transkribert tekst vil bli behandla konfidensielt. Det vil bli lagra backup av tekstfila på privat område i UiT Office 365 (studentens arbeidsplass). UiT Norges arktiske universitet har to-trinns innlogging på UiT Office 365 via appen Authenticator.

Datamateriale, lydopptak og transkribert tekst vil bli sletta når endelig sensur for masteroppgåva er gitt.

Presentasjon og formidling av resultat

Data vil bli analysert, tolka og presentert gjennom ei masteroppgåve. Korte utsnitt av transkribert tekst (sitat) kan bli nytta i den ferdige oppgåva. Masteroppgåva vil eventuelt bli publisert av Nord universitet. Resultat frå masterprosjektet vil bli bruk i undervisning av jordmorstudentar. Det kan og vera aktuelt med presentasjon på jordmorfaglege kurs/konferansar og/eller gjennom fag- eller vitenskapleg artikkel i etterkant av oppnådd mastergrad.

Vurderingar rundt risiko, personvern og etikk

Fokus i masterprosjektet er yrkesliv (leiing og medarbeidarskap) og inkluderer ikkje pasientar eller brukarar av helseteneste. Med utgangspunkt i tema og utval av informantar er det vurdert at studien inngår i kategori kvalitetsforbetring av klinisk praksis. Masterprosjektet inkluderer 5-8 jordmødrer som informantar. Under intervjuet vil det ikkje bli stilt spørsmål, gjort opptak eller transkribert svar som gjer at informanten kan kjennast att (til dømes alder, arbeidsplass, år i yrkeslivet). Studenten er med dette den einaste som kjenner identiteten til informantane. Det vil ikkje bli stilt spørsmål frå informantens kliniske praksis som er omfatta av teieplikt.

Opptakar er ikkje kryptert, noko som er uheldig. Prosedyre der lydopptak umiddelbart blir flytta over til kryptert minnepenn reduserer risiko, og er vurdert som tilstrekkeleg for å ivareta personvern for informanten. Munnleg samtykke og fråvær av personidentifiserande opplysningar reduserer risiko ytterligare. Personvernulempen for informant er derfor vurdert som låg.

Studien er meldt inn til NSD Norsk senter for forskningsdata

Ansvar

Dagleg ansvarleg er retteiar ved Nord Universitet. Studenten har ansvar for praktisk datahandtering. Informantar kan ta kontakt med Personvernombod ved Nord Universitet for ytterligare informasjon om personvern.

Vedlegg 3

Fra: [Sigrun Kongslien](#)
Til: _____
Emne: Sigrun trenger informanter til masterprosjekt rettet mot belastende hendelser på jobb
Dato: mandag 30. september 2019 09:29:00

Hei alle jordmødre i Tromsø

Har du opplevd belastende hendelser på jobb som jordmor?

Kan du tenke deg å dele dine erfaringer med hvordan du opplevde kollega- og lederstøtte i etterkant av hendelsen? Da vil jeg gjerne intervju deg!

Som jordmor gjennom mange år har jeg erfaring med at uventede og belastende hendelser er en del av faget og yrkeslivet. Jeg er nå ansatt på en jordmorutdanning, og jeg er student på master i HRM (ledelse) ved Nord universitet. I dette prosjektet ønsker jeg å undersøke hvordan jordmødre i Nord Norge opplever støtte og oppfølging fra ledelse og kollegaer i etterkant av belastende hendelser. Formålet er identifisere noen gode strategier for hvordan man som leder og kollega kan bidra til redusere de negative effektene jordmødre kan kjenne på etter tøffe opplevelser på jobb. Prosjektet er en masteroppgave på 30 studiepoeng i HRM (ledelse). Oppgaven vil eventuelt bli publisert av Nord Universitet. Resultatene fra prosjektet vil bli brukt i undervisning av jordmorstudenter. Det kan også være aktuelt å formidle funn på jordmorfaglige kurs, internundervisning og konferanser og/eller fag-/forskningsartikkel i etterkant av levert masteroppgave.

Problemstilling:

«Kva opplever jordmødrer som god oppfølging, og kva saknar dei etter belastande hendingar på jobb?»

Kontakt:

Dersom du kunne tenke deg å stille som informant ta kontakt med meg på e-post: sigrun.kongslien@student.nord.no eller mobil/sms: 91 57 36 09

Jeg kommer til å rekruttere informanter fra flere fødeavdelinger i Nord-Norge. Du vil være fullstendig anonym som informant, prosjektet følger personvenregler og er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD).

Håper jeg hører fra deg ;o)

Med vennlig hilsen Sigrun Kongslien

Vil du delta i masterprosjektet

”Jordmødres erfaring med leiaroppfølging og kollegastøtte etter belastende hendingar” ?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et masterprosjekt hvor formålet er å utforske hva jordmødre opplever som god oppfølging, og hva de savner etter belastende hendelser på jobb. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Som jordmor gjennom mange år har jeg erfaring med at uventede og belastende hendelser er en del av faget og yrkeslivet. Jeg er nå ansatt på en jordmorutdanning, og jeg er student på master i HRM (ledelse) ved Nord universitet. I dette prosjektet ønsker jeg å undersøke hvordan jordmødre opplever støtte og oppfølging fra ledelse og kollegaer i etterkant av belastende hendelser. Formålet er å identifisere noen gode strategier for hvordan man som leder og kollega kan bidra til redusere de negative effektene jordmødre kan kjenne på etter tøffe opplevelser på jobb.

Problemstilling

Hva opplever jordmødre som god oppfølging, og hva savner de etter belastende hendelser på jobb?

Prosjektet er en masteroppgave på 30 studiepoeng i HRM (ledelse). Oppgaven vil eventuelt bli publisert av Nord Universitet. Resultatene fra prosjektet vil bli brukt i undervisning av jordmorstudenter. Det kan også være aktuelt å formidle funn på jordmorfaglige kurs og konferanser og/eller fag-/forskningsartikkel i etterkant av levert masteroppgave.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Nord universitet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg har fått tillatelse og hjelp fra seksjonsleder til å sende forespørsel om rekruttering av 5-8 informanter til prosjektet via intern facebookgruppe og/eller e-post. Krav til informanten er at hun/han er jordmor og har opplevd en eller flere belastende hendelser på jobb. Du får spørsmål om å delta fordi du møter inkluderingskriterier og har meldt din interesse som informant til meg.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du deltar i prosjektet vil jeg intervju deg. Det er laget en intervjuguide med spørsmål, men det vil være muligheter til å samtale om tema utover de konkrete spørsmålene. Intervjuet vil bli tatt opp på lydband og deretter skrevet ned ordrett (transkribert) før analyse. Du vil være en av flere informanter, og det er kun jeg som vet at du deltar i prosjektet. Lydopptak av stemme er definert som personopplysninger og omfattes av personvern. Dersom du ønsker det vil du få tilgang til å lese gjennom den transkriberte teksten og eventuelt korrigere eller nyansere innholdet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Du vil bli bedt om å gi et muntlig samtykke til å delta

innledningsvis på intervjuet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Ditt intervju (opptak og utskrift) vil da bli slettet og ikke brukt som grunnlag i masteroppgaven. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Samtykket kan trekkes tilbake ved å gi beskjed direkte til meg som masterstudent, via e-post, sms eller telefon.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Jeg vil bare bruke opplysningene fra deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Student/intervjuer er den eneste som har tilgang til lydopptaket, veileder vil gis tilgang til hele eller deler av utskriften fra intervjuet. Det vil ikke bli spurt om personopplysninger som navn, alder, arbeidssted osv på intervjuet.
- Lydopptaket vil bli lagret på en passordbeskyttet minnepinne. Minnepinnen vil være i låst skap frem til oppgaven er sensurert

Det vil ikke fremkomme navn eller gjenkjennelige særtrekk ved informanter eller arbeidssted i skriftlige eller muntlige publikasjoner / presentasjoner i etterkant av prosjektet.

Hva skjer med opplysningene dine når jeg avslutter masterprosjektet?

Masteroppgaven skal etter planen leveres senest i juni 2020. Minnepinne vil bli slettet og alle utskrifter fra intervjuet vil bli makulert når sensur er falt.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg (opptaket av din stemme) basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Masterstudent: Sigrun Kongslien, på e-post sigrun.kongslien@student.nord.no eller telefon: 91573609
- Veileder/prosjektansvarlig ved Nord universitet: Gry Cathrin Brandser, på e-post gry.brandser@nord.no
- Vårt personvernombud: Toril Irene Kringen, på e-post personvernombudet@nord.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost personverntjenester@nsd.no eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Sigrun Kongslien

Prosjektansvarlig
Gry Cathrin Brandser
(Forsker/veileder)

Student
Sigrun Kongslien

Intervjuguide

Jordmødres erfaring med leiaroppfølging og kollegastøtte etter belastande hendingar

Del 1 Muntlig samtykke

- Har du lest informasjonsskrivet?
 - Har du spørsmål til innhaldet i skrivet eller prosjektet?
- Samtykker du til å delta på prosjektet med dei vilkåra som er skissert?

Tenk tilbake til då du opplevde ei belastande hending på jobb / evt den siste hendinga du var med på – (oppvarming/innleiing)

- Er det lenge sia hendinga skjedde (meir/mindre enn 4 år sidan)?
- **VIKTIG: Presisere teieplikt, ikkje gå inn på sjølve pasienthendinga!**

Del 2 Oppfølging frå leiar etter belastande hendingar

- Fortell om samtale / kontakt du hadde med din leiar dei første dagane etter hendinga
 - Kva var viktig med denne kontakten?
 - Var det noko du sakna frå din leiar?
 - der og då (sanntid) / noko du har tenkt på i etterkant?
- Fortell om oppfølginga du har hatt i etterkant frå leiar (etter dei første dagane)
 - Kva har vore viktig med denne oppfølginga?
 - Er det noko du saknar frå din leiar etter det den første akutfasen?
- Kven har tatt initiativ til samtale/oppfølging (du, leiar, begge)
 - Var det viktig? Var det eit sagn? Var det vanskelig?
- Har du hatt «ekstern» oppfølging etter hendinga?

Vedlegg 2

- Kven tok initiativ til dette, du eller leiar?
- Korleis opplever du denne hjelpa?

Del 3 Kollegastøtte etter belastande hendingar

- Fortell om korleis dine kollegaer reagerte/prata med deg umiddelbart (første dagar) etter den belastande hendinga?
 - Dei som var med/delaktig og andre (kven)
 - Kva var viktig med denne kontakten?
 - Var det noko du sakna eller opplevde som ubehageleg frå dine kollegaer?
 - der og då (sanntid) / noko du har tenkt på i etterkant?
- Fortell om korleis du og dine kollegaer har prata om hendinga i etterkant (utover akutfase)
 - Kva har vore viktig, bra, verdifullt med denne praten?
 - Kven har tatt initiativ, du, kollega, begge?
 - Var det vanskelig (dersom eget initiativ)
 - Er det noko du saknar frå dine kollegaer i tida etter hendinga?

Hjelpespørsmål

Kvifor, kan du utdjupe, det var spennande – fortell meir om det.....