

Professionsudvikling hos jordemødre – ser de frem, tilbage - eller ser de ud?

En analyse af fortælling, legitimitet og ledelse
i relation til jordemødres professionsudvikling

Masterafhandling - januar 2008



Lillian Bondo & Mette Egelund
MPA Hold 2006, CBS

Vejleder: Mads Mordhorst

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Resumé	4
English Summary	6
1. Indledning og formål	8
1.1 Emneafgrænsning	10
1.2 Begrebsafklaring	11
1.2.1 Professionsforståelse	11
1.2.2 Professionsforståelse sat i relation til jordemødre	14
1.3 Problemfelt	15
1.4 Problemformulering	16
1.5 Arbejdshypoteser	17
2 Analysedesign	18
2.1 Valg af iagttagelsespunkt	19
2.2 Valg af problemformulering	20
2.3 Valg af perspektiver: Narrativet, legitimitet og ledelsesteori	21
2.4 Valg af konditionering	22
3. Metode	25
3.1 Kvantitative data:	25
3.2. Kvalitative data og analysearbejdet:	26
3.3. Medlemsudsagn på og opsamling efter mødet	28
3.4 Refleksion over metode og kilder	29
4 Sundhedsvæsenet, historisk og aktuel baggrund for jordemoderprofessionen.	30
4.1 Perioden (1500 -) 1750 – 1810	30
4.2 Perioden 1810 – 1870	32
4.3 Perioden 1870 til 1914	33
4.4 Perioden 1914 - 1974	35
4.5 Perioden 1974 – 2007	37
4.6 Jordemødres vilkår og organisationsstruktur	40
4.6.1 Jordemoderarbejdet 2007	40
4.6.2 Jordemoderforeningen, politik, visioner og struktur	41
4.7 Delsammenfatning på det historiske afsnit.	43

5 Kontekst	44
5.1 Patientfelt	44
5.2 Ledelses- og organiseringsfelt	45
5.3 Et økonomisk virksomhedsfelt	46
5.4 Et videns- og kompetencefelt	47
5.5 Et kompleksitetsfelt	48
5.6 Et politik- og forandringsfelt	48
5.7 Delsammenfatning	49
6. CASA undersøgelsen og inputs fra medlemsmødet	50
6.1. CASA undersøgelsen	50
6.2 Medlemsudsagn om professionsudvikling	55
6.3 Jordemoderforeningens opsamling efter medlemsmødet	57
6.4. Delsammenfatning på kvantitativ empiri i form af CASA undersøgelsen og udsagn fra/om medlemsmødet:	59
7. Jordemoderforeningens medlemsmøde om professionsudvikling, redegørelse og analyser	61
7.1 Baggrunden for medlemsmødet	61
7.2 Strategi for professionsudvikling	62
7.3 Narrativet	62
7.3.1 Narrativet – kort teori og modelgennemgang	62
7.3.2 Narrativ analyse af de fem fortællinger	67
7.3.2.1 Den nyuddannede jordemoder	68
7.3.2.2 Den erfarne jordemoders fortælling:	71
7.3.2.3 Den uddannelsesansvarlige jordemoder	74
7.3.2.4 Den ledende jordemoder	76
7.3.2.5 Forskningsjordemoderen	80
7.3.3 Delsammenfatning på aktantmodellerne/den narrative analyse.	83
7.3.4 Delsammenfatning på den narrative analyse.	86
7.4 Legitimitet	86
7.5. Legitimitetsanalyse af fem fortællinger om professionsudvikling	90
7.6 Delsammenfatning, herunder diskussion i forhold til CASA	94
7.7. Ledelsesteori - ledelsesforståelse og ledelse af fagprofessionelle	97
7.8 Analyse: Ledelse af fagprofessionelle	101
7.9. Sammenfatning af ledelsesanalysen	105
8. Konklusion og perspektivering	107
9. Litteratur- og referenceliste	111
10 Bilag	114

Forord

Efter to år på MPA studiet har vi nået en forståelse for en række af de forhold og processer, der er med til at sætte rammer for vores virke; vi er også nået til klarhed over, hvor meget der kan og bør sættes spørgsmålstejn ved rammerne, og konstant udfordres vi på og af forforståelse, bias og begrænset information.

Denne afhandling må tages som udtryk for ovenstående: noget ser vi, og forhåbentlig ser vi blandt andet, at vi ikke ser alt.

Vi takker vore arbejdspladser, henholdsvis Jordemoderforeningen og Neurocentret, Rigshospitalet, for fremragende opbakning og støtte undervejs.

Mikkel Henssel, tegner, har givet os lov til at anvende hans malende forsidebillede, for hvilket vi også takker.

Vi takker også for den inspirerende vejledning, vi har modtaget undervejs af adjunkt, ph.d., Mads Mordhorst, Institut for Ledelse, Politik og Filosofi, Copenhagen Business School.

Og endelig takker vi vores ovenud tålmodige og opbyggende ægtefæller og børn!

Lillian Bondo og Mette Egelund

Resumé

Vi har i vores afhandling beskæftiget os med jordemoderprofessionens arbejde med eller forhold til professionsudvikling. Vores genstand har været Jordemoderforeningen, opfattet som repræsentant for den samlede profession.

I et komplekst samfund og i en periode med store omstruktureringer, samlinger, fusioner, lukninger og nydefinerede opgaver er det efter vores opfattelse nødvendigt at arbejde med professionsudvikling.

Vores problemformulering er:

Hvordan kan Jordemoderforeningen gennem arbejdet med professionsudvikling generere nye indsatser til opfyldelse af foreningens visioner for en bedre opgavevaretagelse, højere arbejdstilfredshed og fastholdelse i faget i det moderne sygehusvæsen?

Til afklaring heraf har vi – bl.a. med baggrund i den lange historie om jordemødre – analyseret fem oplæg på Jordemoderforeningens medlemsmøde i oktober 2007, anskuet som fem fortællinger.

Vi har analyseret gennem anvendelse af narrativ analyse med en anvendelse af aktantmodel og berettermodel, hvorved vi har set nye oplysninger dukke frem.

Også gennem legitimitetsanalyse har vi arbejdet med hvorledes man kan generere ny viden om jordemoderprofessionens udviklingsmuligheder, ligesom vi har set på ledelse i relation til profession.

At manøvrere i det komplekse sygehusvæsen og sundhedsvæsen kræver god ledelse, og vi når gennem ledelsesteori og -analyse frem til at vurdere, at Jordemoderforeningen må satse på at den fagprofessionelle leder får ledelsesuddannelse i det niveau, der svarer til opgaven.

Vi har perspektiveret vores analyser gennem anvendelse af en rapport fra analyseinstituttet CASA om jordemødres arbejdsmiljø. Rapportens konklusioner har været værdifulde i forhold til dels fortællingen, dels legitimitet og ikke mindst vores ledelsesanalyse.

Vores konklusion rummer anbefalinger til Jordemoderforeningen, set som repræsenterende professionen, om fortsat at arbejde aktivt og medinddragende i forhold til udviklingen af professionen. Vi anbefaler, at storytelling kan indgå i det strategiske arbejde med at brande foreningen, ligesom også intern afklaring af foreningens mål og visioner kan blive styrket gennem denne metode, og jordemødres legitimitet kan undersøges og holdes op herimod.

Vores perspektivering behandler det forhold, at det fra vores analytiske ståsted ser ud som om professionen ser indad uden at gøre sig klart, at der er en omverden, der stiller meget store krav til professionens involvering. Historien er vigtig i denne sammenhæng. Den må indgå i fortællingerne som en kapital af viden. Historien har vist jordemødres overlevelseskraft og betydning. Men den må ikke blive til det eneste, som jordemødre påberåber sig. Det kræver en aktiv forvaltning af kapitalen, en ny fortælling udgående fra professionen og dens kontekst, hvis man vil sikre jordemødre at kunne varetage og udvikle opgaveløsningen i overensstemmelse med samfundets behov.

English Summary

In our Master Thesis we have dealt with the issue of professional development in the midwifery profession in Denmark. We have chosen to look into the Danish Association of Midwives, seen as representing the Danish midwifery profession.

In a complex society and especially in periods of restructuring of the Health Sector, where fusions and take-overs dominate, and where new tasks are assigned to the professionals, we find it indispensable to deal with the subject of professional development.

We have undertaken to look into the following problem:

How will the Danish Association of Midwives through working with professional development generate new initiatives to implement the vision of the Association towards better solutions for the women/families, higher job satisfaction and strengthening of the recruitment and retaining of midwives in modern hospital sector¹.

To deal with this question, we have analysed five narratives, in the form of five presentations given to an audience of 230 midwives during the Biennial National Conference for the Danish Association of Midwives.

In this process, new knowledge of midwives' different perceptions of their professional possibilities and perspectives has emerged.

We also undertook to analyse on midwives' perception of legitimacy, through which analysis new knowledge of professional development appeared, and we finally looked into the issue of professionals as peer leaders or as educated specifically in leadership as well as having their roots in the respective professions. This our last issue has lead us to recommend to the Danish Association of Midwives that it should support strongly any effort to educate its manager members according to the demands of the tasks.

¹ Though midwives in Denmark solve tasks in primary and secondary sector jointly, the employment lies within the hospitals, a fact which, according to midwives, threatens prophylactic work resource allocation.

We have compared our analyses' findings to the findings in the report from the Danish Centre for Alternative Society Analysis, CASA, concerning the job satisfaction and working environment of midwives from 2006. The conclusions of the report have been valuable in reflecting our findings re narratives, legitimacy and management skills.

Our conclusion recommends to the Danish Association of Midwives, seen as representing Danish midwifery that it continues to actively involve the members in professional development issues.

We recommend that storytelling be a part of the tools in strategic work in this direction as well as the monitoring of legitimacy. Vision and mission must be visible and accessible.

Our wider perspective drawn from this thesis deals with the finding, that the midwifery profession in Denmark seems in some respects to rest on its laurels, looking inward, rather than perceiving the rising demands of the surrounding society. History matters, and must be a part of the profession's narrative and social funds. History has demonstrated midwives' strength and ability to adapt as well as survive.

Midwives must apply History as one of the tools in strategic planning for the profession, but more important, they must reflect on knowledge and skills and use storytelling in order to guarantee future families the help of midwives.

1. Indledning og formål

Vi vil med denne masterafhandling vurdere og analysere en fagprofessions (repræsenteret gennem Jordemoderforeningen) bestræbelser for at finde et afsæt til udvikling af professionen, og vi vil fra forskellige tilgange undersøge, om der ses overensstemmelse mellem medlemmernes forskellige visioner og opfattelse af professionens ståsted og fremtid.

Professionsudvikling er et krav i dag, hvis fag og faglig organisation skal overleve i en stærkt institutionaliseret verden, som hele tiden ændrer sig. Det er ligeledes en nødvendighed og en forudsætning, at den fagprofessionelle er veluddannet og bevidst på sit monofaglige felt for at kunne gøre sin indflydelse gældende også i tværfaglige sammenhænge.

Vi er begge sundhedsfaglige aktører, den ene ledende oversygeplejerske i et højt specialiseret sygehusvæsen, den anden formand for en fag- og professionsforening.

Med særligt fokus på den organisation, som den ene af os repræsenterer, Jordemoderforeningen, har vi valgt at se på, hvorledes en profession kommer videre i processen med at udvikle sig, og hvilke vilkår eller hindringer, der måtte være for at blive styrende i denne udvikling. Vi finder det udfordrende og relevant at fordybe os i denne problematik og forhåbentlig kunne fremkomme med anbefalinger til en yderligere styrkelse af jordemoderprofessionens muligheder for udvikling, herunder at kunne give en vurdering af mulige fremmende og hæmmende elementer i forhold til professionsudvikling.

Vores afhandling bevæger sig på et smalt felt, der kan bredes ud og uddybes over tid. I en tid, hvor der sættes meget fokus på empowerment, borgerinddragelse, livsstilsændring, da ser vi jordemoderfeltet afgørende vigtigt som et felt, der spænder over primær sektor og sekundær sektor, i et felt mellem social begivenhed, ressourceidentifikation og medicinsk sikkerhedsnet under en spontant forløbende og ukompliceret eller en sygeligt forløbende, fysisk begivenhed.

Vi håber med vores afhandling at kunne bidrage til professionens interne afklaring af, hvilke veje der er at gå i forhold til denne kompleksitet.

Jordemødre er traditionelt opfattet som en stærk og selvstændig profession. Vi har valgt ikke at stille spørgsmålstejn ved, om jordemødre tilhører en profession – vi tager det for givet, dog med en udfoldelse af argumentation herfor i afsnit 1.2.1 og 1.2.2 om professionsforståelse. Det har været tankevækkende for os, at jordemoderen, som har et klart defineret virksomhedsområde, og som generelt nyder stor anseelse fra alle sider i samfundet, tilsyneladende stadig må slås med problematiske arbejdsvilkår og en beskeden løn. Der er således for os en uoverensstemmelse mellem den legitimitet, som borgerne synes at tilskrive professionen og så jordemødrenes egen opfattelse af deres fag og hverdag.

Samtidig er der også i tiden en tiltagende individualistisk trend, der slår igennem i forhold til såvel medarbejdere som brugere af systemet, med de *"postmoderne træk (Lyotard 1982), hvor individualismen og narcissismen vinder frem, mens klassiske værdier står for fald (Lash 1983)"*².

Vi oplever, at medarbejderne/medlemmerne af professionsforeningen i dag kræver og forventer inddragelse, kommunikation og dialog, hvis de skal engagere sig i arbejdet. De skal kunne finde identitet eller mening gennem deres arbejde og profession.

Den enkelte medarbejder tilbringer store dele af sit liv på arbejdspladsen, og netop livet på arbejdspladsen påvirker den ansattes livskvalitet. De sundhedsfaglige medarbejdere vil have mulighed for at være faglige og at kunne yde en – som de selv ser det – ordentlig pleje og behandling; det er det de er uddannet til. At medarbejderne reagerer på ændringer og begivenheder i omverdenen er derfor blot et udtryk for, at de tager deres arbejde og det professionelle ansvar forbundet hermed alvorligt.

Netop derfor er det væsentligt at lytte til jordemødrene og deres syn på egen profession og på:

hvilke muligheder de ser for sig med henblik på at udvikle fag, sikre gode arbejdsforhold, et godt arbejdsmiljø samt en lønudvikling, der, som de selv ser det, står mål med den opgave, de varetager i sundhedsvæsenet i dag og det potentiale de forventer at kunne udfolde i fremtiden.

² Klausen (2002) p.25

1.1 Emneafgrænsning

Vi har valgt at se nærmere på Jordemoderforeningen (set som udtryk for den samlede profession) og på, hvilke skridt den skal tage for at kunne udvikle professionen. Vi vil med forskellige teoretiske tilgange undersøge, om der ses overensstemmelse mellem medlemmernes forskellige visioner og opfattelse af professionens ståsted og fremtid.

For at kunne gøre dette, må vi inkludere en historisk og aktuel gennemgang af jordemoderområdet samt i store træk beskrive organisationen Jordemoderforeningen.

Professionerne er under konstant udfordring i et spændingsfelt mellem krav om professionsudvikling, brugerindflydelse, ledelse og tværfaglighed. Der er i stigende grad et pres med krav om professionalisering og kompetenceudvikling, samt krav om styrkelse af det tværfaglige arbejdsfelt.

Hvis en profession svækkes, og faglighed ikke længere er omdrejningspunktet for udøvelse af kerneværdierne, mister den evnen til at kunne argumentere for egen værdi, og dens muligheder for at bedre arbejdsforhold og lønforhold påvirkes i negativ retning.

Det er derfor vigtigt, at professionerne bevarer og kvalificerer faglig integritet og identitet, at professionerne ser udfordringerne, og mindst lige så vigtigt, at de også kan håndtere disse udfordringer.

Disse udfordringer er bl.a. effektiviseringer og rationaliseringer, som truer kvaliteten i arbejdet, og det skaber frygt i professionen – frygt for tab af autonomi og indflydelse på eget arbejde og i sidste instans en flugt fra faget.

Derfor finder vi det uomgængeligt at have fokus på professionsudvikling og en fortsat strategi for dette. Vi mener, det er af væsentlig betydning for et fags fortsatte udvikling, fastholdelse af – i vores afhandlings fokus – jordemødre i professionen, bevarelse af et højt fagligt niveau samt fortsat legitimitet i samfund og sundhedsvæsenet.

1.2 Begrebsafklaring

Når vi i det følgende skriver sundhedsvæsen, omfatter vi dermed den kommunale og regionale sundheds- og sygehussektor, herunder jordemoderindsatsen, samt praksissektoren³.

Patient er et andet samlebegreb.

Sundhedsloven lov nr. 546 af 24. juni definerer (indirekte) patienter som alle, der "modtager undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient" (Sundhedsloven, § 5).

Men jordemoderfagets og Sundhedsstyrelsens⁴ fastholder, at en graviditet, fødsel og barsel er en social såvel som fysiologisk begivenhed, der langt fra i alle tilfælde kræver medicinsk intervention (om end i tiltagende grad), italesættes oftest af jordemødre således, at man viger uden om ordet "patient", og erstatter det med gravid, fødende, bruger, forbruger, borger eller slet og ret kvinder/familier. Derfor vil ordet patient ikke forekomme ofte i de oplæg, vi analyserer i vores afhandling, men retsligt dækkes begrebet af de ovenfor nævnte ord, som altså er hyppigere anvendt af jordemødre.

Begrebet profession vil vi dække udførligt i de næste to afsnit.

1.2.1 Professionsforståelse

Med nedenstående gennemgang af træk ved en profession, og den efterfølgende diskussion i forhold til jordemoderprofessionen, sat i relation til den lange historie,

³ § 3. Regioner og kommuner er efter reglerne i denne lov ansvarlige for, at sundhedsvæsenet tilbyder en befolkningsrettet indsats vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme samt behandling af den enkelte patient. Stk. 2. Sundhedsvæsenets opgaver udføres af regionernes sygehusvæsen, praktiserende sundhedspersoner, kommunerne og øvrige offentlige og private institutioner m.v.
<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=10074#K1>

⁴ Formålet med sundhedsvæsenets sundhedsfremmende, forebyggende og behandlende indsats i forbindelse med graviditet, fødsel og barselperiode er at styrke og bistå kvinden og familien under hele forløbet. Det er målet, at denne vigtige livsperiode gennemleves som en sammenhængende, naturlig livsproces med mulighed for personlig udvikling, trykthed og sikkerhed for kvinden, barnet og den øvrige familie.
<http://www.sst.dk/publ/Publ2001/Svangreomsorg/html/clean.html>

skildret i afsnit 4.1 – 4.6 og i relation til nutidens danske jordemoderprofession skildret i afsnit 4.7, har vi til hensigt at argumentere for, at jordemødre i Danmark kan siges at tilhøre en fuldt professionaliseret gruppe.

I dette afsnit definerer vi vores professionsforståelse for senere i afhandlingen at kunne holde vores analyser og konklusioner op mod denne, også med tanke på de anbefalinger, som vi forventer at kunne give for en fortsat professionsudvikling. Endvidere finder vi det af betydning at forholde os til en udvalgt definition, da Jordemoderforeningen ikke (endnu) har fastlagt en entydig definition, som vi kan anvende til belysning af problemformulering.

Til forståelse af professionens samfundsmæssige betydning findes der inden for professionsteorien mange retninger: Vi har valgt at fokusere på funktionalisterne⁵ og neo-weberianerne⁶ (bl.a. Magali Larson, der refereres af Eriksen⁷). Begge retninger beskriver de professionelles arbejdsopgaver som specialiserede med krav om stor specialviden. Opfattelserne er imidlertid forskellige vedrørende den samfundsmæssige betydning af den udstrakte autonomi.

Funktionalisterne lægger vægt på de særlige professionskendetegn og det væsentlige i deres samfundsmæssige betydning. Udstrakt grad af autonomi er nødvendigt, idet man kun kan udøve sit faglige skøn herigennem.

Neo-weberianerne lægger vægt på den organisatoriske magtposition som professionen opnår gennem et stærkt selvstyre. De fremhæver, at de professionelle ikke har noget incitament til at simplificere deres arbejdsopgaver og synliggøre deres indsats. En uklarhed giver dem større mulighed for indflydelse og derigennem et større handlerum til varetagelse af egeninteresser. Begge opfattelser er således aktuelle ved vurderingen af fagprofessionelle.

Professioner er normalt identificeret ud fra længden på uddannelsen, anvendelsen af generaliseret viden i arbejdet og ud fra at professionens udøvere antages at have særlig motivation for deres fag. Dette finder vi imidlertid ikke dækkende til en afgrænsning af

⁵ Jespersen, 2005, p. 64

⁶ Jespersen, 2005, p. 66

⁷ Dahl, i Eriksen, T., 2005, p 48

professionsbegrebet, og vi vil i stedet identificere den rendyrkede profession via en række særlige kendetegn⁸

1. Lang formel uddannelse fra universitet eller højere læreranstalt. Uddannelsen sker indenfor et sammenhængende teoriområde og adskilt fra selve arbejdet.
2. Stærk faglig identifikation, hvor man identificerer sig med profession og fagfæller. Professionelle normer er rettesnor for arbejdet.
3. Specialiststatus. Den professionelle er den bedst uddannede indenfor fagområdet, og den faglige autoritet er anerkendt af andre.
4. Autonomi. Den professionelle vælger selv midlerne i udførelsen af arbejdet og til dels også målene for indsatsen.
5. Samfundsmæssigt monopol. Samfundet tildeler professionen og dens enkelte medlemmer monopol på udførelsen af visse arbejdsopgaver i kraft af autorisationsordninger og lignende. Arbejdet må ikke udføres af andre
6. Serviceorientering. Den professionelle er forpligtet til at sætte borgernes behov øverst, altså vælger den bedste faglige løsning for borgeren og prioritere egne interesser lavere.
7. Intern kontrol med medlemmerne. Den professionelle arbejder er kontrolleret af medlemmerne selv, ofte henhold til etiske retningslinier fastlagt af professionen.

Såfremt alle disse kendetegn er opfyldt, er der ifølge Jespersen tale om en fuldt professionaliseret faggruppe. Lægerne kommer tæt på den rendyrkede profession ud fra denne definition, mens sygeplejerskerne ofte bliver defineret som en semiprofessionel gruppe, idet de mangler det anerkendte selvstændige fagområde, som ingen andre anfægter.

⁸ Jespersen (1996) p.65

1.2.2 Professionsforståelse sat i relation til jordemødre

Ved en gennemgang af punkterne i ovenstående afsnit vil vi nu undersøge, hvorvidt jordemødre falder under den samme definition som lægerne? Hvor vi ikke kommenterer, anser vi kriteriet for opfyldt.

Ad 1. Professionsbacheloruddannelserne er et sammenhængende mellemlangt forløb. Der er udtrykkeligt ikke tale om en adskillelse af hele uddannelsen fra det praktiske felt, idet den kliniske del af uddannelsen foregår i en vekselvirkning mellem teori og praksis, men uden ansættelsesforhold. Eftersom al klinisk undervisning i jordemoder-uddannelsen former sig som en 1 – 1 undervisning, kan jordemoderstuderende ikke siges at udgøre en arbejdskraft, snarere tværtimod.

Ad 3. Med nedenstående forbehold omkring retten til udøvelsen af fødselshjælp er 3 dækkende for jordemødre i forhold til, at størsteparten af opgaver omkring gravide og fødende ligger hos jordemødre.

Ad 4. Hverken læger eller jordemødre kan frit vælge midler eller mål i et bureaukratisk system som sundhedsvæsenet og i et samfund, der sætter kvalitetsstandarder og priser under kontrol. Der er dog udstrakt professionel indflydelse på udførelsen af opgaverne. Eftersom et sådant forbehold ikke anfægter en indplacering af læger som den perfekte profession, antager vi, at det heller ikke anfægter jordemødres indplacering.

Ad 5. Vi har følgende forbehold omkring "eneret" på ydelserne: Jordemødre er autoriseret til selvstændigt at varetage den spontant forløbende, ukomplicerede fødsel og i samarbejde med lægen at varetage fødselshjælp ved komplicerede fødsler. Ud over jordemødre må kun læger udøve fødselshjælp. Imidlertid skal lægers ret til at udøve fødselshjælp, også til det spontane forløb, ses på baggrund af lægemangel og ændret fokus i lægeuddannelsen (ikke alle lægestuderende har fødsler, og ikke alle uddannelseslæger er en tur omkring en fødeafdeling). Dermed er retten en relativt indholdstom ret, da denne fødselshjælp de facto – gennem århundreder og aktuelt – udøves alene af jordemødre.

Ad 7. Jordemoderforeningen har vedtaget et sæt etiske retningslinjer⁹, der tilstræber at sætte en ramme for den professionelle udøvelse af jordemoderkundskab.

Den lange historie, belyst eller berørt af en række forskere¹⁰, og især det selvstændige virksomhedsområde, der spænder over opgaver i såvel primær som sekundær sektor, adskiller jordemoderprofessionen fra andre mellemlangt uddannede sundhedsprofessioner. Dette forhold samt de ovenstående punkter finder vi underbygger vores fremhævelse af jordemødre i Danmark som en fuldt professionaliseret gruppe.

1.3 Problemfelt

For at kunne lægge en strategi for fortsat professionsudvikling er det nødvendigt for Jordemoderforeningen at kende til jordemødres syn på profession og professionsudvikling. Vi finder det ligeledes vigtigt, at der er en høj grad af overensstemmelse mellem de satsområder og visioner, som Jordemoderforeningen arbejder med, og de håb, forventninger og mål, som foreningens medlemmer giver udtryk for.

Vores centrale spørgsmål er derfor, hvilken strategi vi kan anbefale Jordemoderforeningen at overveje i arbejdet med professionsudvikling for at bevæge sig mod opfyldelse af foreningens visioner – som udtrykt i 2002 visionspapiret "Svangreomsorg – Jordemoderforeningens bud på nye udfordringer"¹¹ som vi vender tilbage til i afsnit 4.7. – for en opgavevaretagelse, der er i overensstemmelse med dels god faglig standard og dels behovene i den moderne sygehussektor, samt en tilfredshed i professionens udøvelse, der sandsynliggør en fastholdelse af arbejdsstyrken.

Målet er bedre arbejdsforhold, bedre løn og en fortsat faglig udvikling.

⁹ <http://www.jordemoderforeningen.dk/index.dsp?area=98>

¹⁰ Petersen, 2003

¹¹ <http://www.jordemoderforeningen.dk/index.dsp?page=595>

For at nærme os bud på, hvilken strategi jordemoderprofessionen skal følge for at indfri ovenstående ønsker for fremtiden, kommer vi frem til følgende problemformulering og arbejdshypoteser:

1.4 Problemformulering

Hvordan kan Jordemoderforeningen gennem et arbejde med professionsudvikling generere nye indsatser til opfyldelse af foreningens visioner for en bedre opgavevaretagelse, højere arbejdstilfredshed og fastholdelse i faget i det moderne sygehusvæsen?

Vi vil begrunde vores valg af problemformulering i det efterfølgende afsnit om analysedesign.

1.5 Arbejdshypoteser

Vi har to arbejdshypoteser at se nærmere på.

Vi antager at:

Hypotese et: Professionens selvforståelse kan stå i vejen for at udvikle professionen på trods af, at en sådan professionsudvikling skal medvirke til en indfrielse af de mål, som jordemødrene sætter sig i dag.

Hypotese to: Det har en betydning for jordemødre at være ledet af egen fagprofession i forhold til deres opfattelse af eget professionelt ståsted i forhold til professionsudvikling.

Vi vil underbygge eller afkræfte disse i konklusion og perspektivering.

2 Analysedesign

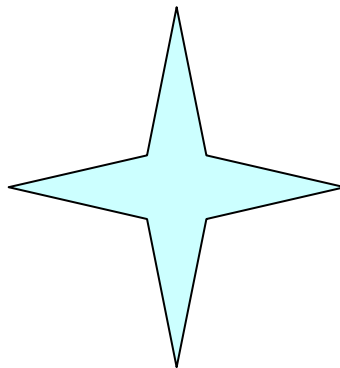
Vi har valgt at anvende diamantmodellen¹² til beskrivelse af vores analysedesign og herigennem gøre det tydeligt, hvilke analysestrategiske valg, vi træffer: valg af iagttagelsespunkt, valg af problemformulering, valg af perspektiv/teori og valg af konditionering. Vi skal i det følgende begrunde vores valg.

Perspektiver – teorier

1. Fortælling - narrativ
2. Legitimitet
3. Ledelsesteori

Iagttagelsespunkt

Jordemoderforeningen forstået som profession, der arbejder strategisk for at opnå indflydelse på varetagelse af svangreomsorgen og på jordemødres forhold gennem en fortsat styrkelse og udvikling af professionen.



Problemformulering

Hvordan kan Jordemoderforeningen gennem et arbejde med professionsudvikling generere nye indsatser til opfyldelse af foreningens visioner for en bedre opgavevaretagelse, højere arbejdstilfredshed og fastholdelse i faget i det moderne sygehusvæsen?

Konditionering:

- Ad 1: Beskrivelse af jordemodervæsenets udvikling, sundhedsvæsenfeltet og de fem fortællinger om professionen
- Ad 2: Pragmatisk, moralsk og kognitiv legitimitet
- Ad 3: Om ledelse af fagprofessionelle

¹² "Diamant-modellen" er introduceret af Niels Åkerstrøm Andersen, CBS, og specifikt til os - gennem arbejdet med strategifaget - af Christian Tangkjær og Niels Thyge Thygesen, CBS. Den vandrette akse fra venstre til højre beskriver et interesse og problemområde, og den lodrette akse beskriver fra oven og nedefter vores værktøjer til besvarelse eller belysning af det formulerede problem. Modellen anvendes her i vores egen tilpassede version.

2.1 Valg af iagttagelsespunkt

Jordemoderforeningen er for os begge en interessant organisation som følge af den privilegerede position, som professionen indtager i forhold til at have de facto eneret på den del af jordemødres virksomhedsområde, som er entydig, nemlig fødslen.

Jordemoderprofessionen spænder dog også over den samlede opgave at varetage et forløb for kvinden fra tidlig graviditet over fødsel til barselperioden er godt i gang. Som profession er den således i dagens danske sundhedsvæsen vanskeligt undværlig og kan ikke umiddelbart erstattes af anden eller andre faggrupper.

De fleste mennesker vil på et tidspunkt komme i direkte eller indirekte kontakt med en fra professionen (udover det indlysende forhold, at næsten alle har været i hænderne på en fra professionen) og udøverne har nydt respekt i befolkningen i de forskellige historiske rammer, de er indgået i. Forventningerne til professionen, bl.a. illustreret gennem en spørgeundersøgelse vedrørende "rangorden af jobs"¹³, er tilsvarende øget i styrke de senere år med baggrund i et stadigt voksende krav til den perfekte fødsel og "ønskebarnet". Intet må gå galt, når det unikke skal løbe af stabelen. På den anden side er der et øget bruger/forbrugerpres for at få sat egne krav og ønsker igennem, også hvor disse kan stride mod det, som professionelle anerkender som "best practice", illustreret gennem anklager i pressen mod alle professionelle, heriblandt også lejlighedsvis mod jordemødre¹⁴.

Jordemoderforeningen indtager også en særlig rolle som følge af, eller på trods af sin relativt beskedne størrelse i forhold til samarbejdspartnerne i Sundhedskartellet. Af kartellets 118.591 medlemmer udgør Jordemoderforeningen mindre end 2 % (2226 medlemmer inkl. passive medlemmer og studerende). At opnå indflydelse og synlighed er for en lille forening en udfordring, som naturligt stiller særlige krav til både organisationen i sig selv og til den enkelte udøver af faget.

Vi har tidligere på studiet i forbindelse med en strategiopgave beskæftiget os med Jordemoderforeningen, hvilket har medført et solidt og nyttigt kendskab til foreningen (nyt for

¹³ <http://www.ugebreveta4.dk/2006/36/Baggrundoganalyse/Danskernesnyerangorden.aspx>

¹⁴ "Sangerinden og stillikonet Christina Aguilera skal ikke nyde noget af rædselsfulde smerter i halve og hele døgn, blod, slim **og irriterende jordemødre**" (vores fremhævelse) Ekstrabladet, 20.dec.2007)

den ene af forfatterne), givet distance og dermed bedre overblik over foreningen (nyt for den anden af forfatterne), samt skabt kontakter, der har været afgørende ved indsamlingen af empiri.

Fokus for denne masterafhandling er således jordemodervæsenet og de bestræbelser, der skal udøves for at kunne udvikle professionen med henblik på en bedre opgavevaretagelse, højere arbejdstilfredshed, samt rekruttering og fastholdelse til og i faget.

Ved valg af faglig organisation til analyse har der også været et bevidst fravalg, nemlig den traditionelt store og indflydelsesrige faglige organisation. Det kunne være Den Almindelige Danske Lægeforening eller Dansk Sygeplejeråd. Begge organisationer har over tid opbygget en særstilling i det danske sundhedsvæsen og har alene som følge af medlemstal og økonomi helt andre forudsætninger for professionsudvikling og opnåelse af indflydelse.

Ved valget af den lille forening har vi en ambition om opnåelse af indsigt og forståelse for de særlige udfordringer, den står over for, og de løsninger, som disse udfordringer kræver. Problemerne er af generel karakter, og vi antager derfor, at vore konklusioner også er anvendelige uden for Jordemoderforeningen.

2.2 Valg af problemformulering

At en organisation har en vision, at ledelsen og medlemmerne ved, hvor man vil hen, det er et krav, hvis såvel organisation/medlemmer i dag skal kunne færdes i det moderne sundhedsvæsen. Omgivelserne og det felt, som jordemodervæsenet skal manøvrere i, undergår disse år betydelige forandringer (nye regioner, andre ledelsesstrukturer, opgaveglidninger, ophævede fagskel).

Som udgangspunkt skulle Jordemoderforeningen stå stærkt som følge af sin relativt stærke eneposition i forhold til sine ydelser og som følge af en stærk professionsopfattelse. Om dette udgangspunkt er til stede og medfører en strategisk fordel i forbindelse med udviklingen af professionen har vi fundet interessant at undersøge. Således antager vi, at en faglig organisation med basis i en stærk professionsopfattelse kan arbejde målrettet med forandringer, lægge strategier, vælge indsatsområder, som tilgodeser medlemmer, modtagere af ydelserne og samfund.

Vi har tidligere under MPA-studiet i forbindelse med strategirapporten afdækket de udfordringer, som en organisation står over for, når der er behov for forandring, altså skulle lægge strategi baseret på en entydig vision, der rummer alle de nødvendige elementer.

Kerneområderne for en faglig organisation er almindeligvis varetagelsen af løn- og arbejdsforhold, samt sikring af fagets udvikling. For at fokusere afhandlingen har vi fravalgt en anden for os interessant problemstilling, nemlig den mindre organisations mulighed for indflydelse i et større forhandlingsfagligt samarbejde, altså hvordan medlemmernes løn- og arbejdsforhold sikres. Her tænkes på Jordemoderforeningens medlemskab af Sundhedskartellet.

Imidlertid vil et arbejde med denne problematik være kontroversielt og næsten uløseligt forbundet med så udtalte taktiske overvejelser, at bias bliver uovervindelig, idet den ene masterforfatter som formand for Jordemoderforeningen snart er intensivt involveret i overenskomstforhandlinger.

2.3 Valg af perspektiver: Narrativet, legitimitet og ledelsesteori

Vi har valgt at anvende og kombinere vores perspektiver ud fra en forventning om, at de vil kunne virke sammen i undersøgelsen af vores genstand.

Narrativet, fortællingen, er et perspektiv, som vi anvender i form af en model for analyse, giver os en god mulighed for at gå ind i den enkeltes udsagn og måske der finde budskaber, som transcenderer afsenderens bevidste hovedbudskab. Det vil give os en klarere viden om, hvorledes professionen aktivt kan anvende fortællingen i sin søgen efter dels, hvordan professionsudvikling skal formes i en profession eller i/af den organisation, der organiserer professionens medlemmer, og dels hvordan fortællingen kan anvendes/bliver anvendt i forhold til at opnå legitimitet.

Muligvis er de oplæg, som vi analyserer, ikke udtømmende i forhold til at bedømme det større billede af en professions bestræbelser, men vi antager, at vi får en mulighed for en retning på materialet, og måske kan vi pege på behovet for at finde ind til professionens kernefortælling – dersom den mangler? Vi vil dog også understrege, at vi ved anvendelse af ordet

”kernefortælling” ikke frakender fortællingen den karakter af foranderlighed, der ligger i dens inderste væsen.

Fortællingen handler om, hvorledes man retfærdiggør sine handlinger og tillægger sig selv – i det omfang man overhovedet kan det – legitimitet, hvilket giver god sammenhæng med det næste perspektiv:

Legitimitet. Legitimitet er et tværgående begreb, som kan analyseres ud fra forskellige grundantagelser om, hvordan samfundet skal anskues. Vi forventer at kunne finde søgen efter at opnå, bevare eller genvinde legitimitet i de fortællinger, der udgør vores kvalitative empiri. Hvilke overvejelser skal Jordemoderforeningen – forstået som professionen – gøre sig for at søge legitimitet? Er det overhovedet nødvendigt, eller er den given?

Forandringer af jordemødres vilkår og indplacering i det danske sygehusvæsen kan opfattes af jordemødre som tab af legitimitet. Hvis selvstændigheden er et nøglebegreb i legitimitetstildelingen, så kan jordemødre frygte at miste legitimitet gennem at miste fagprofessionel indflydelse i ledelseslagene. Dette kæder diskussionen om legitimitet godt sammen med vores tredje perspektiv:

Ledelsesteori. Dette perspektiv er valgt med et fokus på betydningen af, hvorvidt det gør en forskel for professionen og professionens udvikling, om den er ledet af en fagprofessionel eller en generalistleder. Ledelsesteori er valgt også med henblik på hvilke prioriteringer og indsatser, der eventuelt skal anvendes i relation til ledelse af fagprofessionelle, hvis målet er professionens udvikling. Vi ser derfor en naturlig sammenhæng mellem vores beskrivelse og definition af professionsforståelse – i afsnit 1.2.1 og 1.2.2 – og ledelsesteori i relation til ledelse af fagprofessionelle for at forstå og kunne analysere og begrunde en eventuel sammenhæng.

2.4 Valg af konditionering

Til beskrivelse af jordemoderprofessionen og for at opnå forståelse for dennes ageren og ståsted i dag har vi som start valgt at beskrive **den historiske udvikling i jordemoderfaget, også relateret til det øvrige sundhedsvæsen, frem til i dag med opdatering på en kort**

formel og strukturel organisationsbeskrivelse – i afsnit 4, efterfulgt af en kort gennemgang af de felter, hvori jordemødrene arbejder og udvikler professionen, og som er karakteristiske for sundhedsvæsenet i dag, i afsnit 5. For at kunne analysere professionen i dag og beskrive udviklingen, tager vi afsæt i fem forskellige jordemødres fortællinger om professionen og muligheder og trusler i forhold til dens udvikling. **Vores kvalitative empiri udgøres af fem jordemødres beskrivelser af faget ud fra henholdsvis nyuddannet, erfaren, en undervisende, en ledende og en forskende jordemoder. Deres beskrivelser tolker vi som fortællinger,** hvor vi anvender aktantmodellen som beskrevet af Fog et al., efter Greimas¹⁵. Endvidere til uddybning af det narrative gør vi brug af Fogs storytelling¹⁶ og uddyber historierne med anvendelse af berettermodellen.

Legitimitetsspørgsmålet vil vi herefter behandle med udgangspunkt i Suchmans¹⁷ artikel, der analyserer legitimitetsfeltet og sammenfatter det i tre overordnede kategorier: Pragmatisk, moralsk- og kognitiv legitimitet.

Vi vil arbejde med de ”fem fortællinger” ud fra disse tre typer af legitimitet for derved at finde forståelse for den enkeltes udsagn og forventninger til jordemoderprofessionens udvikling og fremtid.

For at kunne forstå, forklare og sammenholde professionen også i et ledelsesmæssigt perspektiv har vi fundet det nødvendigt at beskrive **hvad vi forstår ved profession, i afsnit 1.2.1 og 1.2.2.**

Vi præsenterer ikke en endelig og udtømmende definition af professionelle. Vi har valgt at beskrive henholdsvis funktionalisterne og neo-weberianerne, idet begge retninger beskriver de professionelles arbejdsopgaver. Funktionalisterne vægter i udstrakt grad, hvorledes autonomi er nødvendig, og neo-weberianerne lægger vægt på den organisatoriske magtposition, som en profession opnår gennem et stærkt selvstyre.

Begge retninger finder vi dækkende for den opfattelse af profession, som vi tænker jordemødrene ind i. Vi nævner det på dette sted, ikke som et teoretisk perspektiv, men fordi vores tidligere definition har betydning for hvorledes vi arbejder med ledelsesteori.

¹⁵ Fog, 2004

¹⁶ Fog, 2004

¹⁷ Suchman, 1995

Inden for dette perspektiv, ledelsesteori, arbejder vi med ledelse af og ved fagprofessionelle ud fra dansk ledelsesteoretisk litteratur, og vi arbejder med fagbureaukratiet i henhold til Mintzberg.

3. Metode

Vi vil i dette afsnit beskrive vores valg af empiri samt vores metodemæssige overvejelser og refleksioner. Den anvendte kvalitative empiri beskrives yderligere i indledningen til vores analyseafsnit.

Vores empiri består af

1. kvantitative data, indsamlet eksternt til vores masterafhandling, men anvendelig dels som belysning af og dels som data egnet til at sammenligne fund fra vores
2. kvalitative data.

3.1 Kvantitative data:

Vi vælger at anvende kvantitative data i form af en spørgeskemaundersøgelse af jordemødrenes arbejdsforhold og psykiske arbejdsmiljø, udført af Center for Alternativ Samfundsanalyse (CASA). CASA er et 20 år gammelt uafhængigt og tværfagligt analysecenter, som bygger deres undersøgelse på aktiv inddragelse af de parter, som er berørte af det tema som skal undersøges eller udvikles. CASA har konstant 40-50 projekter i gang inden for arbejdsmarkedsforhold, arbejdsmiljø, miljø og sociale forhold¹⁸.

Vi placerer et afsnit, der præsenterer CASA undersøgelsen både som kvantitativ empiri og som en gennemgang af baggrunden for at forstå det aktuelle leje for jordemoderprofessionen i Danmark, før vi går ind i vores analyseafsnit, kap 7.

Vi fortolker ikke selv på de indsamlede data. Vi accepterer som udgangspunkt CASA konsulenternes konklusioner.

Undersøgelsen er iværksat af Jordemoderforeningen vinteren 2005-06, gennemført i april-maj 2006, og rapporten er færdiggjort i oktober 2006.

I alt har 1.387 jordemødre i Danmark modtaget et spørgeskema, svarprocenten er på 83,4 %.

Der er spurgt til en række forskellige variable som:

- Arbejdstid
- Forandringer og deres betydning
- Indflydelse og medbestemmelse

¹⁸ www.CASA-analyse.dk

- Krav i arbejdet
- Rolleklarhed og rollekonflikt
- Karakteristika ved klienterne
- Samarbejde og organisering af arbejdet
- Ledelseskvalitet
- Fysisk arbejdsmiljø
- Kvalifikationer og faglig udvikling
- Professionalisme
- Arbejdsglæde og trivsel
- Fremtiden – tanker om jordemødrenes arbejdsmæssige fremtid
- Relationer mellem arbejde og fritid
- Helbred, stress og sygefravær
- Kritiske, belastende eller traumatiske hændelser

Til ledere er udsendt yderligere et tillægsskema, hvor 82 ud af 96 ledere har svaret, hvilket svarer til, at 85 % har givet svar. Her fokuseret på:

- Ledernes vurdering af lederfunktionen og selve lederarbejdet
- Ledernes syn på medarbejderne

Ved at anvende kvantitative data har vi mulighed for at kunne finde årsagsforklaringer på nogle af de problematikker som vi søger belyst i denne afhandling.

Da svarprocenten er høj, bliver forudsigelser af fænomener mulige og kan eventuelt generere ny viden.

De kvantitative data kan underbygge eller støtte de udsagn som fremkommer via de kvalitative data.

3.2. Kvalitative data og analysearbejdet:

De kvalitative data er indsamlet på Jordemoderforeningens medlemsmøde ¹⁹ hvor fem jordemødre med hver deres faglige tilgang var blevet bedt om at komme med et oplæg om

¹⁹ Jordemoderforeningens medlemsmøde den 24. oktober 2007 på Hotel Nyborg Strand, "Professionsudvikling på dagsordenen"

deres syn på jordemoderprofessionen nu og i fremtiden. Vi har ikke på forhånd udvalgt informanterne med henblik på brug af deres indlæg som empiri til denne master. De er tilfældigt udvalgt i forhold til at belyse problemfeltet i denne afhandling, men de er ikke tilfældigt udvalgt til konferencen. Kriterierne var på forhånd givet af jordemoderforeningen, da man ønskede en nyuddannet, en undervisende, en erfaren, en ledende og en forskende jordemoder.

Vi er bevidste om, at kvalitative undersøgelser i særlig grad er i risiko for forskerbias, på grund af den personlige behandling af data. Det er vanskeligt at undgå at lade sig påvirke af sine egne forudfattede meninger og fordomme, såvel bevidst som ubevidst, og i særdeleshed, når den ene forfatter har et nært forhold til den undersøgte genstand²⁰. Vi tog derfor tidligt stilling til, at et selvskrevet referat ville medføre denne risiko, hvorfor vi fik hele konferencen optaget på bånd for siden hen at transskribere de fem oplæg.²¹ Vi er dog heller ikke blinde for, at den ene forfatters forforståelse og kendskab til organisationens sprog og historie, og den anden forfatters undren og spørgsmål er en god kombination, når problemer skal bearbejdes i dybden.

Vi har efterfølgende skriftligt adspurgt og indhentet tilsagn hos de 5 oplægsholdere om lov til at anvende materialet. Ud over at have fjernet oplægsholdernes navne og navne på jordemødre nævnt i oplæggene, har vi ikke ændret på det talte ord.

Ved at anvende kvalitative data mener vi, at vi bliver i stand til at skabe en dybere forståelse for det problemfelt, som vi ønsker at belyse i denne master.

Som en model til at strukturere og finde frem til kernen/historien i de fem oplægsholderes respektive fortællinger gør vi brug af narrativ analyse²². Vi finder, at netop aktantmodellen vil give os klarhed over den historie, de fem oplægsholdere hver især fortæller. Ved at indsætte deres oplæg i modellen får vi en oversigt over subjekt, objekt, modstander, hjælper, giver og modtager. Vi arbejder endvidere med at eksemplificere storytelling gennem en anvendelse af berettermodellen på fortællingernes budskab, konflikt, roller og handling.

²⁰ Nielsen og Repstad, 1993

²¹ Oplæg transskriberet, Bilag 1

²² Fog, 2004, Pedersen, 2005

De fem forskellige historier vil vi så siden hen yderligere analysere ud fra de perspektiver som er beskrevet under afsnit om teorivalg.

Med brug af aktantmodellen forventer vi ligeledes at kunne sammenligne deres historier med tidligere tiders jordemoderhistorie, således som vi selv gengiver den på baggrund af centrale kilder, og derpå se om der er fællestræk:

- Har historierne fællestræk i forhold til opgaveløsning og problemfelter samt ønsker for fremtidig professionsudvikling?
- Giver de fem oplæg indsat i aktantmodellen mening, sammenlignet med de kvantitative data som vi anvender?

3.3. Medlemsudsagn på og opsamling efter mødet

På medlemsmødet var det muligt for deltagerne at give deres bud på professionsudvikling i forhold til jordemoderfaget. Indledningsvis ved mødets start blev introduceret til, at der på alle borde lå sedler med overskriften "Jeg mener, at professionsudvikling i forhold til jordemoderfaget blandt andet drejer sig om..." hvor deltagerne kunne skrive deres uforbeholdne mening/tanker om professionsudvikling.

Den enkeltes forslag kunne afleveres hos foreningens web-medarbejder, som derefter sammenskrev alle forslag og ideer fra dagens møde, og de blev fortløbende projiceret til skærm under mødet.

Efterfølgende blev de indkomne forslag lagt på foreningens hjemmeside.

Vi redegør kort for indholdet af udsagnene i afsnit 6 i forlængelse af vores gennemgang af CASA analysen.

Ligeledes vil vi inddrage formandens opsamling på medlemsmødet, og den efterfølgende diskussion i Jordemoderforeningens hovedbestyrelse, som fremgået af et internt referat.

Disse to kategorier af oplysninger vælger vi ikke at betragte som egentlig empiri, men snarere som materiale anvendeligt til fremhævelse af nogle af vore pointer.

3.4 Refleksion over metode og kilder

Efter at have arbejdet vores problemstilling igennem og have draget vores konklusioner har vi fundet, at vores arbejde med vores forskellige former for empiri har givet os ny viden på området: jordemødres arbejde med professionsudvikling.

CASA analysen har vist sig at være særdeles brugbar, også i den anvendelsesform, hvor vi på forhånd har taget for givet, at vi er enige med de konklusioner, som CASA konsulenterne er nået til. Vi er efterfølgende blevet i stand til at stille spørgsmål til materialet, som vil være af værdi i en fortsat proces med arbejdet med analysens materiale.

Fem oplæg, fremført med udgangspunkt i den bundne opgave, der blev stillet hver enkelt oplægsholder til medlemsmødet, nemlig at skildre det konkrete ståsted for professionsudvikling for den pågældende jordemoders kategori, kan synes at være spinkelt materiale til at belyse vores problem.

Og det er da også værd at medtænke, at godt nok hører vi, hvad hver enkelt oplægsholder siger. Men vi hører netop ikke, hvad hun ikke siger.

Af og til kan man dog høre "mellem linjerne", og det har vi også tilladt os at medinddrage i vore delkonklusioner, begrundet.

Storytelling som metode fører til en enkelhed i fortolkning, en vis skarphed i de optrukne konklusioner. en risiko ved denne skarphed er, at den meget let følger den bias eller forforståelse som vi er udstyret med. Vi har i arbejdet i kraft af vores forskellige ståsted imidlertid konstant prøvet fortolkninger mod hinandens forforståelse, og dette finder vi har givet os ret til at bruge metoden og hente "skarpe" fortællinger frem.

4 Sundhedsvæsenet, historisk og aktuel baggrund for jordemoderprofessionen.

Denne historiske gennemgang er

- **jordemødres fortælling baseret på den faktuelle historie på jordemoderområdet i Danmark**, og den indgår som sådan i socialiseringen ind i faget, overvejende kildemæssigt repræsenteret gennem en videnskabeligt baseret historisk gennemgang af jordemoderhistorien som den beskrives af Helen Cliff, mag. art., ph.d. i folkloristik, og den er samtidigt
- **et forsøg på en gennemgang af det foregåede på området ud fra en historisk institutionel tilgang**. Da vi ønsker at forstå jordemoderprofessionens aktuelle muligheder for at udvikle sig i samspillet med det moderne sundhedsvæsen, har vi fundet det relevant at have et blik tilbage i fortiden, så det bedre fremgår, hvilken historisk kontekst, der har været gældende, og hvilke stier, der har præget dels jordemoderprofessionen, dels det omgivende sundheds og sygehusvæsen.

Vi vil gøre det i tidsmæssige afsnit, hvor vi giver et blik på dels jordemødre, dels konteksten. Der vil være flere forhold, der bør medtages i skildringen, jo tættere på 2007, vi kommer, af hensyn til relevansen for vores analyse.

Som afrunding på det historiske afsnit og som sammenbinding til vores gennemgang i afsnit 5 af de felter, der præger dagens sundhedsvæsen, har vi inden vores delssammenfatning af afsnit 4 indføjet et afsnit om jordemodervilkårene i dag og om jordemoderforeningen,

4.1 Perioden (1500 -) 1750 – 1810

Jordemodervæsen

Der er jordemoderarbejde²³ og regulering af jordemødres forhold²⁴ længe inden 1750, hvor den første fødeinstitution i form af et jordemoderhus åbnes (i endnu 200 år skulle flertallet af

²³ Palladius i 1537 som den tidligste officielle skriftlige kilde fra kongemagten i Danmark. Peder Palladius' rådgivning rummer blandt andet følgende sætning: " Og naar som I have saa en god Jordemoder, I Dannekvinder, da lønner hende vel for hendes Umag; hun er da sin Løn værd og var at ønske af Borgmester og Raad i Købstæder, at saadanne Jordemødre maatte være fri alle Vegne for almindelig Skat og Tyngge". Peder Palladius, Visitatsbog, (elektronisk udgave "projekt Runeberg")

²⁴ I 1685 i Kirkeritualet indføres Jordemoder-eden. Ritualet indeholder en lang og grundig belæring til jordemødre, en nødvendig undervisning, der skulle supplere den selv lærte og overhørte jordemoders praktiske viden, således at hun på det moralske plan kunne gå myndighedens ærinde. Praktiske forhold, såsom honorering og bosættelse (distrikter) tages også op her. (<http://www.lutherdansk.dk/Web-Kirke-ritualet%201685/Web-Kirke-ritualet%201685/Kirkeritualet%20web-udgave.htm>)

fødsler foregå i hjemmet). Men vi har valgt at koncentrere os om tiden her fra, hvor dette særsyn, nemlig et sted man tager hen for at føde, institueres. Ved jordemoder Inge Pedersens død i 1759 flyttes funktionerne til det unge Kgl. Frederiks Hospital. I 1787 indvies en egentlig fødselsstiftelse ved samme hospital (med en overjordemoder som landets første jordemoder i en ledende stilling), og der oprettes en jordmoderskole i København. Disse foranstaltninger fra midten af 1700-tallet skal ses i relation til den merkantilistiske stat, hvor statens ansvar for at skaffe arbejdskraft varetages gennem øget fokus på spædbørnsdødeligheden ved fødsel i dølgsmål, eller fødsel under vilkår, så overlevelse blev mindre sandsynlig²⁵.

Fra 1791 skal de uddannede jordemødre betales i penge efter husstandens indtægt, noget der var medvirkende til at fastholde de uddannede i forretning en tid endnu. Naturalia var det foretrukne betalingsmiddel for mange.

I 1810 forordnedes distriktsjordemodervæsenet ved lov, således at alle egne af Danmark i princippet dækkedes af jordemoderhjælp; efterhånden fortrængte – med myndighedens hjælp, der var mulkt for at benytte uddannede jordemødre – de eksaminerede og edsvorne jordemødre den selv lærte arbejdskraft. Der var nu tale om en fast årlig løn.

Sygehusvæsen:

I den samme periode findes ganske få sygdomsbehandlingsinstitutioner i Danmark. Den overvejende del af hospitaler, af hvilke der var få, har været institutioner for samfundets absolutte bund, uhelbredeligt syge, sindssyge, fattiglemmer. Første behandlende sygehus, Kgl. Frederiks Hospital oprettes i 1757 (det senere Rigshospital). På et sådant sygehus kom man kun, dersom det kunne gøre en forskel, altså ved mulig bedring. I begyndelsen af 1800 tallet grundlagdes sygehusvæsenet formelt, og forebyggelse og behandling af især epidemiske sygdomme vandt frem. Central, overordnet styring af sygehusene indledtes i 1803 med etableringen af Det Kongelige Sundhedskollegium, hvorfra førtes overordnet tilsyn med de endnu få sygdomsbehandlingsinstitutioner og embedslæger (stiftsfysici og distriktslæger)

Samarbejde mellem jordemødre og øvrigt sundhedsvæsen

²⁵ Anne Løkke skriver i "Patienternes Rigshospital" om, at hensynet til "Folke-formerelsen" talte for dannelsen af Jordemoderhuset, en institution, der godt nok frygtedes at øge usædeligheden, idet ugifte kvinder her kunne aflevere deres bevis på synd ustraffet, men hensynet til at sikre arbejdskraften vandt altså.

Jordemødre var underlagt læger i den forstand, at de overhørtes af lægerne. Af tilknytning til sygehuse var der kun tale om en stærk tilknytning til jordemoderskolen ved Kgl. Frederiks Hospital. "Læredøtrene" havde bopælspligt under uddannelsen (i øvrigt frem til 1970'erne), og overjordemoder ved Fødselsstiftelsen havde i professorens fravær det øverste ansvar, også over de øvrige læger.

Sammenfatning: her lægges nogle af de tidlige spor til en jordemoderindsats i Danmark, der kommer til at have betydning helt op til vores nære tidsregning, også for det samlede sundhedsvæsen og velfærdssamfund²⁶

4.2 Perioden 1810 – 1870

Jordemodervæsen

Den omtalte ordning af landet i jordemoderdistrikter er med til langsomt at vende billedet af fødsler og spædbarnsoverlevelsen i Danmark. I løbet af disse år vinder uddannelsen frem. I 1856 reguleres jordemødres løn ved særlig lønlov. I 1860 indføres jordemoderprotokoller – noget der dels medvirkede til overvågning af behandlingens kvalitet, sygdomsmønstre, barsel-feber, og dels på sin side krævede, at jordemødre kunne læse og skrive i et medicinsk anvendeligt sprog – og samarbejdet mellem jordemoder- og lægeinstitution konsolideres gennem årlige lægekonferencer (lægerne kaldte dem jordemoderkonferencer) mellem et amts embedslæge og jordemødre, hvor protokoller og udstyr gennemgås og faglige spørgsmål drøftes.

Sygehusvæsen:

Antallet af sygehuse stiger i denne periode, først langsomt, trods kongelig resolution fra 1806, der dikterer et til to sygehuse i hvert amt. Senere tager byggeriet dog fart og i perioden fra 1840 til 1880 bygges 67 nye sygehuse. Anne Løkke beskriver i sin disputats, "Døden i barndommen" fra 1998, hvorledes også nyfødtes overlevelseschancer forbedres drastisk i perioden 1800 (til 1920). En af de medvirkende årsager var en bedre jordemoderuddannelse og jordemoderdækning, men også bedre viden om infektionsrisici – i kampen mod barsel-feberen – har været medvirkende.

Samarbejde mellem jordemødre og øvrigt sundhedsvæsen 1810 – 1870

²⁶ Østergaard, Knudsen, i Petersen, 2003

Som anført er der i perioden mere formaliseret samarbejde mellem jordemødre²⁷ og læger. Den senere oftest respekfulde tilknytning mellem embedslæger og jordemoderkredsforeninger får et løft med protokolarbejdet.

Sammenfatning: udviklingen af træk i vores velfærdssamfund ud over det indlysende, at landet forsynes med uddannet jordemoderhjælp, kan også genfindes i denne periode, jf. ovenstående henvisning til Tim Knudsen: protokolarbejdet og overvågning af resultater har del medvirket til øget skriftlighed i forhold til sundhedsovervågning, dels i forhold til løft og dannelse af sundhedsprofessionelle.

4.3 Perioden 1870 til 1914

Jordemodervæsen

I 1870 ændredes en afgørende forudsætning for jordemødres arbejde: antiseptikken blev et grundprincip i lægevidenskaben. I de følgende år udspandt sig en heftig debat om hvorvidt jordemødrene med deres seks og senere ni måneders træning ville kunne forstå og overholde principperne bag den videnskabelige håndvask. Nogle læger anså det for nødvendigt at overtage fødselsarbejdet, men selv om debatten forekom ensidigt præget af modstand mod jordemødre, så endte en af de varmeste fortalere for lægelig fødselshjælp, Leopold Meyer, senere som første formand for den nystiftede landsforening, Den Almindelige Danske Jordemoderforening. Udviklingen demonstrerede dog, at den fra 1895 etårige jordemoderuddannelse (som blev forlænget bl.a. for at tiltrække bedre uddannede borgerdøtre, dog uden den helt store ændring i rekrutteringsgrundlaget²⁸) satte jordemødrene i stand til at værne om hygiejnen og dermed sætte ind mod den frygtede barselsefeber, og dette har ændret Meyers og andres synspunkt 180 grader; men også lægers syn på selve den tidkrævende opgave i hjemmene har medvirket til at fastholde jordemødres opgave ved fødslerne²⁹.

Ny lovgivning om jordemødres virksomhedsområde (med efterfølgende regler for honorering gældende fra 1915) blev vedtaget i 1914. Det var et langt træk frem hertil med forsøg på påvirkning af Rigsdagsmændene, bl.a. ved at alliere sig med de – med stemmeret udstyrede

²⁷ Knudsen, i Petersen, 2003

²⁸ Buus, 2001 p 262

²⁹ Cliff, 2002, p. 38

– mandlige læger. I loven blev fastlagt kvinders ret til fødsels- og barselshjælp ved jordemødre, og der blev også fastlagt – efter jordemoderudsagn³⁰ alt for lave – honorarer. De kvinder, der intet kunne betale, ville få dækket deres udgifter af sogneråd og bystyre, og flertallet af kvinder – eller deres mænd – var nu i sygekasse. Omsorgen for kvinderne var stort set udelukkende baseret på jordemoderomsorg i hjemmet. Kun de vanskeligste tilfælde blev behandlet med sygehusindlæggelse og evt. operation, og fortsat ofte med livet som indsats. Jordemødre havde ringe eller intet tilsyn med gravide; de kunne dog have kendskab til forventet fødsel, hvilket gjorde planlægning af tur til hjemmet lettere, og de er også af og til blevet konsulteret med spørgsmål om gener eller komplikationer. Der kan kaldes læge til fødslen, hvis det skønnes nødvendigt. Der har oftest været kaldt. Det var ikke et krav, men det har været en ekstra støtte for jordemoderen at vide sig bakket op af et par hænder mere³¹. Selv om der formelt har været tale om en lægelig autoritet over jordemoderen, har den næppe været udøvet i stort omfang.

Sygehusvæsen:

Bemandingen med uddannede vågekoner samt tilsynsførende læge erstattes fra denne periode i stigende grad med uddannede sygeplejersker, overlæger, reservelæger og kandidater. Der er nu en sygehusmasse på o. 1880 på 100 hospitaler med 3.800 senge, og i 1912 167 med i alt 12.000 senge³². En stor del af den i dag endnu eksisterende sygehusmasse grundlægges i disse år.

Samarbejde mellem jordemødre og øvrigt sundhedsvæsen

Samspillet mellem jordemødre og læger fortsætter, blandt andet i det tidlige arbejde i den i 1902 oprettede Almindelige Danske Jordemoderforening. Repetitionskurser for jordemødre med oplæring af ældre jordemødre i nyeste viden institueres i denne periode, afholdes på Rigshospitalet, og de fortsætter i mere end 70 år i dette regi³³

³⁰ Cliff, 2002, p. 109 og tidens numre af Tidsskrift for Jordemødre

³¹ Kvinderne holdt sengen ganske længe efter fødslen, og jordemødre var forpligtet til "pusling" af barnet i op til ti dage efter fødslen, et byrdefuldt og ulønnet ekstraarbejde, som en del jordemødre kæmpede for at skille sig ved, mens andre fastholdt det som del af en samlet opgave. Det ikke samlet at stå fast om og udvikle "pusling" på et medicinsk grundlag og som en fast ydelse har givetvis været med i billedet, da sundhedsplejerskeuddannelsen efter års overvejelser faldt til sygeplejerskeside, og ikke til jordemoderside først i 1930'erne. Men også antagelsen om sygeplejerskers højere socialisering ind under lægelig autoritet har haft betydning (Buus p. 267 og 268, Cliff p. 179)

³² Vallgård, S., i Dansk kulturhistorisk opslagsværk, bind 1, p. 345, nøgleord: hospital.

³³ Møller, 1997

Sammenfatning af perioden: Stien, ad hvilken jordemodervæsen og sundhedsvæsen udvikles, påvirkes bl.a. af udviklingen af fagbevægelse, social forsørgelse og kvindebevægelse³⁴ (der også har haft betydning for stiftelsen af Den Almindelige Danske Jordemoderforening).

4.4 Perioden 1914 - 1974

Jordemodervæsen

Kampen for sikkerhed i arbejdslivet blev i stigende grad afhængig af et offentligt betalingssystem for jordemoderydelser, og det var derfor af betydning at indgå overenskomst med Sygekassernes Samvirke. Det tog tid. Den første blev indgået i 1933 (og den sidste i 1969, inden jordemødrene gik ind i en offentlig ansættelse, og derfor ikke længere skulle forhandle med sygekasserne/den offentlige sygesikring). Uddannelsen forlængedes i 1927, dog kun til to år, og efter fortsat kamp for en bedre uddannelse blev uddannelsen i 1939 treårig.

I 1933 indtrådte Jordemoderforeningens formand i en position som sagkyndig rådgiver for Sundhedsstyrelsen (en position, som foreningens formand beklædte til 1972, hvorefter positionen blev besat af en jordemoder uden formel tilknytning til foreningens ledelse). I december 1945 indførtes en bred lovgivning vedrørende svangerskabshygiejne og fødselshjælp. Denne lov skal ses i lyset af flere forhold:

- I forlængelse af sociale reformer i 30'erne oprettedes ved lov i 1939 den statslige institution Mødrehjælpen, og denne særlige omsorg for udsatte kvinder, hvor også jordemødre indgår, bliver hen over krigsårene det tætteste, man kommer en samlet svangreomsorg.
- En folkesundhedsfaglig udvikling op gennem 30'erne, hvor Lægeforeningens hygiejnekomiteé arbejdede med blandt andet at se på, hvorledes nyfødtes og mødres sygelighed og dødelighed kunne nedbringes. Der er ikke tvivl om, at der forventedes en stor lægeopgave også i forhold til svangre. Lægerne var delt i spørgsmålet om jordemødres rolle, men flertallet gik ind for en jordemoderfunktion i forebyggelsesarbejdet med svangre.

³⁴Christensen, i Petersen, 2003

- Krigens indflydelse. Måske er udsættelsen af lovgivning hen over krigsårene ”redningen” for jordemodervirksomhed, idet der bliver mulighed for over tid at demonstrere samarbejdsevner og udviklingspotentiale i forhold til lægerne. Straks efter krigsafslutningen hastes en lovgivning om svangerskabshygiejne igennem, der skal dæmme op for stigende helbredsproblemer, herunder en høj syfilisfrekvens. I denne lov sikres jordemødre en indplacering i forebyggelsen, som de stadig til en vis grad indtager.

Op gennem århundredet er kvindernes behov for den bedst opdaterede hjælp fra jordemødre og læger blevet underlagt de økonomiske vilkår, men tempereret af det billede af velfærdsstaten, der var under fremvækst. Det ses tydeligt gennem første halvdel af århundredets ihærdige diskussioner i Tidsskrift for Jordemødre, og i den samtidige presse, hvoraf det fremgår, at sygekasse-mændene holder på pengene: den fødende må kun få lægehjælp, hvis fødslen er så kompliceret, at jordemoderen under alle omstændigheder har brug for lægen. Han må ikke kaldes ud, alene til smertelindring af den normale fødsel, og skønt jordemødrene undte kvinderne denne hjælp³⁵, er der strid om forskellige sygekassers selvkomponerede attester, som jordemødrenes afkræves ved kald af læger til fødslen. Med opståelsen af velfærdsstaten bl.a. som et stykke socialpolitisk ingeniørkunst³⁶ ændrede synet på fødselshjælp sig også. Den vederlagsfrie svangerskabshygiejne – som det hed i forlængelse af 1930’ernes hygiejnedagsorden – og fødselshjælp er videreført op til dagens sundhedslov, dog med store skift undervejs i organisering af tilbud og teknologiske muligheder. Retten til lægehjælp, og efterhånden til indlæggelse på klinik eller sygehus, uanset komplikationsgrad vandt frem. Jordemødre fik i 1950’erne ret til visitation til sygehus.³⁷ Jordemoderboligerne blev udbedret i stor stil efter krigen, med behovet for konsultationslokaler på hjemmeadressen, og mange jordemødre fik bil, så det store opsøgende arbejde lettedes. I 1953 kom for første gang en egentlig autorisationslov, skønt jordemødre har været autoriseret gennem edsaflæggelse gennem hundreder af år³⁸. En indenrigsministeriel kommission om jordemodervæsenets organisering fra 1967 til 1972 anbefaler en ændret indplacering af jordemødre fra amtslige tjenestemænd i egen praksis

³⁵ I dagens Danmark er der fortsat debat om smertelindring, nu med anderledes undertoner af angreb mod jordemødre for at have en egen dagsorden i forbehold over for den mest effektive smertelindring eller forbehold mod kejsersnit alene på moders ønske, som det også fremgår af et af vore oplæg, den erfarne jordemoder.

³⁶ Banke, 1999, i Petersen (red) 2003, p.114

³⁷ Møller, 1997

³⁸ Møller, 1997

med tjeneste der hvor kvindens behov er, til en centerstruktur med en fast amtslig ansættelse. Mere herom i næste afsnit.

Uddannelsesreformer begynder at rykke jordemoderuddannelsen fra en overvejende "mesterlære" mod en mere opdelt uddannelse med bedre plads til teoretisk læring.

Sygehusvæsen:

Sygehusene udbygges fortsat op gennem denne periode (for at kulminere i antal fremme i 1988 med 125 sygehuse). Den lægelige specialdeling blev mere markant, og det oprindelige blandede sygehus blev til det firedelte sygehus med specialerne kirurgi, medicin, narkose og røntgen.

Det samlede antal sygehussenge voksede i hele Danmark, og i takt hermed blev sygehusene store og attraktive arbejdspladser med et omfattende og differentieret personale. Lægelig ledelse af sygehusene med hjælp fra sygehusinspektører bliver modellen for ledelse frem til 1970'erne, hvor de første trojkaledelelser fremkommer. På de fødeafdelinger, der o. 1970 betjener størsteparten af institutionsfødsler – der var endnu 19 % hjemmefødsler på landsplan – består ledelsen i overlæge, og på de største afdelinger en overjordemoder. På talrige små fødeafdelinger (i 1974 o. 84) var der ikke ansat jordemødre. De ankom med den fødende, og forlod fødestedet efter fødslen, mens mor og barn forblev indlagt i sygepleje-sygehjælperomsorg på en barselgang.

Samarbejde mellem jordemødre og øvrigt sundhedsvæsen

Jordemødre samarbejder med den ny institution, sundhedsplejerskeinstitutionen (siden 1930'erne), med praksislægerne og i øvrigt også med socialvæsen.

Jordemødre er stadig for størstedelen enten amtslige tjenestemænd med procentvis fast aflønning/honorar fra sygekasserne pr. ydelse, eller fuldt privatpraktiserende. Under 20 % af jordemødre er ansat på sygehuse (store fødselsstiftelser) eller i fødeklিনikker.

Sammenfatning: velfærdsstaten folder sig ud, og i den jordemoderdækning, tryghed for fødende, stigende reproduktiv frihed for kvinderne og en sikring af arbejdsmarkedsforhold, også for jordemødre

4.5 Perioden 1974 – 2007

Jordemodervæsen

Med reformen af offentlig finansiering af sundhedsvæsenet i 1973 forsvandt økonomien mellem sygekasserne og jordemødrene, og det store skift i jordemoderarbejdets organisering som følge af kommissionens arbejde kom i 1974. Kommissionen konstaterede, at jordemoderordningen fra 1953 var opbygget til et samfund med størst vægt på hjemmefødsler. Imidlertid ønskede kommissionen ikke, at man skulle forlade en ordning, der gav kendskab og tillid mellem jordemoder og kvinde.

Man endte derfor på den for sundhedsvæsenet særegne konstruktion, at man oprettede et jordemodervæsen som forvaltning. Denne forvaltning kunne lægges under amtskommunens social- og sundhedsforvaltning eller sygehusforvaltning, men bemærkelsesværdigt var det, at jordemødre, der nu alle blev offentligt ansat, ikke blev ansat i sygehusene, men i jordemodercentre, der gik på tværs af sektorer. Den oprindelige tanke var, at små centre skulle kopiere det bedste fra den gamle ordning – at jordemoder og fødende kendte hinanden – og det bedste fra den nye – frihed til jordemødre fra konstant vagtpres. Men den tanke led skibbrud i de fra 70'erne konstante sygehuslukninger og vækst i størrelsen og kompleksiteten i de obstetriske afdelinger, samtidig med at en markant jordemodermangel ikke gav den lettelse i arbejdspresset i hvert fald i udkantssområderne, som jordemødre havde håbet. Heller ikke alle sygehuskommuner (København og Frederiksberg) eller amter (Vejle) var glade for et påbud om en amtslig jordemoderstruktur. De førstnævnte oprettede aldrig overordnet jordemodervæsen, men fastholdt sygehusansættelser med overordnet visitationskoordination gennem en såkaldt ledende jordemoder, der aldrig havde større ledelsesfunktion, og Vejle Amt var tidligt ude med en sygehusorganisering af jordemodervæsenet i fire jordemodercentre på sygehusene, og ansættelse direkte på sygehuset.

Igennem 1980'erne og 1990'erne lukkes fødesteder i stort tal. I dag er der 31 tilbage, med flere samlings- og lukninger projekteret som følge af strukturreform. Jordemødres antal er mere end fordoblet siden 1970 – hvor de arbejdede ekstremt mange timer om ugen – og opgaverne er bredt ud over feltet. Samtidig er opgaveløsningen ændret som følge af nye – ofte uunderbyggede – krav til medicinsk sikkerhed samt markant ændret tilgang til screening. Jordemødre i dag ser de gravide færre gange end f.eks. i 1970'erne, føder sjældent med kvinder der kender dem, og følger sjældent op med barselbesøg, alt sammen suboptimalt iht. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorg.

Der er tale om et helt afgørende brud på den historiske udvikling af jordemoderområdet med reformen af jordemodervæsenets struktur i 1974. Og dog, som vi skal vise i vores analyse af

oplæggene om professionsudvikling, består fortællingen om den selvstændigt ansvarlige jordemoder med personlig tilknytning til kvinden.

Sygehusvæsen

1960'ernes øgede sygehusudgifter og organisationsmæssige udbygning afløses langsomt, men sikkert af en dagsorden, som er politiker- og administratorbestemt. Lægefolk tager over; der tales ligefrem om en djøficering (medlemmer af Dansk Jurist- og Økonom Forbund som indflydelsesrige og toneangivende).

Kampen intensiveres mellem de økonomiske og faglige rationaler, og der afledes nye ledelses- og samarbejdsformer (dialogbaserede aftaler og trojkaledelser).

Med etableringen af NPM (New Public Management) i den offentlige sektor i 80'erne breder dette koncept sig også til sygehusvæsenet. Privatisering, konkurrence, kvalitetsdiskurser og valgmuligheder er nu ordene og den "bevidste forbruger" af sundhedsydelser dukker op; en forbruger, som tør stille spørgsmål til "væsenet og dets ydelser" og til dem, som udfører dem. De fagprofessionelle autoriteter udfordres. Ledelsesformer ændrer sig fra trojkaledelse over centerstrukturer, funktionsbærende enheder.

Samarbejde mellem jordemødre og øvrigt sundhedsvæsen

Entydig ledelse bliver det nye ledelsesprincip, og en ændring af jordemødres ledelsesmæssige indplacering følger de nye strukturer. Hvor amtsjordemødre før havde det fulde personaleansvar for alle jordemødre, uanset tjenestested, får under sygehusansættelse det ny lag, chefjordemødre, såvel personale- som fagligt ansvar. Imidlertid har entydig ledelse samt centerstrukturer rykket chefjordemødre nedad i hierarkiet, således at hvor tidligere amtsjordemoderen havde direkte adgang til amtsborgmesteren, kan nu chefjordemoderen i reglen ikke regne med direkte reference blot til sygehusledelsen. Som dette opleves mange steder, har det bragt den dobbelte opgavevaretagelse i "primær sektor" med raske svangre, mødre og nyfødte samt i sygehussektoren i fare. Økonomien i sygehussektoren har gjort det ikke sygdomsbehandlende arbejde til en - efterhånden opbrugt - økonomisk bufferzone. Under en eksperthøring om svangreomsorgen og jordemoderarbejdet i Folketingets sundhedsudvalg i 2003 udtalte Kjeld Møller Pedersen om jordemødres forebyggelsesindsats:

Hvis ikke det [forebyggende jordemoderarbejde, forf.] hegnes ind, er det i fare for at forsvinde³⁹.

I strukturreformen er jordemodervæsenet som selvstændig forvaltningsenhed kun i nogen grad bevaret i Region Nord, hvor man har bibeholdt en regional forvaltning for jordemodervæsenet. I resten af landet er jordemodervæsenet integreret i sygehusvæsenet, og som sådan er det snarere institutionen i institutionel forstand end den faktiske forvaltningsenhed, der tilbagestår.

Sammenfatning: det stærkt øgede kompleksitet i jordemoderområdet såvel som i den samlede danske sundhedssektor gør en sammenfatning af dette afsnit til en henvisning til vores afsnit 4.6.1, 4.6.2, og afsnit 5..

4.6 Jordemødres vilkår og organisationsstruktur

4.6.1 Jordemoderarbejdet 2007

Jordemødres arbejdstid har ændret sig fra at være en livsform, en konstant vagt med familien som baggrund og medhjælp, over kollegial vagtdækning for hinanden, indtil jordemodercentrets opståen i 1974 med døgnvagter og ordnet fritid (hvis da fritid ellers var muligt på grund af højt fødselstal og lav uddannelseskapacitet), frem til 2007, hvor jordemødre for størstedelens vedkommende er ansat i regionerne, med arbejdssted på sygehusene og i disses jordemodercentre. Dagens vilkår er færre og større fødesteder med flertallet af vagterne som 8-timers vagter; jordemødre har den samlet set højeste vagtbelastning og overarbejdsbyrde i sundhedsvæsenet⁴⁰; det følger heraf, at dagligdagen er præget af nøje tidsregnskab og afregning for mangeartede ydelser, mange vagtbytter og i øvrigt stadig udtalt mer- og overarbejde på grund af lav normering eller jordemodermangel⁴¹. Strukturændringer, der rationaliserer sygehusdriften og øger samarbejdet på tværs af sektorer, og øget centralisering af sygehusvæsenet med færre, mere højteknologiske sygehuse til følge har betydning for jordemodervæsenet, fordi det netop i dag overvejende er knyttet fagligt, administrativt og ledelsesmæssigt til sygehusvæsenet. En centralisering og samling på færre matrikler vil i fremtiden stille krav til nye måder at udbyde

³⁹ Kjeld Møller Pedersen på høring i Folketingets sundhedsudvalg, 2.4.2003.
http://www.ft.dk/imq20021/udvbilag/lib9/20021_18389.pdf

⁴⁰ kilde: www.sygehusansatte.dk

⁴¹ www.jordemoderforeningen.dk

http://www.jordemoderforeningen.dk/multimedia/Jordem_dre_p_deltid_og_overarbejde3.pdf

jordemodertjenester på. Det lille jordemodercenter i stationsbyen og den lille tilhørende fødeafdeling er væk.

Fødslerne er præget af livsstilsændringer i befolkningen: høj alder ved første barn, nedsat fertilitet, få børn pr. kvinde og tiltagende livsstil-sygdomme, såsom fedme og diabetes, misbrug. Disse forhold komplicerer graviditeter og fødsler tiltagende, og med ringe tid til forebyggelse svinder jordemødres muligheder for gennem udøvelse af professionen at fastholde legitimitet som den største indflydelsesgruppe på udkommet af graviditet og fødsel. Hvis 50 % af alle fødsler er behandlings-krævende, hvor er så jordemoderens *selvstændige* virksomhedsområde på vej hen?

Aldersfordelingen blandt jordemødre er jævn. Der er ikke i samme omfang som i andre sundhedsprofessioner som f.eks. sygeplejersker eller bioanalytikere en forventet meget stor afgang af personale inden for det nærmeste tiår⁴² alene med baggrund i alder.

Optaget af nye studerende er øget fra ca. 100 til ca. 150 årligt siden 2005, og der påregnes et ekstraordinært optag af 50 mere over de næste to år, 2008 og 2009.

Der er stor jordemodermangel i region Syd, eksempelvis 35 – 40 % af arbejdsstyrken i Esbjerg og i Odense, og sporadisk mangel i resten af landet. Det ekstra optag påregnes at udligne denne mangel samt tage højde for den øgede afvandring fra (alle sundheds) fag(et) i forbindelse med øget tilgang til videreuddannelse (se også vores gennemgang af CASA, afsnit 6, hvor undersøgelsen fremhæver det øgede fokus på kompetenceudvikling).

4.6.2 Jordemoderforeningen, politik, visioner og struktur

Jordemoderforeningen formulerede på kongressen i november 2002 visioner om at kvalificere debatten om svangreomsorgens kvalitet og om jordemødres behov for et rigt arbejdsliv. Foreningen anfører at ville arbejde for at fastholde kvindens mulighed for reelt at kunne vælge fødested, udarbejde og fremlægge forslag og anbefalinger til, hvorledes store fødesteder kan organiseres, så den gravide kan gå til jordemoder tæt på hjemmet og den fødende kan have en jordemoder kontinuerligt hos sig under fødslen. Ligeledes vil foreningen

⁴² Kilde: PKA's medlemsstatistik i beretning for 2006, Pensionskassen for Jordemødre
https://www.ekstraportal.dk/portal/beretning_2006_jordemoedre.pdf

arbejde for, at jordemodervæsenet tilbyder mere end de mest skrabede traditionelle ydelser og funktioner; den vil fremlægge de faglige og økonomiske argumenter og erfaringer, der taler herfor, og finde og styrke alliancer med borgere, samarbejdspartnere, arbejdsgivere, sundhedsmyndigheder i arbejdet hermed. Foreningen vil endvidere styrke indsatsen indenfor arbejdsmiljø og vil arbejde for, at der tilrettelægges forsøgsordninger/projekter efter "Kendt Jordemoder" ordning⁴³, og at jordemødre får større medindflydelse i arbejdstilrettelæggelse samt større helhed og sammenhæng i arbejdet.

"Organiseringen skal tilpasses mennesket, ikke omvendt".

Jordemoderforeningen spørger i sit kongresdokument, som vi vælger at se som et visionspapir, fra 2002:

"Hvordan kan man under sygehusvæsnets centralisering og politikernes økonomiske rationaliseringsbestrebelse fastholde og udvikle de særlige kvaliteter i svangreomsorgen og fødselshjælpen i tæt samklang med ønsker og behov hos den moderne kvinde og hendes familie? Hvordan kan jordemoderfaget i fremtiden bestå som et selvstændigt fag med egen uddannelse, eget virksomhedsområde og egen jordemoderfaglig ledelse?"

Foreningen vedtog på kongressen i 2004 at have arbejdsmiljø som indsatsområde – hvilket har afstedkommet CASA rapporten. Endelig på kongressen i november 2006 fremlægges forslag til arbejdet med et andet af delelementerne i anbefalingerne fra 2002, nemlig modeller til sikring af kontinuitet og kendthed mellem jordemoder og den fødende familie, samt det videre arbejde med arbejdsmiljø i forlængelse af den nu offentliggjorte CASA analyse. Baggrunden for at Jordemoderforeningen har valgt netop professionsudvikling som et nyt satsområde i 2007 er således en sammenbinding af visionspapiret, "Kendt Jordemoder" indsatsen og arbejdsmiljøet.

Foreningen består i dag af ca. 2200 medlemmer, hvoraf 450 er studerende, godt 1400 er aktive medlemmer og 350 står som hvilende, "passive", medlemmer.

Foreningens struktur følger landets: der er en kredsforening i hver region, samt en kredsforening for ledermedlemmer. Hver af disse kredse sender formanden til foreningens hovedbestyrelse, hvor de sammen med et formandskab bestående af formand og

⁴³ "Kendt Jordemoder" ordninger er kendetegnet ved, at to eller tre jordemødre arbejder i lange rådighedsvagter med en afgrænset gruppe gravide (60 – 70) pr. år, således at der er sammenhæng mellem jordemødre i graviditeten og den eller de jordemødre, der kommer til fødslen. Det indebærer f.eks. rådighedsvagt en uge og helt fri ugen efter, en meget forskellig arbejdsform set fra det almindelige jordemoderarbejdsliv anno 2007, med kortere vagter af alle slags og mange mer- og overarbejdsvagter som et uomgængeligt vilkår.

næstformand udgør øverste myndighed mellem kongresserne. Foreningens formand og i hendes fravær næstformand tegner foreningen udadtil.

Kredsene samler tillidsrepræsentanter og tillidssuppleanter til månedlige møder som oplæg til månedlige hovedbestyrelsesmøder. Foreningen udgiver et månedsskrift, Tidsskrift for Jordemødre, og en hjemmeside, www.jordemoderforeningen.dk.

Foreningen indgår i en række netværks- og politiske aktiviteter i hele social- og sundhedsfeltet, har forhandlingsfællesskab i Sundhedskartellet, er medlem af FTF og foreningens sekretariat ligger i København.

4.7 Delsammenfatning på det historiske afsnit.

Vi finder, at vi med tilbageblikket i den historiske udvikling af jordemoderområdet kan underbygge, hvad vi definerer i afsnit 1.3.2 om professionsforståelse i relation til jordemødre: jordemødre er medlemmer af en profession. Den har udviklet sig i en selvstændig variant af den traditionelle opfattelse af en profession: liv og lov, som vi henviser til i 1.3.1, og netop kontrasten mellem borgerskabets mænd og kvinder af folket (indtil rekrutteringen breddes ud) er med til at definere den særlige stilling, som jordemødre indtager og fastholder frem til 1970'erne som selvstændige varetagere af en samfundsopgave af den største vigtighed for Danmarks befolkning.

Vi finder ligeledes, at den historiske redegørelse er med til at forklare den store vægt på selvstændigheden, som vore fem fortællinger fremfører, også selv om en uhildet betragter har svært ved at finde en særstatus for jordemødre i forhold til øvrige sygehusansatte i et økonomisk stramt styret sygdomsbehandlingssystem.

5 Kontekst

Vi har i afsnit 4 omtalt den udvikling, der er indtrådt over tid i sundhedsvæsenet, mest i relation til jordemodervæsenet. Den aktuelle tilstand i sundhedsvæsenet, set som kontekst til jordemoderprofessionen, kan beskrives ud fra følgende delfelter:

- Et patientfelt
- Et ledelses- og organiseringsfelt
- Et økonomisk virksomhedsfelt
- Et viden- og kompetencefelt
- Et kompleksitetsfelt
- Et politik- og forandringsfelt

5.1 Patientfelt

Patienterne indtager i dag den centrale position i sundheds- og sygehusvæsenet. . Patienterne, som også betragtes som og benævnes brugere, har nu typisk en forhåndsviden om sygdom/tilstand og om den institution, der opsøges for hjælp. Mulighederne for at tilegne sig viden er større end nogensinde. Det elektroniske medie – internetmuligheder, hele informationssamfundet gør, at dagens brugere ofte er velinformerede, har mange spørgsmål til behandlerne og ikke blot accepterer hvad som helst, og det stiller andre krav og forventninger til hele institutionen.

Informationer er vurderet i forhold til om det behandelende sygehus lever op til tidens krav behandlings- og plejemæssigt. Er de ydre rammer i orden, og hvad kan man tilbyde? Det er således en anderledes oplyst og krævende bruger, vi møder som behandlere i sundhedsvæsenet.

Behandlere / professionerne nyder ikke mere per automatik autoritet og anerkendelse. Behandlings- og ventetidsgaranti, patientsikkerhed og kvalitetssikring gør, at patientfokus i dag har en helt anden central placering i sundhedsvæsenet og er en fast del af dagsordenen. Fritvalgs-ordninger og patientforsikringer skaber/øger konkurrencelignende forhold i sundhedsvæsenet, såvel internt i det offentlige som mellem offentlig og privat regi.

Bruger- og tilfredshedsundersøgelser offentliggøres, bedste sygehus, bedste afdeling i en smiley-kultur.

Patienterne forventer effektivitet, kontinuitet, kontaktlæge/sygeplejerske, højt informationsniveau og valgmuligheder.

Patientforeninger spiller en stadig større rolle. De inviteres som en naturlig part til at deltage i dagens debat i sundhedsvæsenets institutioner. Der lyttes til deres meninger og kommentarer. De ønsker deltagelse og inddragelse via en aktiv rolle.

Der oprettes brugerråd på hospitalerne.

Patienterne forventer information om klagemuligheder, og det er naturligt, at ethvert hospital i dag har ansat en patientvejleder, sågar enkelte steder ligeledes en konfliktmægler. Man skal kunne komme af med ris og ros som bruger. Midlet fra institutionen er billedet af åbenhed f.eks. via åben telefon linje på hospitalerne – ring en direktør.

Set ud fra et patient- og brugerperspektiv har vi nu med en aktiv, forventningsfuld forbruger eller ligefrem en kunde at gøre, en, der kender til sine valgmuligheder og ved hvad hun ønsker.

Kommunikation, information og koordination er de store udfordringer for sundhedsvæsenet i dette perspektiv. Dette er nemlig et krav og en forventning eller med andre ord:

”Patienten er den faktor, som kræver vores fulde opmærksomhed og professionalisme”⁴⁴.

5.2 Ledelses- og organiseringsfelt

Ledelse og organisering spiller en stor og væsentlig rolle og er en kontinuerlig udfordring for alle ansatte i sundhedsvæsenet internt og også i forholdet til brugeren.

Med strukturreformen, som har betydet nedlæggelse og samling af amter og kommuner i dannelse af regioner og nye store kommuner, står vi i en brydningstid hvor opgaver flyttes, nye organisationer dannes, gamle nedbrydes. Tidens mantra er centralisering i store specialiserede enheder på bekostning af det nære lokale sygehus.

Der er i princippet kamp om pladserne, hvis man vil være part i en ledelsesproces; mange skal søge deres egen stilling i fusionsprocesserne, men det er også en mulig udfordring for de forskellige professioner at tilkæmpe sig magt og position.

Det er ikke givet, at man skal ledes af en fagprofessionel. Profession og faglig baggrund betinger ikke nødvendigvis ledelsesmæssig indflydelse. Der skal argumenteres for opgaven.

⁴⁴ Eriksen, H., 2003.

”Udfordringen er bl.a. stærke fagkulturer, de fagprofessionelles autonomi, manglende accept af ledelse og stærke uformelle magtstrukturer”⁴⁵. Det er vigtigt at lederen kan skabe kultur, udvikling og vækst med afsæt i forståelsen af og accept af fælles mål, opgaver og værdier, kan forstå teamwork og tværfaglighed og mobilisere ”skjulte” kompetencer og viden.

5.3 Et økonomisk virksomhedsfelt

Et økonomisk virksomhedsperspektiv ligger bredt ud over hele sundhedsvæsenet og enhver institution ved at budget og rammestyring fortsat er det styrende element for driften. Tallene på bundlinjen er i fokus, og hvis de er røde, betyder det en stramning eller konkret besparelse samtidig med, at økonomien som hovedregel er sammensat således, at der skal leveres en vis form for aktivitet.

Kontraktlignende forhold / aftaler mellem forskellige ledelsesniveauer er styrende for drift og økonomi. I kontrakterne som har vundet fremme med NPM, ligger indlejret aktivitetstal og forventning om et vist, politisk udmeldt, kvalitetsniveau.

Afhængigt af hvilken økonomistyringsmodel, der er gældende, kan der være muligheder for interne småjusteringer.

Men oftest er økonomien bundet op på politiske indsatsområder og prioriteringer.

Personaleudgifter og drift, samt medicin- og behandlingsudgifter står for den største del. Med nye behandlingsgarantier, udbygninger og for eksempel vedligeholdelse af en flere steder hundredårig og under alle omstændigheder slidt bygningsmasse er råderummet ikke stort.

Personalemangel i sundhedsvæsenet øger udgifterne til dyr vikardækning.

Hvis patienterne ikke kan få behandling inden for den aftalte tid, skal de henvises til privat regi, og pengene følger således patientforløbet, hvilket medfører øget udfordring i forhold til at sammensætte et holdbart budget.

At større enheder er lig med bedre udnyttelse af ressourcer, vil i de nye storregioner skulle stå sin prøve. Toneangivende sundhedsøkonomer som Kjeld Møller Pedersen og Jes Søgaard har begge stillet sig tvivlende over for, om stort bare er effektivt.

⁴⁵ Digmann, 2003.

5.4 Et videns- og kompetencefelt

En del af sundhedsvæsenets fortsatte udfordring er det kontinuerlige behov for kvalificeret arbejdskraft. Videnssamfundets krav om vidensdeling, generering af ny viden, læring og kompetenceudvikling er konstant en nærværende udfordring.

Mangel på uddannet og kvalificeret personale til at løse de mange opgaver vil sætte dagsorden i de kommende år, i samfundet i almindelighed og i sundhedsvæsenet i særdeleshed. Politikerne har længe omtalt dette som en potentiel bombe under vort velfærdssamfund; bl.a. i relation til velfærdskommissionens arbejde.

De særlige kompetencer og kundskaber, som fagprofessioner i sundhedsvæsenet hviler på, kan ikke alle uddelegeres, men kompetencer af tværfaglig karakter er i fokus til at indgå i opgaveglidning.

Det er derfor vigtigt, set fra en professions eget ståsted, at den er bevidst om og markerer over for omgivelserne, hvad den kan bestride af nye udfordringer, både for at sætte grænser, men også for at udsende signaler om åbenhed og vilje til forandring.

Følgende overskrifter og citater er hentet fra Dagens Medicin: "opgaverne glider i sundhedsvæsenet", "mangel på sundhedspersonale lige fra speciallæger og sygeplejersker til social- og sundhedsassistenter har sat fuld gang i omfordelingen af arbejdsopgaver på hospitalsafdelinger og almen praksis i hele landet"⁴⁶.

I Region Hovedstaden beskrives i Nyheds/Personaleavisen, "opgaveglidning eller opgavefordeling går ud på at ændre, hvordan medarbejderes kompetencer kan udvikles, og hvordan man kan ændre tilrettelæggelsen af arbejdet, bløde op på faggrænser og i det hele taget se på en ændret fordeling af arbejdet på hospitalerne"⁴⁷

Tidens mangel på fagpersonale udløser og legitimerer således i dag et krav om ændring i opgaveløsningen. Tidligere tiders rigide faggrænser er under pres, og gårsdagens opgaver til jordemødre skal måske i morgen løses af andre, lige som jordemødre vil skulle overtage opgaver fra andre.

⁴⁶ Dagens Medicin, nr. 35, torsdag 15. november 2007, p. 28 - 29.

⁴⁷ Region Hovedsagen, nr. 5 – 26. oktober 2007.

5.5 Et kompleksitetsfelt

At sygehuse er komplekse størrelser, kan de fleste blive enige om. Nye behandlinger, teknologiske fremskridt præger hverdagen. Dette rejser med det samme krav til ny viden og læring, og det afføder prioriteringer, hvor faglighed bøjes mod til den til enhver tids gældende økonomi.

Afviklingen af det daglige arbejde er en udfordring i sig selv med mange involverede aktører. Alene en uforudsigelig mængde af akutte opgaver og sygeforløb i kombination med talrige overenskomster, som skal overholdes, besværliggør planlægningen og ressourceallokeringen. At være forandringsberedt synes at være en forudsætning, hvis ting skal fungere.

Et omfattende dokumentationskrav understøtter opfattelsen af sygehusvæsenets kompleksitet og sidst, men ikke mindst, stiller personalesammensætningen i dag store krav til den enkelte medarbejder og ledelse. Den tidligere omtalte personalemangel har de senere år udløst en tilgang af arbejdskraft fra udlandet, som sammen med anden- og tredjegerations indvandrere udgør en stor og synlig del af de hospitalsansatte. Indsigt, hensyntagen og forståelse bliver nøgleord, hvis den nødvendige integration og fornuftige opgaveløsning skal finde sted.

5.6 Et politik- og forandringsfelt

Sygehuset er et forandringssted og hermed et politisk sted. Mange interesser er repræsenteret og således vil talrige interessenter indgå i et magt- og konfliktspil. Lokalt på det enkelte sygehus vil den kendte og altid nærværende konflikt mellem faglighed og det økonomiske rationale hele tiden være til stede. Konflikter faggrupper imellem kan dukke op, så snart der tales om løn og arbejdsvilkår, herunder tidens krav til opgaveglidning. Udadtill må sygehuset agere i institutionelle omgivelser, hvor alle har deres egne præferencer for samarbejdet og modtagelsen af sygehusets ydelser. Oven i dette vil landspolitiske beslutninger for sundhedsvæsenet i perioder medføre omfattende forandringer af både organiserings- og organisatorisk art.

5.7 Delsammenfatning

Vi har gennem de seks felter forsøgt at give et tidsbillede af den verden, hvori jordemoderprofessionen – repræsenteret ved Jordemoderforeningen – skal manøvrere og udvikle sig. Krydspres, turbulens og krise kendetegner sygehusvæsenet her som i udlandet. De ressourceallokerende aktører, politikere, økonomer, administratorer, patienter og offentligheden – i form af blandt andet intensiv pressedækning af enkeltsager – sætter i stigende grad spørgsmålstejn ved sundhedsvæsenets opgavevaretagelse, prioritering, ressourceforbrug, struktur og funktion. Dets legitimitet bliver dagligt draget i tvivl af en mere og mere veluddannet og velinformeret befolkning, der ikke i samme grad som tidligere er tvunget af begrænset information til at acceptere autoriteter, vente- og spildtid, samt fejlagtige og risikofyldte behandlinger.

Sundhedsfeltet er således fyldt med en række forskellige krav⁴⁸. De professionelle ønsker midler og muligheder for forskning og udvikling. Politikere forventer sikre prioriteringer, effektivitet for pengene og produktivitet. Fagforeningerne er nærværende med de kendte forventninger til bedre løn og arbejdsvilkår, og patienter, med hjælp fra de talrige og godt organiserede patientforeninger, anser reduktion af ventelister, nye behandlinger, samt høj kvalitet og service som en legitim ret. Og offentligheden ønsker valgmuligheder, service og klageadgang.

⁴⁸ Borum, 2001.

6. CASA undersøgelsen og inputs fra medlemsmødet

Vi vil i dette afsnit beskrive og fremhæve de generelle tendenser som CASA rapporten⁴⁹ vedrørende jordemødrenes arbejdsforhold og psykiske arbejdsmiljø har konkluderet og påvist. Der henvises til afsnit 3.1 i vores afhandling, hvor vi har beskrevet de variabler, der er anvendt, og hvorledes vi anvender rapporten som kvantitativ empiri, samt hvorledes vi har valgt at indsætte oplysninger om medlemsudsagn på medlemsmødet og opsamlingen efter medlemsmødet.

6.1. CASA undersøgelsen

Vi er opmærksomme på, at der kan være tale om en meget opremsende gengivelse af rapportens fund. Vi vil dog fremhæve, at da vi ikke indgår i en nyfortolkning af de fund, som CASA konsulenterne har gjort, er vi nødt til at gengive relativt tekstnært, om end stærkt forkortet, hvad rapporten finder frem til.

Vi har forsøgt at fremhæve kendeord for hvert lille afsnit, så oversigten lettes.

Indledningen fastslår:

”Arbejdsmiljøundersøgelsen er iværksat af Jordemoderforeningen. Formålet med kortlægningen er at få skabt et overblik over jordemødrenes psykiske arbejdsmiljø og helbred til brug på arbejdspladserne samt være et arbejdsredskab for Jordemoderforeningens hovedbestyrelse. Rapporten har et særligt fokus på forandringer på jordemødrenes arbejdspladser og forandringernes betydning for jordemødrene, arbejdstid og organisering af arbejdet samt ledelsesforholdenes betydning for arbejdsmiljøet”⁵⁰

En karakteristik af jordemødre:

6 % af jordemødrene arbejder på små fødesteder med op til 1000 fødsler årligt.

48 % arbejder på mellemstore fødesteder 1000 – 3000 fødsler årligt.

46 % arbejder på store fødesteder med flere end 3000 fødsler årligt.

⁴⁹ www.jordemoderforeningen.dk
http://www.jordemoderforeningen.dk/multimedia/Jordem_dre_p_deltid_og_overarbejde3.pdf

⁵⁰ citat fra CASA-rapportens indledning.

Over 50 % af alle jordemødrene arbejder på nedsat tid (mindre end 37 timer ugentlig)

Undersøgelsesgruppen spænder fra 25 år til 66 år med en gennemsnitsalder på 43 år.

Den gennemsnitlige anciennitet i faget er 15 år.

Et fællestræk for de adspurgte jordemødre er, at de arbejder for og med mennesker. Det betyder, at arbejdet ikke kun er baseret på fagspecifikke kvalifikationer, men også med inddragelse af sig selv som person.

3 ud af 4 jordemødre går glade hjem fra arbejde og oplever, at de har gjort et godt arbejde.

Mere end 80 % oplever deres **arbejdsopgaver som meningsfulde.**

75 % er meget tilfredse eller tilfredse med deres job set ud fra en helheds betragtning.

Ovenstående peger på positiv tilfredshed, men, konkluderes det i rapporten, den gruppe, altså **hver fjerde jordemoder, som ikke er med i det, som benævnes det gode selskab, har det skidt med deres arbejde**, og det gælder primært arbejdsbetingelserne. Særlig gælder det gruppen af basisjordemødre; de oplever en fremmedgørelse og ligeglathed i forhold til deres arbejdsplads.

At blive værdsat og respekteret er vigtige elementer i et godt psykisk arbejdsmiljø.

En rimelig løn er et element heri.

9 ud af 10 jordemødre er utilfredse/meget utilfredse med deres normale løn. Dette er tiltagende i forhold til en tidligere undersøgelse udført i 1998. som vi tidligere har anført, inddrager vi ikke aktivt lønaspektet i denne afhandling.

Særligt **arbejdstiden har været et fokuseret tema** i undersøgelsen med tydelige problemstillinger. Lange arbejdsuger, over- og merarbejde. Der opleves et pres om at påtage sig ekstravagter grundet vakante stillinger og stort sygefravær. Men selve det at have skiftende vagter accepteres som et grundvilkår.

Jordemødrene oplever, at de seneste års forandringer ofte har været støttet af ledelsen såvel den overordnede og den lokale ledelse og knapt så hyppigt af personalet.

Undersøgelsen peger på betydelige mangler i processen omkring forandringer. Der opleves mangel på medinddragelse og medindflydelse. Det skaber "utryghed og dårlig stemning", konflikter mellem personale og ledelse.

Den gruppe af jordemødre, som er ansat på stedet, der **modtager i en fusion** mellem afdelinger og hospitaler er positive, mens den gruppe, hvor **fødestedet lukker**, oplever det som tab.

Negativt opleves indførelse af elektronisk patientregistrering, og ledelsesændringer.

Positivt opleves det, når jordemødrene ser nyt introduceret, hvor de oplever balance mellem opgaver og ressourcer.

Konklusionen er, at de personalemæssige konsekvenser af forandringer afhænger af måden, hvorpå de er gennemført.

Ledergruppen er generelt tilfreds med mulighederne for indflydelse. Det er primært gruppen af **basisjordemødre, der ikke oplever en tilfredsstillende indflydelse**, særlig ikke på kvalitetsniveauet i deres arbejde, arbejdstid, tempo, hvem de arbejder sammen med samt beslutninger, der vedrører deres arbejde.

Den manglende indflydelse hænger muligvis sammen med arbejdets karakter, det uforudsigelige. Forfatterne til et speciale⁵¹ på Tek. Sam, RUC, har produceret et nyt begreb, der tackler dette særlige forhold. **De foreslår, at jordemoderarbejdet tilrettelægges under respekt for arbejdets "naturfleksibilitet"**, som de beskriver som en tilrettelæggelsesproces, der åbner muligheder for at følge kvinden i hendes fødselsrytme, snarere end at indpasse hende i det traditionelle vagtskema med risiko for vagtskift etc. Dette speciale stemmer godt overens med CASA's fund.

Særligt er der behov for indenfor gruppen af basisjordemødre at øge mulighederne for udvikling af indflydelsesmuligheder.

Hvor lederne vurderes gode til at planlægge arbejdet og gode til deres arbejde (ledelse), er tilfredshed og indflydelse størst. Dette er interessant for os i relation til det relativt svage eller helt fraværende fokus, vi finder i vores analyse af fortællingerne.

Hovedparten af jordemødrene oplever at deres klienter påskønner det arbejde, de udfører. Snarere de krav, som jordemødrene stiller til sig selv, ser ud til at stresse jordemødrene. Det samme indtryk får vi ved gennemlæsning af fortællingerne, som det vil fremgå af vores analyse.

⁵¹ De Lony, Marie, Schaarup-Jensen, Camilla: Jordemoderarbejdsliv, speciale, RUC, 2003

Der er udpræget tale om rolleklarhed og rollekonflikter. Især er konflikterne fremtrædende i ledergruppen.

Vi ser det som en klar ledelsesopgave at skabe rolleklarhed for jordemødrene, men det forekommer lederne vanskeligt at arbejde med rollekonflikter i faget, noget vi vender tilbage til i vores ledelsesanalyse.

Jordemødrene kan have ansvaret for flere fødende på en gang. Dette forekommer markant hyppigere på de mellemstore og store fødesteder. Hvis man holder dette op mod den lange historie på jordemoderområdet og ser det i forhold til begrebet naturfleksibilitet, som er refereret ovenfor, ser man en diskrepans: opgavens natur er at følge tæt og personengageret med i en (graviditet og) fødsel. Det rimer ikke med en overvågningsfunktion, der endog kan risikere at være fragmenteret⁵²

Generelt føler jordemødrene sig godt kvalificeret til deres arbejde. Kompetencen stiger i takt med anciennitet. Der er klar tendens til øget fokus på kompetenceudvikling blandt nye i faget, som vi også var inde på under 4.6.2.

6 ud af 10 jordemødre oplever at have uudnyttede ressourcer som kunne bringes frem ved medarbejderudviklingssamtaler.

Ledergruppen har størst mulighed for udvikling, basisjordemødrene de dårligste vilkår. Analyserne viser overraskende nok, at muligheder for udvikling er størst på de små fødesteder. Dette peger ikke på at stordriftsfordele udnyttes i relation til efter- eller videreuddannelse.

Undersøgelsen peger på, at der skal arbejdes med at kunne opretholde en professionel distance. **Risiko for stress er højest hos de jordemødre der beskriver, at de ikke magter distancen,** alle forhold bliver belastende.

⁵² Tænk, febr. 2002: Jordemoderen havde travlt – barnet døde.
<http://www.taenk.dk/index.php?sid=1&subid=&cid=852&year=2002&&magid=21&1199638406>

Der er tendens, til at forekomsten af problemer relateret til det fysiske arbejdsmiljø øges, jo større fødestedet er

Hovedparten af de adspurgte har en oplevelsen af, at arbejde og privatliv hænger godt sammen, men samtidig kan det ses, at der hvor denne følelse ikke gælder, da er risikoen for udvikling af stress og udbrændthed signifikant større.

Bekymringen er størst, hvad angår det at blive forflyttet til andet arbejde mod sin vilje eller at blive pålagt andre arbejdsopgaver. Frygt for ændring af arbejdstiden er mest udtalt på de små steder (hvor, som nævnt, antallet af jordemødre kun udgør 6 %). Her er det hyppigt frygten for at få afskaffet døgnvagten – der giver luft i skema/dagligdag – til fordel for 8 eller 12 timers faste vagter, der dominerer.

Tre ud af ti jordemødre overvejer at skifte job, heraf 50 % at forlade jordemoderfaget.

Det gælder især basisjordemødre i alderen 30 – 39 år. Der ses en lidt hyppigere tendens på de små fødesteder, der på undersøgelsestidspunktet – forår 2006 – har været under trussel om lukning.

God ledelse ser ud til at være en klar forudsætning for at imødegå denne risiko. Men god ledelse forudsætter samtidig, at lederen selv har gode vilkår for at udføre sin ledelsesfunktion.

Størsteparten af ledergruppen føler sig godt kvalificeret i forhold til deres respektive opgaver, og de er tilfredse med rammerne for at udøve ledelse. 3 ud af 10 har dog ikke tilstrækkelige kvalifikationer i forhold til økonomi og administration, arbejdsmiljø og sikkerhed. Dette gælder særligt gruppen af mellemlederne.

Flertallet af ledergruppen mener, at deres medarbejdere er dygtige til deres fag. 2 ud af 3 ledere mener, at medarbejderne er overbebyrdede med arbejdsopgaver. Næsten lige så mange mener, at medarbejderne er åbne over for nye krav og udfordringer i arbejdet.

Flertallet i ledergruppen mener, at **personale-normeringen er i overensstemmelse** med de stillede opgaver, men at **personale-bemandingen ikke er tilstrækkelig**; dette tilskriver lederne antallet af vakante stillinger. I relation til det, vi beskrev i afsnit 4.6.1 skulle der være fremtidige muligheder, der imødegår dette.

CASA rapporten viser, at et flertal af lederne vurderer, at der er gode muligheder for at udvikle eller ændre afdelingen til at dække fremtidens klienter/brugernes krav. Dog udtrykker hver fjerde skepsis.

Et flertal af lederne er med i ledernetværk, mest udbredt på højere ledelsesniveauer. De vurderer deres relationer til overordnede som gode, og de oplever opbakning herfra. Dog ser de det som problematisk at få klare holdninger og udmeldinger fra arbejdsgiverne/politikerne med hensyn til fremtiden.

Ledernes hovedbekymring for fremtiden er deres mulige vanskeligheder i forhold til rekruttering af kvalificerede medarbejdere, samt bekymring for at skulle forvalte beslutninger, som forekommer fagligt uansvarlige, at de skal underlægge sig forandringer, som strider mod deres specialistviden.

6.2 Medlemsudsagn om professionsudvikling

På medlemsmødet var det muligt for deltagerne at give deres bud på professionsudvikling i forhold til jordemoderfaget. Indledningsvis ved mødets start blev introduceret til, at der på alle borde lå sedler med overskriften "Jeg mener, at professionsudvikling i forhold til jordemoderfaget blandt andet drejer sig om..." hvor deltagerne kunne skrive deres uforbeholdne mening/tanker om professionsudvikling.

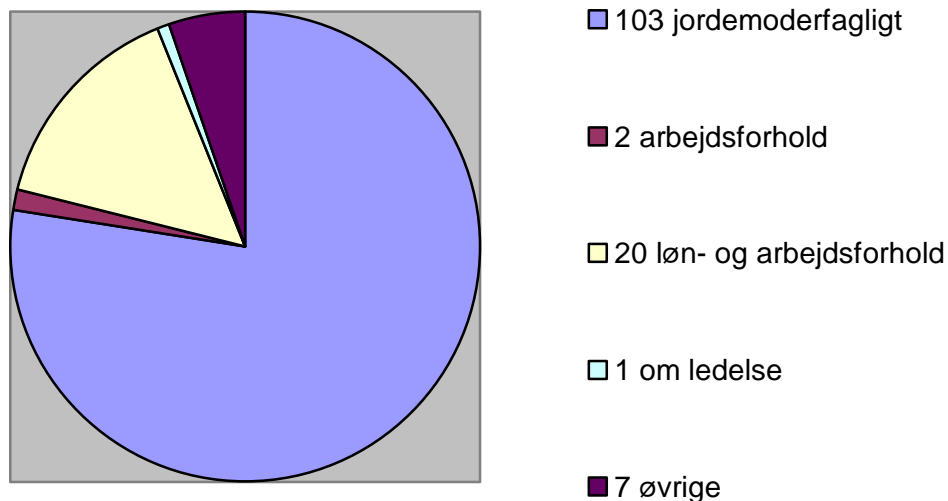
Den enkeltes forslag kunne afleveres hos foreningens web-medarbejder, som derefter sammenskrev alle forslag og ideér fra dagens møde og de blev fortløbende til skærm under mødet.

Efterfølgende blev de indkomne forslag lagt på foreningens hjemmeside.

Vi redegør kort for indholdet af udsagnene i afsnit 6 i forlængelse af vores gennemgang af CASA analysen

På mødet deltog i alt 230 jordemødre, og der indkom i alt 133 forslag/bud på professionsudvikling. (Bilag 2)

Efter gennemlæsning af de indkomne forslag har vi kategoriseret og inddelt de forskellige udsagn i grupper, se diagram herunder:



Som eksempler på indhold i kategorierne gives følgende:

Jordemoderfagligt: "mere forskning, fokus og italesættelse af det specielle jordemoderfaglige", "at der skal være flere konsultationsbesøg hos jordemoderen og færre hos egen læge", "fagligt fællesskab", "uddannelse og videreuddannelse", "at vi er sikre på vores rolle", "at vi fortsat skal være stolte af at være jordemødre"

Arbejdsforhold: "at der er ressourcer – penge" og "at man skal være klar på egne kompetencer og kende kommandovejen til at ændre/forbedre ens arbejdsforhold"

Løn- og arbejdsforhold: "at skabe bedre arbejdsbetingelser, så vi standser flugten fra faget. At få og stærkt pressede jordemødre giver en ringe udvikling i professionen", "at vi sætter os selv på dagsordenen først – alt andet er hyklerisk", "at få et lønløft og bedre arbejdsvilkår"

Ledelse: "at vore ledere skal være bedre rustet til at bestride lederjobbet, det er ikke godt nok kun at være jordemoderuddannet"

Øvrige: "at vi skal have en skarpere profil udadtil (i pressen, blandt befolkningen osv.), "at ansætte ... konsulenter/spindoktorer i Jordemoderforeningen.

Vi finder det bemærkelsesværdigt, at ingen forslag kun drejer sig om løn, bl.a. i lyset af, at CASA anfører, at 9 ud af 10 jordemødre er utilfredse med lønnen.

Afhængig af blikket, på materialet, er det fristende at sige, at dette er et klart udtryk for en profession, for hvem professionsudvikling overvejende har fokus på den faglige udvikling. Det er dog vigtigt at bemærke, at spørgsmålet er stillet, så det allerede leder besvarelsen ind på faglig udvikling indenfor faget.

Endvidere er det ikke muligt at vide, om den samme person har skrevet på mange forskellige sedler, hvorfor vi ikke kan tolke den samlede mængde af besvarelser som et udtryk for 130 jordemødres individuelle udsagn.

Er svaret givet før, under eller efter dagens program/indlæg vides heller ikke; dette kan have nogen indflydelse på de tanker, den enkelte deltager gør sig i forhold til forslagene.

Er det en studerende eller en færdiguddannet, dette har betydning i forhold til, hvor i socialiseringsprocessen bidrageren er.

Med hovedvægten på udsagn omhandlende jordemoderfagligt kunne det være interessant at spørge til, om det er et udtryk for, at løn har mindre betydning eller, at forventningen om en lønforbedring er implicit og naturligt forventes varetaget af Jordemoderforeningen.

6.3 Jordemoderforeningens opsamling efter medlemsmødet

Som opsamling på dagens møde med hovedvægten lagt på professionsudvikling var konklusionen, at områder som uddannelse, efter- og videreuddannelse, ansættelsesform samt bredden i virksomhedsområdet alle blev berørt.

Uddannelsen med forslag om forlængelse, turnus år tilføjet, efter- og videreuddannelse indeholdende specialisering, fordybelse, kvalitetsudvikling, forskning, filosofi m.m., alt sammen i kombination med jordemodervirksomhed. At ansættelser i fremtiden spænder mellem såvel store som små fødesteder, privat/offentlig regi, næsten alle tænkelige kombinationer var åbne for diskussion. At jordemodervirksomhed anskues over et bredt felt og en lang periode, det er ikke kun selve forløsningen/fødslen, men specialfunktioner kan og skal også fastholdes og udvikles.

Det blev fremhævet, at kernen for jordemoderprofessionen er, at den kan byde på noget unikt som ingen andre dækker. Foreningen fremhæver, at professionens særkende er at kunne støtte hver eneste kvinde i at gå styrket gennem processen med at blive mor.

Jordemødrene/foreningen skal blive bedre til at tydeliggøre dette overfor omgivelserne, de bevilgende myndigheder og brugerne.

Jordemødrene ønsker/kræver:

- Tid til undersøgelser og familie- og fødselsforberedelse
- Tid til 1 – 1 ved fødsler
- Tid til at bistå, være til stede, vejlede i forbindelse med svangre og barsel
- Tid til anstændig afrunding på jordemødres fagprofessionelle arbejde.

Tiderne har ændret sig, brugeren er blevet forbruger. Det forekommer vigtigt, at professionen fortsat holder fokus på styrkelse af kvindens og mandens evne for bl.a. egenomsorg, for derigennem at styrke en god start på livet for barnet. Her mente formanden, at jordemødrene udgjorde et værdifuldt potentiale for samfundet, som burde udnyttes bedre, ikke alene gennem at få styrket mulighederne for efter- og videreuddannelse, men også gennem jordemødres egen kritiske refleksion over egne praksiselementer, som fremhævet af flere af oplægsholderne.

Formanden lagde op til refleksion over, hvordan jordemødrene i fremtiden kan indgå i tættere samarbejdsrelationer med læger, sundhedsplejersker og sygeplejersker, med respekt for hinandens professionsfelter, men med fælles fokus rettet på familierne. "Der er brug for alle kompetencer. Ønsker vi, at andre skal have øje for vores kompetencer, så må vi selv være villige til at se arbejdskollegerne i de andre grupper".

Det blev endvidere fremhævet, at ledelse er vigtig såvel i dag som i fremtiden for fortsat at kunne gøre sin indflydelse gældende med henblik på en styrkelse af fag og profession, bedre løn og arbejdsvilkår samt arbejdsmiljø. En profession bør ikke indtage en passiv rolle og blot udnævne sig selv til naturlige "fødte ledere". Det gælder enhver i dagens sundhedsvæsen; der skal professionalisering af ledelsesindsatsen til. Det er ikke nok at være fagprofessionel.

Ovenstående opsamling og konklusion på dagens medlemsmøde skulle danne baggrund for den videre strategi og forståelse af professionsudvikling som jordemoderforeningen vil arbejde for og med i fremtiden.

I hovedbestyrelsen var der bred enighed om at det havde været et spændende møde med mange facetter, muligheder og input af forslag. Der var positiv feedback fra medlemmer, men også en fornemmelse af en opgave, der ikke lige lader sig indplacere og løse. Der er udsagn i alle retninger, men foreløbig *"handler professionsudvikling om skabelse og realisering af en fælles vision for jordemoderprofessionen, der*

- *Udvikler professionens virksomhedsområde og vidensgrundlag*
- *Styrker og udvikler professionens uddannelsesmæssige grundlag og kvaliteten i jordemødres virksomhed i alle aspekter.*

Målet er at fastholde og styrke accept og anerkendelse af professionens samfundsmæssige betydning og professionens potentiale til styrkelse (empowerment) af kvinders, børns og mænds samfundsmæssige og sociale ressourcer"

6.4. Delsammenfatning på kvantitativ empiri i form af CASA undersøgelsen og udsagn fra/om medlemsmødet:

CASA rapporten giver et billede af en profession, som sammenfattende ikke er i tvivl om, at fokus er rettet mod faget, men også, at deres opgave er at arbejde for og med mennesker, og at dette sætter mennesket i fokus.

Flertallet går glade hjem fra arbejde – til trods for at 9 ud af 10 jordemødre er utilfredse med lønnen.

De sidste års forandringer i sundhedsvæsenet støttes typisk af ledelseslagene i jordemoderprofessionen; derimod det menige personale føler sig presset af forandringsprocesser, og accepterer dem som udgangspunkt ikke. Det er i det hele taget et karakteristisk træk ved en profession, at forandringer som udgangspunkt ikke billiges eller accepteres.

Særligt de lavest placerede i ledergruppen finder det vanskeligt at tackle rollekonflikter, hvilket vi siden hen tager op i afsnit 7.8, vores ledelsesanalyse.

Ledergruppen udtrykker tilfredshed med egne kvalifikationer i forhold til opgaveløsning. Dette går vi ikke meget specifikt ind i senere, da det vil forudsætte indgående kendskab til, hvilke opgaver der skal løses, kendskab til job- og funktionsbeskrivelse samt ledelsesniveau. Fremtidens opgaver i sundhedsvæsenet bekymrer dog ledergruppen – frygten for at beslutninger trækkes ned over "hovedet" på dem er til stede, til trods for deres udtrykte tilfredshed med kompetencer og handlemuligheder.

Endvidere har vi på baggrund af indkomne forslag fra jordemødre på medlemsmødet indsamlet forslag på hvilke mulige bud de har på professionsudvikling, kategoriseret deres udsagn og indsat dem i et cirkeldiagram. Det viser, at 101 forslag ud af 130 specifikt er rettet mod jordemoderfaglige opgaver. Vi har dog taget forbehold for betydningen af dette, da der forelå et fast spørgsmål til besvarelse, som gik på faglighed.

Opsamling på medlemsmødet ved formanden for foreningen som kunne konkludere, at dagens indlæg havde bragt os vidt omkring og berørt hele den sfære, som omgiver professionen. Mangeartede opgaver og udfordringer for fremtiden.

Efterfølgende blev medlemsmødet drøftet på et Hovedbestyrelses møde som kort er skitseret i dette afsnit og det konkluderes, at der tegnes mange veje og muligheder for en fortsat professionsudvikling. En endelig og egentligt strategi for videre professionsudvikling blev ikke besluttet, men kimen og grundstenen blev lagt.

7. Jordemoderforeningens medlemsmøde om professionsudvikling, redegørelse og analyser

I dette afsnit vil vi dels gøre rede for baggrunden for at Jordemoderforeningen beskæftiger sig med professionsudvikling, dels konkret, hvorledes der forberedes til medlemsmødet. Derefter vil vi gå videre med en gennemgang af vores teori relateret til den efterfølgende analyse af de fem jordemødres oplæg om professionsudvikling, eller det, som vi kalder deres fortællinger. For hver teorianvendelse vil vi lave en kort delopsamling

7.1 Baggrunden for medlemsmødet

Gennem det meste af foreningens eksistens har der været afholdt såvel besluttende møder med repræsentation fra kredsene i foreningen og mere brede åbne møder, medlemsmøder. I de seneste 30 år har der været tale om alternerende mødeformer, kongres – med politikfastlæggelse på kongressen det ene år, medlemsmøde med åbne diskussioner det andet. Medlemsmøderne er traditionelt brede møder med stor tilstrømning på omkring 10 % af medlemsskaren, reflekterende tidens diskussioner og som regel i stand til at give fingerpeg om strømninger i medlemsskaren.

Gennem hele 2006 har foreningen arbejdet med at målrette politikudviklingen til at kulminere på det demokratiske plan i en diskussion på foreningens kongres 2006.

Jordemoderforeningen inviterede til medlemsmøde om *professionsudvikling*. Dette mødes interne oplægsholdere blev valgt af foreningens udvalg til planlægning af medlemsmødet, og de fem jordemødre, der skulle dække hele professionen, blev anmodet om at give oplæg blandt andet med disse ord:

"Jordemoderforeningens hovedbestyrelse sætter i det kommende år øget fokus på professionsudvikling. Som startskud til dette satsningsområde, kommer årets medlemsmøde til at omhandle: Hvorfor professionsudvikling er relevant at arbejde med for en fagorganisation?

Det vil sige, at fokus primært vil være at gøde jorden for, hvorfor vi nu skal beskæftige os med det, og ikke om eller hvordan.

7.2 Strategi for professionsudvikling

Vi vil kort komme ind på optakten til dette medlemsmøde. Hvad var baggrunden for at slå ned på netop professionsudvikling?

Kongressen i Jordemoderforeningen i 2006 havde ønsket at målrette foreningens strategiske arbejde med udvalgte områder. Ordninger for teamstruktureret jordemoderarbejdet, kaldet "Kendt Jordemoder"-ordningerne, arbejdsmiljøet og så et åbent område, som hovedbestyrelsen måtte fastlægge.

På et seminar i januar 2007 vurderede hovedbestyrelsen, at professionsudvikling som emne ville være centralt i forhold til at samle indsatsen for de to kongresvalgte emner

Baggrunden i forhold til at søge at arbejde videre med professionsudvikling var blandt andet, at Jordemoderforeningens to andre indsatsområder ikke stod tydeligt sammenkoblede hos medlemmerne. Det fremgik af læserindlæg i Tidsskrift for Jordemødre, at medlemmer så indsatsen for "Kendt Jordemoder" som modsatrettet, snarere end samarbejdende med indsatsen for et bedre og mere meningsfuldt arbejde⁵³, og fra strategipapiret Svangreomsorg (der ganske vist ikke fremtræder i titel eller præsentation som et aktivt dokument i aktiv anvendelse for strategisk fremme af professionens mål):

Svangreomsorg – Jordemoderforeningens bud på nye udfordringer, fra kongressen i 2002.

7.3 Narrativet

Fortællingen har siden 1980'erne fået en mere fremtrædende plads i samfundsanalysen, og det afspejler, at sproget i stigende grad ses som eller anerkendes som kilden til forståelse af menneskers handlen frem for at se på menneskelig adfærd. Hvad taler du, snarere end hvad gør du? Til en analyse af menneskelige udsagn er fortællingen meget anvendelig.

Fortællingen "skaber mening med både vores fortidige og fremtidige handlinger. I en samfundsvidenskabelig kontekst kan denne antagelse bruges til at vise, hvordan der fx under velfærdsdiskurser og institutionelle felter befinder sig en række menneskelige såvel som organisatoriske fortællinger" (Pedersen, 2005).

7.3.1 Narrativet – kort teori og modelgennemgang

Som omtalt i afsnit 1 om vores valg af narrativet som teoretisk perspektiv finder vi historiefortælling, herunder anvendelsen af aktantmodellen aktuel og relevant, da den

⁵³ "Derfor bliver jeg vred, når jeg læser, at Lillian Bondo til Lars Løkke lover, at "Kendt Jordemoder" ordninger vil øge arbejdsglæden hos jordemødrene. Kan min træthed efter 20 timers arbejde på fødestuen opvejes af, at det lykkedes mig at være kendt?" (Tidsskrift for Jordemødre, bagsiden, 7-2007)

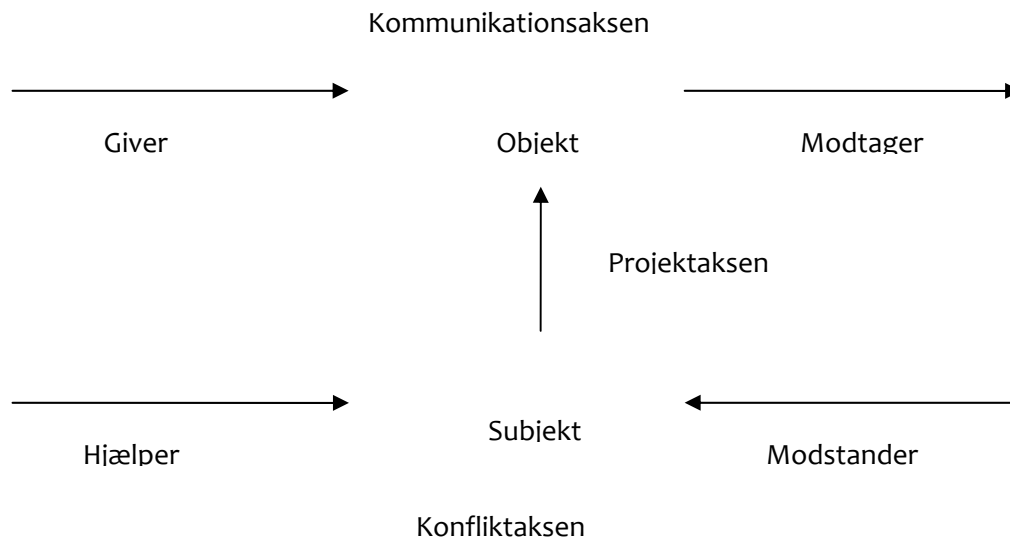
rummer mulighed for at kunne belyse såvel normalitet som kulturelle afvigelser. Det meningsskabende består i, at historiefortællingen er relateret til begivenheder, som den enkelte fortæller har oplevet selv; således kan der opstå mange forskellige fortællinger over og rundt om det samme tema, men den fortalte historie giver mening/sense for den enkelte, såvel fortæller som tilhører.

Den narratologiske metode eller fortællemetoden, som den også kaldes, stammer oprindeligt fra russeren Vladimir Propp (1895-1970), der som litteraturforsker tog afsæt i russiske folkeeventyr. I 1928 udgav Propp sit nok mest berømte værk "Morphology of the Folktale". Hans tese var, at alle eventyr er homogene og opbygget efter samme princip og struktur. Mange senere arbejder bygger videre på Propps arbejde. Franskmanden Greimas som i 60'erne og 70'erne er en ledende skikkelse indenfor strukturalisme, er mest kendt for sin aktantmodel⁵⁴. Greimas udvider sit undersøgelsesfelt til at omfatte mange flere teksttyper end eventyr, hvorfor den med den enorme bredde i dagens tekstformer er meget anvendt. Aktantmodellen er en model, som de fleste fortællinger kan passes ind i. Modellen kan ligeledes finde anvendelse, der hvor man aktivt ønsker at skabe fortællinger og synsvinkler. Modellen er simpel, overskuelig og nem at anvende.

Når fortællingen sættes ind i aktantmodellen, får vi et generelt indtryk af personer, deres positioner og indbyrdes relationer i et fortalt forløb. Det er værd at bemærke: dels kan en enkelt aktør stå på flere forskellige aktantpositioner, alt efter hvem der fortæller, og dels kan en aktør stå på flere forskellige aktantpositioner i den samme fortælling. Det vil fremgå af flere af vores eksempler under analysen i afsnit 7.3.

Fig. 7.1 a

⁵⁴ denne model er den samme som Fog et al. kalder for eventyrmodellen, et navn som vi finder mere betinget af anvendelsen i brandingsammenhæng og derfor valgt for sin ørehænger kvalitet, end vi finder det lige så deskriptivt og præcist som aktantmodellen. Vi fastholder derfor, skønt inspireret af Fogs anvendelse af narrativ analyse, det originale navn



Aktantmodellen, efter Greimas/Fog

Som forklaring til fig. 7.1. a

Projektaksen viser subjektet (eller helten – der dog godt kan være andet end en (enkelt) person) og objektet (mål). Konfliktaksen viser hjælperen, der hjælper subjektet, og modstanderen, der forsøger at forhindre subjektet i at opnå sit mål. Enden på historien kan læses i kommunikationsaksen med giveren og dennes overdragelse af objektet til modtageren.

Vi har anvendt aktantmodellen i en grafisk set simplificeret udgave, som seks bokse. Meningen er ikke ændret, akserne er underforstået som identiske med den ovenfor skitserede.

Aktantmodellen er anvendelig i forhold til at give os mulighed for en umiddelbar indplacering og sortering af vores oplevelse af teksten. Den beskriver, hvem vil opnå hvad, hvorfor, hvem er imod, hvilke ressourcer eksisterer. Opgaven for den, som anvender aktantmodellen til indplacering af en historie/fortælling, er at identificere aktanterne, det være sig konkrete personer, som mere abstrakte aktanter så som en ledelse, en statsmagt, en afdeling. Ikke alle aktanter kan identificeres og tildeles roller, hvorfor det selvfølgelig altid skal overvejes, hvorvidt det er en rigtig model at anvende til opnåelse af ny forståelse for ens omverden og handlerum.

Fog beskriver, hvordan det at fortælle historier er en måde hvorpå vi kan skabe mening med vores liv, se fornuft i vores omverden eller skabe os forudsætninger for at indgå i ændringsprocesser. For at forstå og formidle os selv har vi brug for fortællingen. Hvad afgør så, hvorvidt vi har at gøre med en historie? Fog fremhæver, at man ikke kan finde en endegyldig definition, men man kan tale om nogle grundelementer, som bør være til stede i enhver historie, en form for checkliste.

Historiefortællingens fire elementer som er: 1) Budskabet, 2) Konflikten, 3) Rollefordelingen og 4) Handlingen.

Storytelling, som Fog arbejder med, er et moderne begreb, og anvendes til branding såvel på virksomhedsniveau, på organisationsniveau og på det personlige plan. Storytelling har to niveauer: strategisk branding-begreb eller konkret kommunikationsværktøj. Storytelling er midlet, branding er målet. Det handler ikke om at fortælle historier for historiens skyld.

Historien er en måde at kommunikere sine budskaber på, hvorfor det er vigtigt at gøre sig klart, hvilket budskab man vil viderebringe, og det er ligeledes ifølge Fog vigtigt at begrænse sig til ét budskab pr. historie. På denne måde anvendes historien som et strategisk værktøj. Flere budskaber i samme historie medfører risiko for uklarhed. Konflikten, som også skal være et af de 4 elementer er den, der driver historien fremad. Det er de modsatrettede kræfter, som fører til konflikten. Konflikten kræver en helt og en skurk. Konflikten er nødvendig; hvis der ikke er en konflikt, er der ingen historie. Alle ønsker balance og harmoni – men det er lidt kedeligt, en søndag eftermiddag i Paradis, som Fog skriver. Hvis ikke dette brydes af en forandring, er der ingen grund til fortælling eller til handling. Den tvinger os til at finde en løsning på budskabet, som formidles via vores historiefortælling. Fog fremhæver, at konflikten heller ikke må være for dominerende, så den overskygger alt, således at det bliver så kaotisk, at det bliver uinteressant alene i kraft af en uoverkommelig arbejdsbyrde. Kunsten er at finde den rette balance. Et lige så væsentligt element er rollefordelingen, som også er beskrevet i aktantmodellen. Konflikten kan ikke udspille sig, hvis ikke rollerne er fordelt. Når historien er fundet, hjælper aktantmodellen med at give klarhed over, om historien har den grundstruktur, som giver dynamik og konflikt.

Handlingen i en historie kan bedst beskrives ved, at den har en start, hvor scenen sættes, en midte og en slutning.

Fog omtaler endnu en variant, berettermodellen (som han kalder fortællemodellen).

Formålet med at undersøge en fortælling efter berettermodellen er at sikre sig, at det, man ønsker at kommunikere, eller det man ønsker at undersøge, om andre kommunikerer, giver en samlet mening hos tilhøreren. Er der en begyndelse og en afslutning? Vil det være muligt at uddrage en lære og efterfølgende ræsonnere sig frem til en handlingsanvisning?

I vores analyse af de fem oplæg vil vi undersøge, om nogle eller alle af de fem oplæg vil kunne læses ind i berettermodellen, som skildres med mange i hovedsagen ens grafiske billeder, almindeligst som gengivet af os selv herunder i fig. 7.1.b:

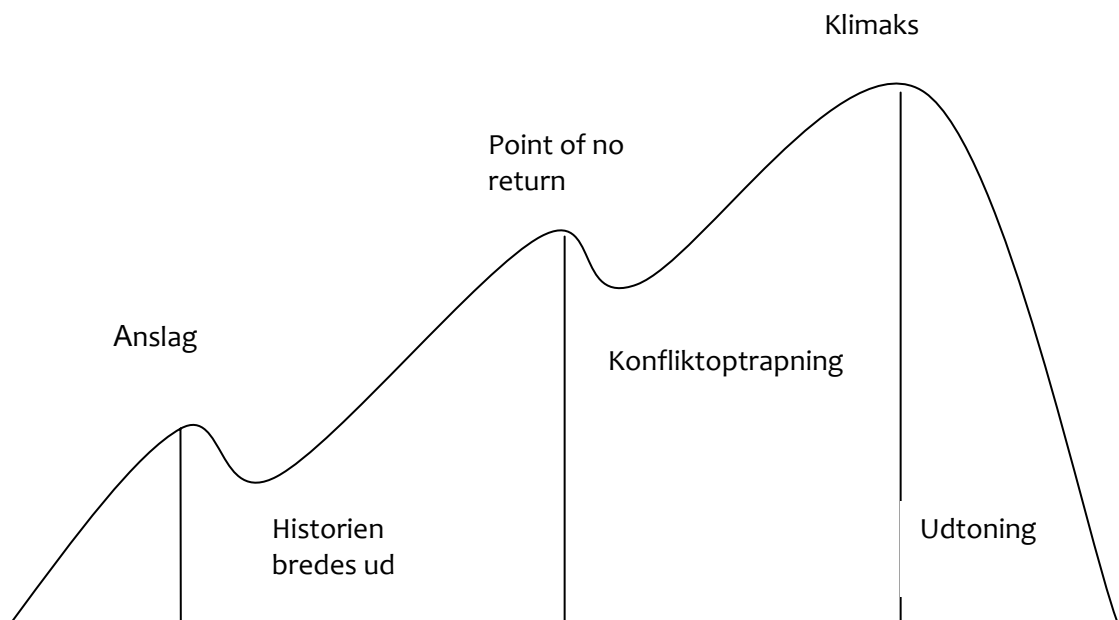


Fig. 7.1.b

1. Anslaget, hvor det fortalte skal fange læseren. Anslaget kan antage forskellige former.
2. Præsentation af plot og medvirkende, historien foldes så at sig ud. Der trappes op til "point of no return". Herfra har helten, subjektet, kun én vej, og det er fremad. Indtil nu har der været benzin nok til at vende om, nu er der kun benzin nok til at nå til destinationen, og ruten til målet hedder
3. Konfliktoptræpningen, hvor fortællingens konflikt uddybes frem mod
4. Klimakset, hvor konflikten når sit højdepunkt og der findes en løsning (måske), hvorefter
5. Fortællingen udtones.

Historiefortællingen/storytelling kan anvendes som et strategisk ledelseværktøj såvel branding af virksomheden og organisationen som internt kommunikationsværktøj med medarbejderne. Aktuelt for eks. en faglig organisation er det at fortælle kernehistorien, som de ønsker at brande sig på, blive kendt på i omgivelserne. Også omtalt som Corporate Brand, der udtrykker den grundlæggende værdi som. Kernefortællingen bliver retningsgivende for organisationen.

Når storytelling anvendes som kommunikationsværktøj, anvendes den konkrete historie til formidling af budskabet. Tidligere omtalt som et af de 4 grundelementer. Som kommunikationsværktøj kan det anvendes såvel internt som eksternt i en given virksomhed/organisation. Fog beskriver det som han kalder "Brandets træ"⁵⁵. Med afsæt i kernefortællingen, som symboliseres af træets grundstamme og forgrenes ud i henholdsvis interne historier, eks. medarbejdernes historier, og de eksterne historier, den historie som fortælles i eks. medierne/omgivelserne.

Vi finder, at netop denne mulighed for anvendelse af historiefortællingen hænger meget fint sammen med legitimitet, idet branding netop er central i dele af indsatsen for at opnå legitimitet for en profession.

7.3.2 Narrativ analyse af de fem fortællinger

Som vi har gennemgået i metodeafsnit 3 og foregående afsnit, 7.3.1, vil vi i det følgende gennemgå de fem forskellige oplæg fra medlemsmødet med anvendelse af historiefortællingens fire elementer, aktantmodellen og berettermodellen, som værktøjer til narrativ analyse og som en vejviser til strategiske muligheder inden for professionsudvikling. Vi gennemgik kort at vores anvendelse af den narrative analyse har karakter af modelanvendelse. Vi vil derfor ikke gå detaljeret gennem den tekstanalytiske teori, der ligger til grund for denne model, men fremhæve, at vi anvender den som netop model til fremhævelse af strategiske valgmuligheder for jordemoderprofessionen, eksemplificeret ved Jordemoderforeningen.

Vi har i vores indledende historiske afsnit skildret udviklingen frem til den situation – eller rettere, de situationer – som jordemødre af i dag ser sig selv om professionen/faget i. Vi vil i det følgende demonstrere, hvor de fem oplæg viser forskellige positioner og muligheder for udvikling ud fra hver jordemoders ståsted:

Den nyuddannede, den erfarne, underviseren, lederen og forskeren.

⁵⁵ Fog, 2004, p.55

For hver af disse vil vi identificere aktantpositionerne, fortællingens gang og til slut vil vi opsummere det eventuelle fælles budskab, eller understrege forskelle mellem fortællingerne ved at anvende berettermodellen på et eller flere af oplæggene.

7.3.2.1 Den nyuddannede jordemoder

Vi vil i det følgende vise, hvorledes den nyuddannedes fortælling er præget af først og fremmest konflikt mellem forventninger og muligt indfriet ydelsesmønster i hendes jordemoderarbejde. Den nyuddannede jordemoder (i det følgende NJ) arbejder på et stort fødested, der forventes at vokse betydeligt i de kommende år. Hun har været uddannet mindre end et år.

Hendes fire fortællingselementer (Fog, s. 31) kan vurderes således:

Hendes *budskab* er: Det er hårdt! Det er skønt arbejde, men det overskygges af, at det er hårdt. Og det er først og fremmest hårdt, fordi der består en *konflikt* mellem hendes ønsker om at kunne gøre det godt, og hendes ønsker om det overkommelige arbejdsliv:

”Vi har ikke tid nok i konsultationen og så synes jeg, at jeg har meget lidt tid til at snakke med de førstegangsgravide som har en hel del spørgsmål ”

Rollefordelingen kan genses i aktant/aktantmodellen, og handlingen er enkel: den gode jordemoder kæmper for at opnå det bedste for den fødende, men... Handlingen er uafsluttet.

Vi vil derfor gå videre til at se på NJ's aktantmodel (figur 1a):

Fig. 7.3.2.1 a

Giver	Mål	Modtager
Arbejdsgiveren, regionen	Bedre jordemoderliv: Bedre løn, bedre arbejdsmiljø Kvalitet til brugerne	Både brugere og jordemødre
Hjælper	Helt	Modstander
Arbejdsgiver, store afdelinger, jordemodergruppen	Jordemoderen selv, jordemoderleder, jordemodergruppen	Effektivisering, risikostyring, det private over for det offentlige

Hendes *helt eller subjekt* er jordemoderen selv; det er let at identificere mindst én helt eller subjekt i hendes fortælling, og i det hele taget, giver mere end en udnyttelse af modellen god mening i hendes tilfælde. Den gravide er den alternative helt i fortællingen, hvilket vi vender tilbage til.

Hendes *mål/objekt* er et bedre arbejdsmiljø. Hun er den eneste, der taler meget om arbejdsforhold, vagter og løn. Hun henviser kort til en sygeplejerske på barselgangen, men det fremgår ikke helt af hendes oplæg, hvorvidt det skal forstås således, at selv en sygeplejerske på en hospitalsafdeling, med de billeder, hun formodentlig venter skabt hos tilhørerne om vagt hver anden weekend, selv sygeplejerskens vagtforhold overgås af en jordemoder. Hendes mål er dog også god svangreomsorg, idet hun fremhæver, at jordemoderprofessionen er trængt, hvilket efter hendes mening får til konsekvens, at de gravide bliver for dårligt informeret, må opsøge "det private", og trækker for meget på det akutte beredskab for småting, som "helt sikkert ... skulle være afklaret ved en god og grundig jordemoderkonsultation".

Modstanderen er effektivisering: "vi er blevet effektiviseret så meget, at det kan være svært at have den menneskelige tilgang til de gravide, de fødende" (husk senere i forhold til CASAs tungeste udsagn om 40 % osv.) Også risikostyring står som modstander, set med hendes briller. Samtidig ser NJ dog, som den eneste, størrelsen på den kommende afdeling, der vil blive større, som et plus alene i kraft af størrelsen. Hun ser størrelsen på kollektivet som en styrkefaktor.

NJ arbejder inden for et (diffust?) fællesskab: "vi" kan være arbejdspladsen, årgangen, den større gruppe, der skal mødes; Jordemoderforeningen nævnes ikke som en selvstændig aktør, men dette kan dog også opfattes som underforstået, idet NJ netop står i Jordemoderforeningens fællesskab par excellence, landsmødet.

Ser vi på modellerne, som NJ's fortælling kan indplaceres i, skal netop modellen rumme den uklarhed, som er en mulighed i fortællingen, at flere roller indehaves af samme person, gruppe eller instans. I dette tilfælde er dobbeltheden tydelig: store afdelinger, der af nogle ses som udtryk for effektivisering, bedre udnyttelse af akutte beredskaber og af andre som udtryk for øget kvalitet, flere muligheder samlet på samme matrikel, ja, disse store enheder placeres af den unge såvel som hjælper og som modstander. Dette giver os dermed anledning til at gå dybere i at se på, under hvilke omstændigheder "den store afdeling" kan være modstander, og under hvilke den kan være hjælper. Dette afdækkes ikke i detaljer i NJ's oplæg. Det vil

være naturligt at undersøge, i hvor høj grad der ligger muligheder for denne udvikling i andre jordemødres oplæg, for eksempel i lederens.

NJ er socialiseret ind i den vidtfavnende opfattelse af jordemoderkunnen. Hun afrunder sit oplæg med slides, som ikke er gengivet her, men som henviser til de forskellige virkefelter, som jordemødrene på hendes arbejdsplads også burde kunne varetage, men hvor de altså er begrænset til det helt traditionelle; få og tidspressede jordemoderundersøgelser og fødselsbetjening. Hun er med andre ord socialiseret ind i sin professions historisk betingede brede virkefelt snarere end i sin arbejdsplads' reelle virkefelt. Kan vi derefter forvente en socialisering ind i arbejdspladsvirkeligheden snarere end ind i professionen hos den erfarne? Eller vil et syn på den potentielle bredde i jordemodervirksomheden gå igen hos alle oplægsholdere? Vi vil vende tilbage hertil i analyserne af de øvrige oplæg.

NJ har også en alternativ helt i sin fortælling, nemlig den gravide.

Fig. 7.3.2.1 b

Giver	Mål	Modtager
Jordemoderen, den gode fødeafdeling, private undervisere	Opmærksomhed, viden, oplysning fra jordemoderen	Det sunde barn, den raske, hele familie
Hjælper	Helt	Modstander
Jordemoderen, afdelingen, det private marked for fødselsforberedelse med mere	Den gravide og hendes familie	Manglen på tid og information, høje priser i det private og manglende udbud i det offentlige

Denne helt repræsenteres gennem præsentation af venner og familie, der klager over manglende mening med jordemoderundersøgelserne, over travlheden hos jordemødrene:

"Min egen familie, venner, som er førstegangsgravide, de spørger mig også, hvorfor det er så vigtigt, at jeg husker at komme til den der jordemodertid, fordi I trykker lidt på maven og hvad så. Og det synes jeg da også er lidt interessant".

Helten skubbes dog senere bagud igen som modtager, eller måske nærmest som mål til modtagerfeltet "jordemødre", idet NJ på et tidspunkt reflekterer over, hvorvidt det er tid til ikke længere at hævde professionens faglige ansvar, men snarere den mellemkollegiale omsorg: "

så har jeg tænkt lidt over, at nogle gange så skulle vi måske ikke have så meget fokus på, hvad er det vi gør for kvinderne. Det ser jeg også lidt en dag som i dag, et oplæg til, hvad er det vi kan gøre for jordemødrene. Hvordan er det vi får noget kvalitet ind i det vi går og laver i hverdagen, det er det som jeg kan opleve som frustrerende som færdiguddannet og jordemoder, hvordan kan jeg levere en god vare og være tilfreds med det arbejde jeg gør?" Der springes her mellem det professionelle ansvar for jordemodervirksomhedens modtager og lønmodtageridentiteten, og senere spørger NJ også: "Hvad skal vi gøre, hvad bør der gøres for os?", hvor hun ikke alene ser sig selv og kolleger, evt. forening som aktører, men også som passive modtagere af andres aktive "heltedåd". Er det arbejdsgiverne, offentligheden eller forening, hun tænker på?

7.3.2.2 Den erfarne jordemoders fortælling:

Vi vil i det følgende vise, hvorledes den erfarne jordemoders kerne er den reflekterende jordemoder, der åbner for inddragelse af kvinderne, gerne med fokus på at også de udsatte grupper bliver hørt.

Den erfarne jordemoder (i det følgende EJ) har været uddannet i 17 år. Hun har taget en Masteruddannelse og arbejder med og lægger vægt på at understrege den transition i heltestatus, som hun har oplevet gennem sin uddannelse og sit voksenliv, fra at de fødende nærmest "ville ... blive forelsket i mig", til at der i dag er en opfattelse af den fødende som "rationelle vælgende brugere", der således ikke forelsker sig, men tager hvad de har behov for – fra taknemmelighedsgæld til ret – og fra den umyndiggjorte fødende uden sit barns fader, "der sad i et træ uden for hans kones fødselsrums vindue for i hvert fald at være med og kunne se, hvad der foregik" (bilag ...), til den forbrugende gravide familie, der kræver frit valg på alle hylde.

Hun fremhæver også dette skift, der ligger i den offentlige tilgang til ydelserne, alene set i det forhold, at en undersøgelse af fødesteder i 1990'erne udkom under Forbrugerstyrelsens virke, og ikke for eksempel under Sundhedsstyrelsens.

Hendes fire historiefortællingselementer (Fog, s. 31) kan vurderes således:

Hendes fortælling rummer såvel *budskab*, som *konflikt*, *rollefordeling* og *plot*: hendes *budskab* er, at jordemødre kun kommer videre ved at arbejde tæt sammen med de fødende om at støtte dem i deres valg under ansvar for at erkende egeninteresser:

” Det der sker når det bliver et individuelt ansvar, det er, at brugerne indlysende nok vælger det de anser som det sikreste, det er i høj grad at vælge indgrebene til. Mit andet kritikpunkt er at se den her brugerindflydelse på, at det der sker, der kommer en interesselænkning, en lænkning hvor argumenter, hvor kritik bliver reduceret til egen interesse. Det er rigtig svært for jordemødre at argumentere for færre indgreb, stå ved en fødsel og sige, prøv lige at vente, du føder lige om lidt, prøv lige at se om du ikke kan klare dig uden den epidural. Det er rigtig svært, når ens argumenter i højere grad tolkes som et spørgsmål om egen interesse”.

At give de fødende en stemme er at give indflydelse og professionel udvikling til jordemoderprofessionen. *Konflikten* ligger dels i at afdelinger og arbejdspladser er pressede, men også i, at den erfarne jordemoder ikke ser professionen engagere sig i kritisk refleksion over egen praksis i forhold til den ny forbruger og den forbrugerside, som regelsæt lægger op til (de facto frit valg af det – i medicinsk henseende – nødvendige kejsersnit som et af eksemplerne):

” vi er mange jordemødre, der er opdraget i en tid hvor man har snakket naturlig fødsel og de værdier er jo ligesom en del af den måde vi tænker fødsel på. Det kunne være et eksempel på et kritikpunkt”

Rollefordelingen er klar, se Fig. 7.3.2.2 a

Fig. 7.3.2.2 a

Giver	Mål	Modtager
Reflekterende jordemødre, det offentlige sundhedsvæsen	Empowerment Demokratisering Stemme til den gravide	Brugerne
Hjælper	Helt	Modstander
Nye projekter "Kendt Jordemoder" Visionære læger	(den erfarne) jordemoder	Uvidenhed om vigtigheden af oplysning Manglende inddragelse af (svage) brugere

Der er flere helte, og de skal arbejde sammen eller være hinandens hjælpere. Kvinden og manden skal finde deres stemme og vilje og gøre sig reelt gældende i krav om en jordemoderomsorg, der både styrker og understøtter dem.

Handlingen er kampen om indflydelse, om rettigheder, men også om pligter. Den erfarne jordemoders ideal er det demokratiske samfund, hvor den svages stemme også høres:

"Jeg mener det er rigtig vigtigt, at for at undgå den form for brugerrolle vi har i øjeblikket, at vi anerkender vores brugere som aktive deltagere i den praksis vi er i. Sådan som jeg ser det, er der rigtig mange jordemødre der gerne vil og forsøger på, men synes det er rigtig svært indenfor den tænkning der er i øjeblikket, fordi vi er så presset som vi er... Så har jeg skrevet en ting til sidst, det kan godt synes lidt ved siden af, men det ligger mig rigtig meget på hjertet, hver gang man snakker demokrati, bliver det de stærkeste stemmer, der bestemmer og det er så den fare der er ved at gå den vej. Man skal sikre sig, at dem med de mindste stemmer også er repræsenteret"

Hvorledes skal de opnå at stå i modtagers rolle, eller bedre, i deres egen helterolle, med jordemoderen som hjælper og giver.

Dermed ser EJ sin rolle som en overgangsrolle i en proces, der handler om empowerment.

Når nu rollerne fordeles, er det vigtigt at understrege det ovenfor nævnte: der er flere helte, eller man kan ligesom i den nyuddannedes tilfælde vælge at skildre en alternativ fordeling af aktørerne på aktantmodellen, hvilket vi har gjort herunder i fig. 7.3.2.2 b.

Fig. 7.3.2.2 b

Giver	Mål	Modtager
Jordemoderen	Indflydelse på egen sundhed	Familien, samfundet
Hjælper	Helt	Modstander
Demokratiseringsprocesser, Bestyrelser og råd af professionelle og bruger i samarbejde	Den aktive bruger	Den gammeldags fagprofessionelle, hierarkier, de stærke over de svage.

Som hos NJ ser vi hos EJ en opfattelse af, at der er bredde i jordemoderkompetencen, som ikke udnyttes fuldt ud: hun taler om ” jordemødrenes selvstændige virksomhedsområde, der i virkeligheden er den store udfordring lige for tiden”. Hermed henviser hun ikke alene til det forhold, at der ligger mange mulige arbejdsopgaver hos jordemødre i et komplekst sundheds- eller sygehusvæsen, men også det cirkulæremæssigt fastlagte selvstændige jordemoderarbejde, som netop fastlægger en bredde for jordemoderarbejdet

7.3.2.3 Den uddannelsesansvarlige jordemoder

Vi vil i det følgende vise, hvorledes den uddannelsesansvarlige jordemoder (UJ) inddrager kompetenceudvikling og sikring af efter- og videreuddannelse som kernen i fremtidssikringen af jordemoderprofessionen.

UJ har også de fire elementer af historien i sit oplæg:

Budskabet er at jordemødre har et selvstændigt arbejdsområde, som er under pres, men som bør bestå, idet det har selvstændig værdi for kvinderne og familierne:

”Vi skal virkelig bruge den jordemoderforening til at kæmpe for vores arbejdsbetingelser, det er ikke bare vores arbejdsbetingelser, det kommer også de kvinder, de familier til gode, som vi er til for.”

Hendes *konflikter*, for der er flere, består i, at der er forskel på det ønskede og det opnåelige: Der er konflikten mellem den nyuddannedes teoretiske og praktiske kompetence:

”der går nogle rygter om, at nyuddannede jordemødre, de kan bare ikke lige så meget som dem der blev uddannet for 20 år siden. De har lidt svært ved at magte ansvaret, de har lidt svært ved at klare arbejdslivet med de skiftende arbejdstider som det jo er for en jordemoder. Men det siges også, at dem der er uddannet i dag er bedre teoretisk funderet...”

Der er også konflikten mellem bredden i virksomhedsområde og den formelle og uformelle efteruddannelse. Hun lægger – som også NJ og EJ – vægt på det selvstændige virksomhedsområde og bredden, men tilføjer også et forbehold vedrørende den faktiske uddannelsesmæssige baggrund for bredden:

” Vi specialiserer os en lille smule, der er f. eks nogle jordemødre som jeg kender til, der har specialiseret sig i gemelli-gravide, der er nogle der har specialiseret sig i ultralyd, svangreområdet, barselsområdet osv. Men efter min mening stadig en meget lille specialisering, som er uden særlig uddannelse”.

Men også arbejdet er under pres: et tidspres, et rekrutteringspres og et specialiseringspres. UJ's *rollefordeling* står uklar, se Fig. 7.3.2.3

Fig. 7.3.2.3

Giver	Mål	Modtager
Lidt uklar, men stat, Sundhedsstyrelsen, myndigheder, uddannelsesstederne	Selvstændige vidensstærke jordemødre Mindre enheder Gode vilkår for indlæring/efter-videre-uddannelse	Jordemødre, kontaktjordemødre, De fødende/brugerne, De gode offentlige institutioner
Hjælper	Helt	Modstander
Udvælgelse af potentielt gode studerende, forlængelse af uddannelse, turnusår Jordemoderforeningen	Underviseren, jordemoderen	Amerikanske tilstande Privatisering

Der er mange mulige aktører, og feltet er bredt. Hun skitserer eventuelle konflikter mellem det private og det offentlige marked for sundhedsydelser ved at sammenligne med amerikanske tilstande som et skrækscenario. På den anden side er hun åben over for, at vordende forældre ændrer deres behov, således at jordemødrene også må følge med og tilbyde nyt, for eksempel betalingsydelser:

"Det er der nogle der siger, at kvinderne gerne vil. De vil også gerne bruge penge på, at få en perfekt oplevelse, at få et barn"...

Handlingen er uafsluttet, men bygget op over tid, fra den veldefinerede jordemoderverden med fagligt dygtige og handlekraftige, om end teoretisk mindre reflekterende jordemødre, til

en omverden med krævende, kritiske, måske endda pengestærke forbrugere stillet over for unge jordemødre med det teoretiske fundament og viden om refleksionen på plads, men stejlede over for de mange fysiske og praktiske udfordringer i arbejdslivet.

Eftersom der er mange aktører i spil i UJ's indlæg, er hendes fortælling fordelt på aktantmodellen også særdeles bred. Der er lidt fra det hele.

7.3.2.4 Den ledende jordemoder

Vi vil i det følgende vise, hvorledes den ledende jordemoder ser tydelige muligheder tegne sig for en klarere jordemoderfaglig indsats i en mere opgaveorienteret struktur.

Lederen (LJ) forholder sig meget skarpt til oplægget fra Jordemoderforeningen. Der er en klar opdeling mellem ønsker og skrækvisioner, og der er et vellykket forsøg på dialog med en sal med 250 tilhørere: hvordan vil de reagere på det, som lederen opfatter som potentielt udviklende. Hun opfordrer dem derfor til at reagere med tilråb. Og det gør de.

Hendes *budskab* er, at vi står ved en korsvej. Der er muligheder for udvikling, men der skal gribes chancer, også fra givere og hjælpere, som vi ikke har regnet med, kunne hjælpe os:

"Hospitalsplanen lægger op til store fødesteder, planen er, at der skal ske sammenlægninger rigtig mange steder rundt omkring i landet og vi skal have langt større fødesteder end vi kender i dag. Det bilder jeg mig ind, at det betyder nye og bedre vilkår, det er min overbevisning.

Hvad siger I? – (buh – buh) – der skulle ikke buhes."

I LJ's optik er der en *konflikt* mellem opgaveløsningen i svangreomsorgen, som hun beskriver således:

"Nogle af de elementer der er og kommer til at have stor betydning for vores fag fremover tror jeg, det er arbejdsbetingelserne, de har ændret sig rigtig meget, fordi de gravide stiller langt større krav, de ved meget mere når de kommer til os, de ved hvad de vil ha' og det skal vi leve op til på en anden måde".

Ligeledes beskriver LJ sig som "*splittet – hvem er det jeg skal tage mest hensyn til*", de gravide og fødende på den ene side, og personalet på den anden side.

Rollefordelingen fremgår af opstillingen i aktantmodellen. Ved at følge forlægget fra foreningen ganske nøje, med en opstilling i et skrækscenario og et ønskescenario, sætter LJ to tydelige aktantmodeller op, som vi i vores efterfølgende analyse har sat op hver for sig. Se først herunder Fig. 7.3.2.4 a

Fig. 7.3.2.4 a

Giver	Mål	Modtager
Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, regionen, ledelsen på sygehuset	Status og indtjening for læge, coach og de firmaer, der udbyder service	Samfundet Kvinden
Hjælper	Helt	Modstander
Arbejdstilrettelæggelsen Akkreditering, Samling af fødesteder Kvinden og hendes partner Social- og sundhedsassistent.	Fødselslæge og coach	(Jordemødre – skønt de ikke er nævnt i den mundtlige fortælling) Ud fra en analyse af indholdet i fortællingen må de nuværende jordemødre være i konflikt med subjekt og hjælper.

Hvem er heltens egentlig i skræks scenariet? Er det stadig muligt, at det – som i NJ's alternative aktantmodel – er den gravide kvinde, der som agerende subjekt indtager denne post, eller er det snarere erstattet af en position som hjælper, idet kvinden og familien nu er hjælpere i forhold til projektet, at opnå høj lægestatus, der er subjektets objekt, eller med Fogs ord, heltens mål. Det er afgørende for denne sondring, om man anlægger en synsvinkel på lægen som et højstatus-fag. Skal vi træde et skridt baglæns og anskue dette med selvkritiske briller, er der egentlig ikke noget til hinder for, at man anlægger den samme betragtning på jordemødrene, således at kvinderne også her indplaceres som hjælpere i forbindelse med opnåelse af status?

I betragtning af jordemødres lønforhold og den menige jordemoders manglende indplacering i prestigøse forskercirkler, mener vi alligevel, at det giver mening at acceptere den udlægning, som såvel NJ, EJ, UJ og nu også LJ fremlægger: jordemødre arbejder for at opnå en god kvalitet til kvinden og dermed arbejdstilfredshed.

Dette skildrer LJ i sammenhæng med den ændrede status, som den gravide har i dag. Som også EJ understreger det, er der en ændring i retning af aktiv forbruger, bort fra den passive patientrolle. LJ fortæller:

"de gravide stiller langt større krav, de ved meget mere når de kommer til os, de ved hvad de vil ha' og det skal vi leve op til på en anden måde"

Handlingsforløbet er tydeligt adskilt i de to fortællinger. I det ene handlingsforløb er der en tydelig taber: det er jordemødrene. De er simpelthen skrevet ud af fortællingen, det barskeste, der kan tænkes for en aktør, i hvilken som helst aktantposition: forlad venligst scenen! Her er kun læger, coaches og social- og sundhedsassistenter. Vi vælger at tolke at jordemødrene derefter står på en hård plads: modstanderpladsen. I det andet *handlingsforløb* findes ingen tabere, se fig. 7.3.2.4 b

Fig. 7.3.2.4 b

Giver	Mål	Modtager
Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, regionen, fællesskabet i ledelsen på sygehuset	Kvalitet, glade forældre og glade jordemødre, der kan fastholdes, en selvstændig profession	Kvinderne Samfundet og arbejdsfællesskabet
Hjælper	Helt	Modstander
Arbejdstilrettelæggelsen Akkreditering, Samling af fødesteder Medarbejderne I ønskescenariet: andre professioner	Jordemoderlederen	Medarbejdere påvirket af dårligt arbejdsmiljø, regionen (pga. pengemangel) "coaches"

– det skulle da lige være fødselscoachen, en ikke certificeret terapeutgruppe med varierende kursusbaggrund og endnu relativt begrænset selvbetalende kundekreds, der må formodes at blive overflødiggjort af jordemødre med tid til fordybelse i den enkelte families behov og alskens teknikker, som kvinderne kan vælge sig ind på.

Alle andre aktanter står på en vinderplads. Modstand skildres ikke nøje i denne opsætning af fortællingen (fig. 4b), men en leder i sundhedsvæsenet af i dag kan næppe helt fraregne et overordnet pres på økonomien en plads som modstander i udvikling af nye tiltag, noget som fortællingens struktur for jordemodervæsenet må rubriceres som. Udgiftsneutral vil en opbygning som begge de skitserede ikke være.

Vi ser i begge lederens scenarier en beretning, der lægger vægt på mulighederne i samling i større enheder. Hendes indsats koncentrerer sig om – med øje for den udbudte kvalitet – at muliggøre ønskescenariet, og bevare "jordmodervæsenet". Hun er den eneste af de fem oplægsholdere, der overhovedet anvender ordet "jordmodervæsenet":

"Og så skal vi selvfølgelig tænke, hvad er det for nogle behov, vores brugere har og til allersidst huske at tilrettelægge jordmoderarbejdet sådan, så vi bevarer jordmodervæsenet".

Måske ikke så underligt, al den stund hun som leder er sat til at videreføre den oprindelige forvaltningsenheds opgaver, se afsnit 4.5 om perioden 1974 – 2007, i det nye regionale sygehusvæsen. Vi vælger dog at tolke anvendelsen af ordet som et eksempel på, at lederen forholder sig til institutionen "jordmodervæsenet", den ubrudte videreførelse af regler, normer og procedurer, der kendetegner den struktur, som indførtes i 1974 med centerordningen. En ordning, LJ også henviser til lidt tidligere i sit oplæg, når hun anvender ordet "jordmodercentret" i forbindelse med ønskescenariet. Hun henviser således med sit ordvalg til den forståelsesramme som de ældre jordemødre i salen er fortrolige med, samt giver den ny betydning, idet den oprindelige centerordning med de seks til otte jordemødre aldrig fik den tætte følgefunktion i forhold til kvinden, som LJ nu ønsker at forsøge sig med.

At LJ undgår enhver tale om finansiering af sine forslag, tolker vi som et forsøg på at vinde opslutning om en nyfortolkning af teamstruktur og opslutning om "Kendt Jordmoder" ordninger⁵⁶. Det er uden tvivl nødvendigt at arbejde på mange planer for at sandsynliggøre for bevilgende myndigheder, at der kan være tale om en vind-vind situation, dersom man ofrer mere på forebyggelse til gravide, og hun kan have formodet, at skal man inspirere et medlemsmøde i Jordmoderforeningen til udvikling af professionen, så må man i dagens anledning glemme det gustne overlæg.

⁵⁶ "Kendt Jordmoder" ordninger er vagtformer, hvor jordemødre arbejder to á tre sammen om en gruppe kvinder på pr. jordmoder for eksempel årligt 60 fødende (med alt det arbejde det indebærer). Således vil både familier og jordemødre opnå at kende hinanden tættere til fødslen end i dag, hvor det de fleste steder er en for kvinden ukendt jordmoder eller flere, der bistår ved fødslen. Det antages at have positiv betydning for fødselsoplevelsen og måske også for komplikationsfrekvensen, at kvinden er tryk ved jordmoderen og kender hendes måde at udtrykke sig på. Det letter også arbejdet for jordmoderen betydeligt, idet en stor del af en jordmoders arbejde består i den uhåndgribelige opgave, det er på kort tid at lære to andre mennesker intimt at kende. En række projekter er undervejs, og et enkelt er slutevalueret for at blive overført til drift.

7.3.2.5 Forskningsjordemoderen

Vi vil i det følgende vise hvorledes forskningsjordemoderen ser forskning og alle trin på vejen hertil som midlet til professionsudvikling og dermed en bedre positionering af jordemoderprofessionen.

Forskeren (FJ) fortæller om sin vej ind i forskerverdenen, men også om det efterhånden – relativt til professionens samlede omfang – store felt af forskere, vi kan ”mønstre” i Danmark.

Hendes *budskab* er, at forskning er spændende, jordemoderrelevant og livsnødvendig for en profession. Hun skildrer sin udvikling over nysgerrigheden og virkelysten i forhold til U-landsarbejde:

”Jeg har taget lidt tropemedicin på Panum Institutet fordi jeg troede, at jeg skulle ud med ”læger uden grænser”, men så blev jeg gravid, og så skulle jeg ikke til troperne. Så har jeg taget noget sundhedsantropologi, fordi jeg synes, at vores fag i den grad manglede måder at udtrykke de ting vi kalder jordemoderfaglig omsorg på. Og jeg opdagede hurtigt, at lægerne ikke var dem der havde de bedste videnskabelige metoder til at kunne dokumentere det som er unikt for jordemodervæsenet”.

Her ser vi så også hendes *konflikt*: hun finder simpelthen ikke den rette forskertilgang til jordemoderiet, som hun benævner det.

”Og det er jo fantastisk velbegavet, at vi i Danmark endnu ikke har præsteret at kunne lave en uddannelse, som er bedre for jordemødre og som indeholder flere forskellige metoder end kun lægefaglige og filosofisk forskning. Jeg håber meget, at vi efter i dag bliver enige om, at vi måske skal til at lave en uddannelse som er mere specifikt målrettet det vi gerne vil arbejde med, med et bredt udvalg af de metoder vi kan anvende.”

Rollebesætningen fremgår af hendes aktantmodel. Den forskende jordemoder er subjektet, der kæmper sin kamp for sit projekt. Se fig. 7.3.2.5

Fig. 7.3.2.5

Giver	Mål	Modtager
Regioner/arbejdsgivere Ledere Forskningsenheder Fonde	Højnelse af uddannelse/viden, evidensbasering af praksis, bedre graviditeter og fødsler	Kvinderne/familierne Samfundet og jordemødrene selv
Hjælper	Helt	Modstander
Den personlige erfaring, Nysgerrighed Forbilleder Trangen til selvscenesættelse Kolleger, antropologer/læger, dvs. andre forskere med andre traditioner. Kvinderne, der muliggør forskningen	Forskeren Forskeraspiranten	Pengemangel Ledere eller afdelinger, der ikke ser behovet for uddannelse Et fastlåst videnskabssyn

En samlet handling er det som i de andre fire oplæg svært at afrunde, i sagens natur. Men det forsøges ikke desto mindre af FJ: hun bruger lang taletid på at fortælle om en række fuldførte projekter på ph.d. niveau, og hun gør en dyd af at få det til at lyde ligetil at gå om bord i forskningsprojekter: Hun fortæller om centrale aktiviteter for jordemødre, der bliver første forskningsobjekt mange steder i verden, nemlig episiotomierne (klip i mellemkødet):

"Jeg synes, vi moralsk og etisk er forpligtet til at udvikle vores praksis. Vi er nødt til at kigge på, gør vi noget som er forkert. Et meget klassisk eksempel er episiotomierne som vi indførte i 50'erne, 60'erne og 70'erne. Vi klippede alle kvinderne, fordi vi troede det var godt". Det måtte bestemt være et fejldesign, fordi vi ikke var født med en lynlås, så derfor klippede vi damerne og syede dem sammen igen, i troen om, at det var bedre for deres mellemkød og deres sexliv og deres knibefunktion. Så begyndte videnskaben at komme ind i vores fag."

Disse studier bevæger sig i de første år i en medicinskfaglig forståelsesramme, men efterhånden udvikles også den selvstændige jordemoderfaglige forskning.

"Jeg tror, at jordemoderfaglig forskning, som er tænkt af jordemødre, er bedre end obstetrisk forskning, som er tænkt af obstetrikere. Så handler det om at have nogle forbilleder. Der har heldigvis været en tradition indenfor jordemoderskolerne om, at vi har fået akademiseret vores egne undervisere, vi har efterhånden nogle undervisere der har taget master, kandidat studier, nogle, som har været dygtige og nogle, som forhåbentlig giver ilden videre til de unge i faget. At man godt kan arbejde akademisk med sit fag som jordemoder. Så handler det også om tid og økonomi. Hvis man vil forskning, så er man nødt til at have nogle stipendiater, så folk ikke skal kæmpe hele tiden for at få løn til næste måned"

Og jordemødre er nødt til alt dette, og skal bare turde det, fordi:

"Så er der et ufravigeligt krav i lovgivningen om, at jeg arbejder evidensbaseret, vi er nødt til at have en fødselsomsorg, der baserer sig på god viden og i hvert fald ikke gør vores brugere skade, hvis vi kan lade være"

Det er dog påfaldende, at FJ med sit oplæg samtidig indlejrer en ironisk distance til sit eget budskab. Hvis hun ønsker, at jordemødre skal ville forske, kan det virke påfaldende, at hun med let hånd går hen over den vanskelige proces med at dokumentere "hvad alle ved".

Vi tager ikke hermed en egentlig inddragelse af ironien som fortællingselement ind. Det vil kræve en udfoldelse af det teoretiske apparat omkring narrativer, som vi har valgt ikke at anvende, men vi bringer dette, flere steder hendes oplæg meget synlige, element op, fordi vi i det kan tolke det som, at FJ kommer sine kolleger i salen i møde; indforstår sig i fagprofessionens fællesskab og selvopfattelse, underforstået, at vi er alle jordemødre, der

selvfølgelig kender sandheden, og i virkeligheden er det fjollet at bruge så lang tid på at underbygge det. Men de uforstandige i det omgivende samfund kræver det...

Eksempelvis siger hun:

*"Så har vi ..., som er blevet færdig, hun har siddet og til **ingens store overraskelse** fundet ud af, at ... Men det har hun brugt 3 år på at finde ud af".*

Vi kan dog også tolke det som en imødekommende munterhed, der beroliger den jordemoder, som sidder i salen eller som en gave: I dag skal hun ikke være benovet og angst for udfordringen, hun skal have lyst til forskning, for det er let, og sjovt.

7.3.3 Delsammenfatning på aktantmodellerne/den narrative analyse.

Hermed har vi afrundet analyserne på aktantmodellen og vi vender nu tilbage til den tidligere nævnte anvendelse af berettermodel i henhold til Fog

Med udgangspunkt i Fogs *fortællemodel* eller *berettermodel*⁵⁷ finder vi nuanceforskelle mellem de fem oplægsholdere. Men det er næppe relevant at anvende berettermodellen for hver enkelt i denne kontekst, idet der på spørgsmålet: "hvordan forestiller du dig jordemoderarbejdslivet om 25 år" ikke er leveret en afsluttet beretning for hver enkelt af fortællerne. Derfor vender vi tilbage til berettermodellen her efter vores gennemgang af alle fortællingerne, dog således at vi ser på de tre oplæg, der færdes i det daglige jordemoderliv koncentreret om det, vi – i en givetvis for kortfattet form – her vælger at kalde kerneydelsen. Samler vi de to basisjordemødre, den nyuddannede jordemoder og den erfarne jordemoder, og sætter dem sammen med den ledende jordemoder, så giver det mere end én fortælling at forholde sig til. Fog bruger storytelling, historiefortælling, som et værktøj i kommunikation internt i en virksomhed eller som strategisk værktøj til corporate branding, som vi har været inde på. Er de fortællinger, som jordemødrene fortæller, af en sådan karakter, at de kan fungere i en indsats for at samle professionen til fælles indsats eller fremme corporate branding processen for jordemødre?

Den nyuddannede, den erfarne og den ledende jordemoder deler anslaget: der er kvinder der skal føde. Det er en god start. Den har været brugt mange gange siden Lukas-evangeliet. I en anden version af den fælles fortælling for de tre jordemødre fremgår det andet anslag: der

⁵⁷ Fog, 2004, p.55

er jordemødre i fare! Heller ikke en dårlig appetitvækker, jordemødres kognitive legitimitet taget i betragtning.

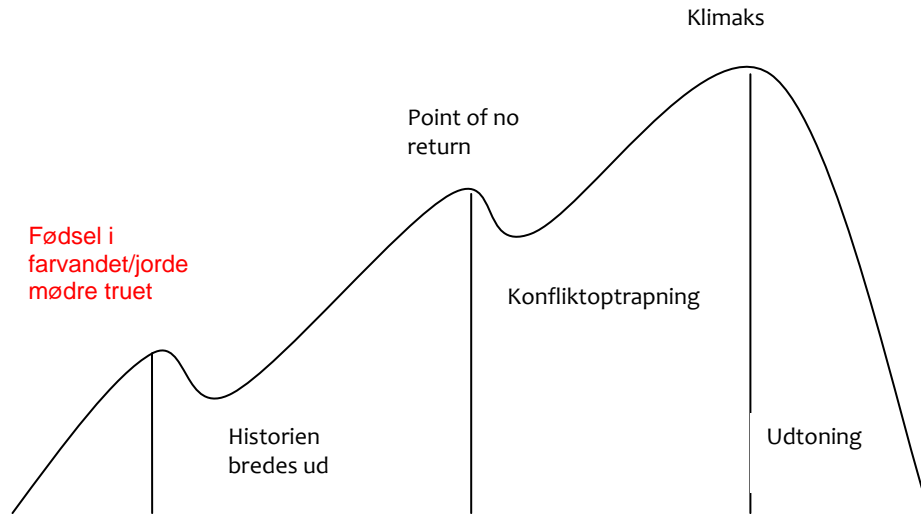
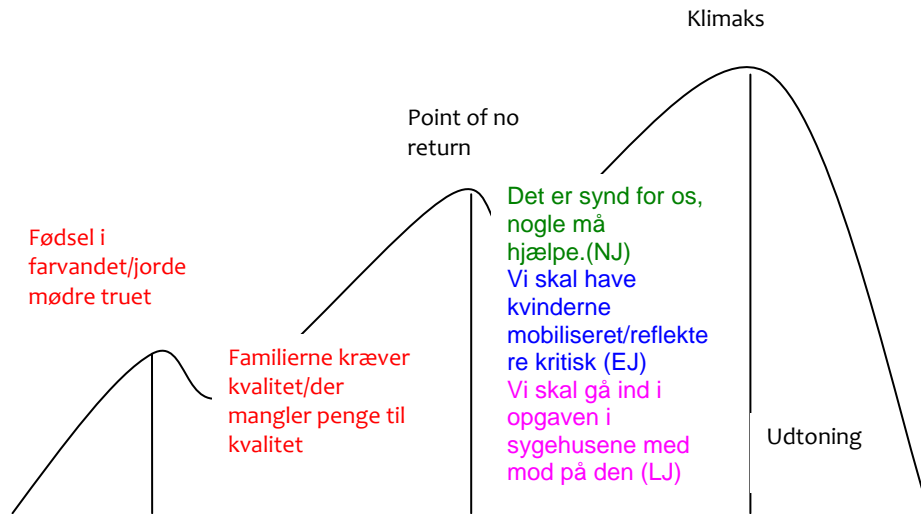


Fig 7.3.3. a

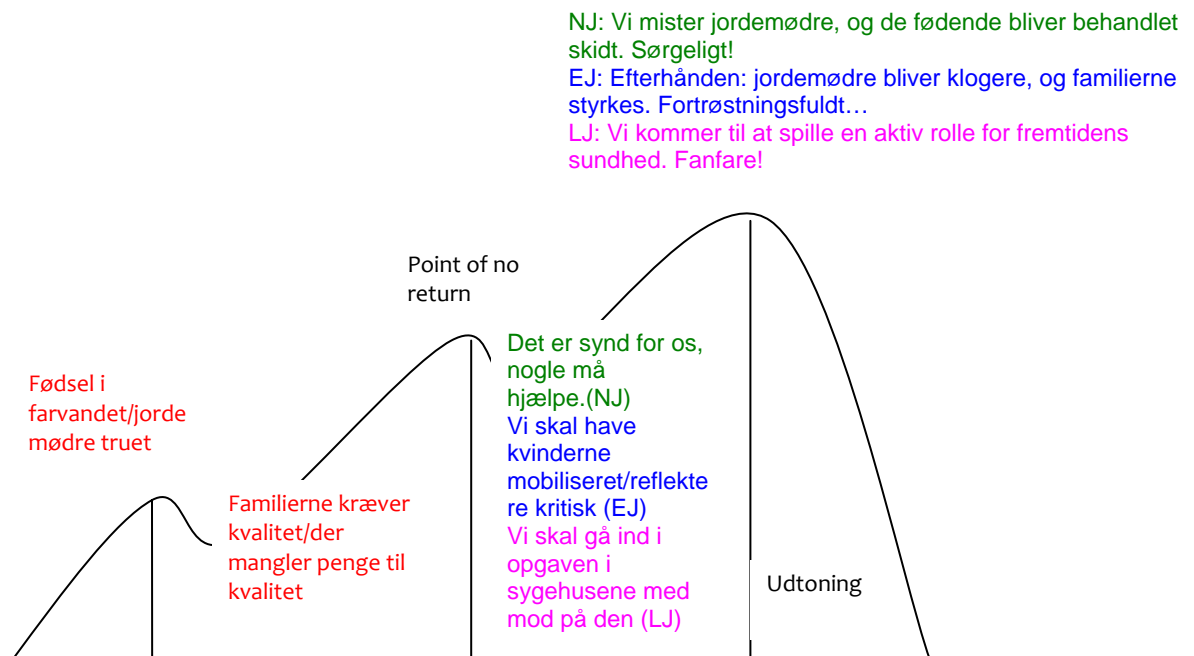
Derefter breder jordemødrene fortællingen ud: Der fortælles om krav fra kvinder (fælles) genvordigheder i økonomisk forstand (fælles) og vi nærmer os punktet, hvorfra historien kun kan bevæge sig fremad efter sin egen inerti, point of no return, frem mod konfliktoptrapningen.

Her skilles fortællingerne. Den nyuddannede jordemoder ser behovet for at stå på krav om fokus på jordemødre selv. "noget skal gøres for os". Den erfarne jordemoder ønsker alliancer med borgerne, og den ledende jordemoder vil manøvrere strategisk i sygehusfeltet. Nu er intet jo helt skarpt, men anvendeligheden af berettermodellen ligger netop i den klarhed, som overdrivelsen fremmer.

Vi ser lige, hvordan det går, fig. 7.3.3.b



Klimaks i de tre fortællinger er atter forskelligt. Nu står den nyuddannede jordemoder alene om sin relativt mørke vision, mens de to andre egentlig giver udtryk for en mulig happy end: Vi kommer igennem denne krise, uden som den nyuddannede jordemoder antyder, at tabe folk fra professionen; fig. 7.3.3 c



Vi vil ikke i denne afhandling fortolke på vores materiale, hvorledes denne udfyldning af berettermodellen kan anvendes i enten udadvendt branding øjemed eller internt i

”virksomhederne”, men vi finder det åbenlyst, at anvendelsen af berettermodellen på en anden måde end aktantmodellen kan understrege forskelle og ligheder i strategiske eller taktiske overvejelser inden for en profession.

7.3.4 Delsammenfatning på den narrative analyse.

Vores gennemgang viser, at såvel aktantmodel som berettermodel, og også – hvad vi postulerer her, men ikke har eksemplificeret i denne gennemgang, så det må stå for en nærmere efterprøvning i professionens egne sammenhænge – en aktiv indsamling og bearbejdning af historier i en virksomhed/et arbejdsfællesskab, vil kunne anvendes aktivt i en gennemgang af, hvilke skridt man ønsker at tage i professionsudvikling.

Undervejs i arbejdet med aktantmodellen er det blevet klart for os, at den er en metode, der kræver såvel fantasi som disciplin. Det er fristende at bøje ethvert udsagn ind i det, man kan have med sig som forudfattet mening om en genstand eller et problemfelt. Men tester man sine teser ved systematisk indplacering af aktøren i de forskellige positioner i aktantmodellen eller forløb i berettermodellen, så vil man opleve en forklaringskraft i modellen, der står mål med arbejdet, og som forventeligt vil tilføre ny viden til genstandsfeltet.

7.4 Legitimitet

Vi vil gennemgå legitimitetsperspektivet relativt overordnet og gå i detaljen med fortolkning i forhold til vores empiri i efterfølgende analyseafsnit, afsnit 7.5

Vi har valgt at arbejde med legitimitetsperspektivet ud fra Suchmans arbejde om legitimitet i undersøgelsen af vores problem, og det begrundes vi således: Strategisk eller institutionel tilgang, legitimitet er uomgængeligt i arbejdet med organisationer. Legitimitet kan betragtes som et samlebegreb, der giver mulighed for en samlet bedømmelse af organisationens vision, mission og strategi. I en afhandling, der som denne ønsker at kunne vurdere Jordemoderforeningens indsats for at sikre udvikling inden for jordemoderprofessionen, er en tilgang til begrebet legitimitet derfor uundværlig.

Vi ser, med baggrund i Mark Suchmans arbejde, en indgang til legitimitet fra to sider:

1. en strategisk tradition, der arbejder med en styringstilgang til legitimitet: der arbejdes med en bevidst indsats til opnåelse af mål
2. en institutionel tradition, hvor man mere på afstand af konceptet understreger, hvorledes brede bevægelser i organisationer genererer et kulturelt pres, der dominerer over den bevidste indsats.

Han præsenterer et teoretisk overblik over legitimitet, hvor han indleder med en definition, beskriver dernæst mulige fortolkninger og afrunder med at diskutere forskellig retorisk tilgang til legitimitet.

En definition på legitimering som udgående fra et klassisk hierarkisk system (ad 1. ovenfor) lyder: *"Legitimering er den proces, hvorved en organisation retfærdiggør over for ligestillede eller overordnede systemer dens ret til at eksistere"*⁵⁸. Senere definitioner rummer en mere systemisk forståelse af organisationers arbejde med legitimitet som drevet af behovet for kulturel konformitet, snarere end drevet af åben selvretfærdiggørelse: *"organisationer er legitime, når de er forståelige, snarere end når de er ønskelige"*⁵⁹.

Suchman bevæger sig ad en midtterrute mellem det strategiske legitimitetsarbejde som en villet, beregnet, mod strømmen handling på den ene side og på den anden side den institutionelle tilnærmelse, der ser legitimitet som lig med institutionalisering, hvor adgangen til ressourcerne bliver et biprodukt snarere end målet for legitimeringsarbejdet.

Organisationer står i dagligdagen over for både strategisk operationelle udfordringer og institutionelt konstitutivt pres: hvad skal vi aktivt kæmpe for, og hvor udøver vores omverden et pres, så vi indordner os konformitet og isomorfi.

Suchman opstiller tre typer af legitimitet: Pragmatisk, moralsk og kognitiv legitimitet. Alle tre typer rummer en opfattelse af, at organisatoriske aktiviteter er såvel ønskelige som passende inden for socialt konstruerede systemer af normer, værdier, overbevisninger og definitioner, men hver type hviler på sin egen ramme af adfærdsmønstre.

I det følgende en kort gennemgang:

Pragmatisk legitimitet:

⁵⁸ Suchman, p 573

⁵⁹ Suchman, ibid

- *Byttelegitimitet*, noget for noget, offentligheden ses nærmest som en valgkreds. Arbejdet for at opnå legitimitet kan rubriceres som en nødvendighed.
- En anden variant er *indflydelseslegitimitet*, hvor organisationen arbejder for at opnå indflydelse gennem at gøre publikums ønsker til egne
- En tredje form for pragmatisk legitimitet, den *dispositionelle legitimitet*, hvor ifølge Suchman organisationer personificeres og tillægges karakteregenskaber.

Moralsk legitimitet: Moralsk legitimitet afspejler en normativ bedømmelse af organisationen og dens aktiviteter. En af dimensionerne er

- *konsekvenslegitimitet*: gør organisationen det rette? Den bedømmes på sine resultater.
- En anden form af moralsk legitimitet kalder Suchman for *procedure-legitimitet*. Hold dig til det forventede, konforme, tilpasning til idealet.
- *Strukturel legitimitet*: Tillæg organisationen let genkendelige, alment accepterede træk, der forbindes med det rette, med idealet.

Den fjerde dimension i moralsk legitimitet, *personlig legitimitet*, beskriver Suchman som, at organisationen arbejder med at have den rette frontfigur: Risikoen forbundet hermed kan være forbigående legitimitet, risiko for afbrudt indsats; en leders personlige indsats for ændringer, skønt udført i en kollektiv ramme, kan medføre en risiko for, at lederen ender som syndeboek:

Kognitiv legitimitet: Denne form deles op i

- *forståelseslegitimitet*, der sætter en organisation og dens mål ind i et mønster, der giver mening i kaos for offentligheden, og
- *en tagen for givet legitimitet*, hvor andre måder at handle på end den valgte simpelthen forekommer uforståelige.

Disse typer af legitimitet eksisterer side om side i den virkelige verden og ikke altid til at skille fra hinanden. Når det alligevel giver mening at arbejde med disse former, er det fordi der kan ses en kæde fra den ene kategori af legitimitet til den anden til den tredje. Det kan være relativt enkelt at angle efter pragmatisk legitimitet: En politiker vil opnå legitimitet og lover derfor sine vælgere at give skattelettelser efter valget. Også moralsk legitimitet kan opnås

gennem en aktiv indsats og en italesættelse, men det kan også hænde, at netop handlinger som politikerens giver bagslag, og mindsker den moralske legitimitet. Kognitiv legitimitet implicerer derimod oftere utalte regler, og alt for tydelig italesættelse risikerer at sætte den legitimitet, der er taget for givet, over styr.

Dermed antyder Suchman, at legitimitet fra den pragmatiske over den moralske til den kognitive legitimitet gradvist bliver sværere at indfange og at manipulere, men det bliver også mere klart, at har man én gang opnået legitimitet, er det mere sandsynligt, at man ikke mister den let. Legitimitet tabes ikke ved et enkelt fejltrin, men forsvinder sikkert og roligt ved en række af forkerte aktiviteter. "Legitimitet er således elastisk overfor enkelthandlinger, men afhængig af en samlet historie af tidligere handlinger"⁶⁰ (efter Suchman, fra Nielsen, 1998).

At opnå legitimitet kræver, som det må fremgå af gennemgangen af typerne af legitimitet, en række indsatser. Organisationen kan arbejde med at tilpasse sig omgivelserne, udvælge sine udfordringer, manipulere sine omgivelser, og for at fastholde legitimitet må der arbejdes for at fornemme forandringen, beskytte erhvervede evner og opbygge goodwill og støtte.

Suchman foreslår intensiv fortsat forskning i legitimitetsstrategier, f.eks. gennem interviews og narrativ analyse heraf.

Vi vil ikke antyde, at vores afhandling kan bidrage til forskningsafklaring. Men vi tillader os at erklære os enige med Suchman. Der er trods de meget vide fortolkningsmuligheder i feltet absolut basis for detaljerede studier, i særdeleshed for en interesseorganisation som Jordemoderforeningen.

⁶⁰ Suchman, gengivet efter Nielsen, J.M. 1998

7.5. Legitimitetsanalyse af fem fortællinger om professionsudvikling

I det følgende ønsker vi at gennemgå de træk i de fem oplæg, som vi tolker som udtryk for strategisk eller institutionel tilnærmelse til legitimitet. Vi har valgt at stille det op, så det følger vores teoretiske gennemgang af Suchman.

Vi tager som Suchman et samlet blik på legitimitet som en stræben efter legitimitet som en villet proces, en legitimitetsstræben, eller en institutionel tilpasning til omgivelser, til tidens normer og herskende opfattelse. Ved at stille skarpt på vores empiri i relation til de forskellige typer af legitimitetsstræben eller passiv tilnærmelse til legitimitet får vi nye oplysninger om mål og midler hos vore fem oplægsholdere, set som fem mulige kategorier af jordemødre. Vi vil dog understrege, at legitimitet ikke entydigt kan tillægges det talende subjekt selv. I nogle af de udsagn vi trækker frem, finder vi udtryk for at andre eller andet tillægges legitimitet. Vi vælger alligevel at trække disse udsagn frem, fordi de er med til at betone, at arbejdet med legitimitet består i at se rundt i hele det felt, i hvilket man befinder sig.

Pragmatisk legitimitet:

- *Byttelegitimitet*, noget for noget, offentligheden ses nærmest som en valgkreds. Arbejdet for at opnå legitimitet kan rubriceres som en nødvendighed.

Den uddannelsesansvarlige jordemoder fortolker på kvindernes behov inden for denne kategori:

"Kvinderne vil i hvert fald, i forhold til det jeg har snakket med folk om, gerne bruge lidt penge på at få lidt mere ro og service, vide hvad der foregår, den omsorg som vi taler så meget om, at de vitterligt også har mulighed for at få den.

Det er der nogle der siger, at kvinderne gerne vil. De vil også gerne bruge penge på, at få en perfekt oplevelse, at få et barn..."

Vi ser her et bud på, hvorledes jordemødre foreslås at forholde sig til opnåelse af legitimitet ud fra en noget-for-noget holdning: Nogle kvinder har et behov, og de er villige til at betale, så jordemødre, vær parat til at udnytte denne mulighed.

- En anden variant af pragmatisk legitimitet er *indflydelseslegitimitet*, hvor organisationen arbejder for at opnå indflydelse gennem at gøre publikums ønsker til egne kommer fra den erfarne jordemoder:

"Jeg synes, at en af de væsentlige faktorer i forhold til at skulle udvikle vores profession, det handler om vores forhold til vores brugere. Prøve at imødekomme det problem, at vi griber så meget ind i graviditeten og fødslen. Jeg synes, at en væsentlig faktor er den nuværende demokratiseringsform".

Her ser vi et udtryk for såvel byttelegitimitet og indflydelseslegitimitet: imødekom brugerbehov, gerne med et tilbud om større indflydelse på processerne. Det vil øge jordemødres legitimitet.

Dog siger den samme oplægsholder:

"Det der sker i dag er, at vi står med nogle brugere, der kræver frit valg på eksempelvis kejsersnit, og der er en tendens til, at de her krav skal imødekommes med kontrakter"

Her giver hun tilsyneladende udtryk for samme form for legitimitetsstræben, men da konteksten afslører, at hun er uenig i tendensen, er hun snarere afstandtagende til denne tendens, som efter hendes mening risikerer at sætte jordemødres legitimitet over styr.

- En tredje form for pragmatisk legitimitet, den *dispositionelle legitimitet*, hvor ifølge Suchman organisationer personificeres og tillægges karakteregenskaber.

Vi finder, at forskeren giver udtryk for, at organisationer kan have dispositionel legitimitet, idet hun i en opfordring til at få sat flere i gang med ph.d. studiet udtaler:

"Jeg synes også, at CVU'erne har en forpligtelse om, at få skudt en studerende af sted. Ålborg har gjort det i en periode og København er i gang, Esbjerg har også, så de 3 CVU'er vi har i dag, har faktisk en ph.d. studerende i gang. Jeg håber også, at fødestederne i fremtiden kommer til at skyde nogle i gang, og at fødestederne kan konkurrere lidt med hinanden om, hvem har den bedst uddannede arbejdsmasse."

Ved at se på uddannelsessteder og arbejdspladser som enheder med forpligtelser og konkurrencementalitet får forskeren tillagt, eller understreget at hun selv tillægger, de pågældende organisationer dispositionel legitimitet.

Moralsk legitimitet: Moralsk legitimitet afspejler en normativ bedømmelse af organisationen og dens aktiviteter. En af dimensionerne er

- *Konsekvenslegitimitet: gør organisationen det rette? Den bedømmes på sine resultater.*

Her ser vi et udsagn fra forskeren, der fremhæver, at vi er ”*moralsk og etisk forpligtet til at udvikle vores praksis*”. Hun fortsætter med en redegørelse for en faglig praksis, der har været gjort til genstand for udbredt forskning, nemlig forskning i episiotomiens (skade)virkning. Den enkelte organisation eller måske lidt bredere, jordemoderinstitutionen, tillægges konsekvenslegitimitet igennem at vurdere egen praksis fortløbende.

- *En anden form af moralsk legitimitet kalder Suchman for **procedure-legitimitet**. Hold dig til det forventede, konforme, tilpasning til idealet.*

Tillæggelse af denne form for legitimitet finder vi hos den ledende jordemoder. Hun er klar over kravet om tilpasning; hvis kravet er store enheder, så må jordemodervæsenet skulle rummes heri:

”Hospitalsplanen lægger op til store fødesteder, planen er, at der skal ske sammenlægninger rigtig mange steder rundt omkring i landet og vi skal have langt større fødesteder end vi kender i dag. Det bilder jeg mig ind, at det betyder nye og bedre vilkår, det er min overbevisning.

Hvad siger I? – (buh – buh) – der skulle ikke buhes. Nogle af de elementer der er og kommer til at have stor betydning for vores fag fremover tror jeg, det er arbejdsbetingelserne, de har ændret sig rigtig meget, fordi de gravide stiller langt større krav, de ved meget mere når de kommer til os, de ved hvad de vil ha´ og det skal vi leve op til på en anden måde”

- *Strukturel legitimitet: Tillæg organisationen let genkendelige, alment accepterede træk, der forbindes med det rette, med idealet.*

Den nyuddannede jordemoder fremhæver, at jordemødre skal gå på banen for at ”blære os med det vi kan, vi kan en hel masse”, hvormed hun henviser til den legitimitet som jordemødre tillægges i kraft af igennem tiår at have ligget meget højt i adgangskrav til uddannelsen. Hvis idealet er ”ug-pigen”, så brug det, mener hun, men underbygger sit udsagn med en opfordring til at arbejde aktivt på at få gode argumenter herfor. Det er altså ikke nok at have et idealbillede af jordemoderen, den nyuddannede jordemoder mener, at vi skal arbejde med konkret professionsudvikling for at bevare dette billede. Dette udsagn fra den nyuddannede jordemoder kan dog også læses som en form for pragmatisk legitimitet, se i skemaet herunder.

- Den fjerde dimension i moralsk legitimitet, personlig legitimitet, beskriver Suchman som, at organisationen arbejder med at have den rette frontfigur: Risikoen forbundet hermed kan være forbigående legitimitet, risiko for afbrudt indsats; en leders personlige indsats for ændringer, skønt udført i en kollektiv ramme, kan medføre en risiko for, at lederen ender som syndebug:

Vi finder, at det ligger i sagens natur, at vi ikke finder denne form for legitimitet udtrykt i nogle af oplæggene, idet oplægsholderne er blevet bedt om at tale om professionsudvikling, ikke specielt ledelse. Det havde måske været at vente, at den ledende jordemoder i højere grad havde haft for øje, at en frontfigur har en betydning i for eksempel den lokale jordemoderorganisations legitimitetsbillede. Selv om gisninger ligger uden for analysen, så tillader vi os at tolke at netop den ledende jordemoders oplæg til en sal med hele bredden af jordemodervirksomheden til stede gør, at hun retter sit fokus mod kernefortællingen og de to versioner, skrækken og ønsket.

Kognitiv legitimitet: Denne form deles op i

- forståelseslegitimitet, der sætter en organisation og dens mål ind i et mønster, der giver mening i kaos for offentligheden.

Vi finder denne legitimitetsform gengivet ganske mange steder i oplæggene, f.eks. hvor den nyuddannede jordemoder udtaler: *"Vi er jo en god historie, fødsler er en god historie"*, og hvor den erfarne jordemoder udtaler: *"når jeg kom ud som jordemoder ville de fødende blive forelsket i mig, jeg kunne risikere det. Når jeg fortalte folk, at jeg skulle være jordemoder så fik de "julelys" i øjnene"*. Den ledende jordemoder udtaler – til en sal fuld af jordemødre og studerende, der er socialiseret ind i jordemoderprofessionens lange historie: *"Og så skal vi selvfølgelig tænke, hvad er det for nogle behov, vores brugere har og til allersidst huske at tilrettelægge jordemoderarbejdet sådan, så vi bevarer jordemodervæsenet"*. At indlæse kognitiv legitimitet i dette udsagn kan virke lidt modsætningsfyldt. Kognitiv legitimitet kan ifølge Suchman ikke vindes ved aktiv indsats. Den er resultatet af en lang institutionel påvirkning. Men netop det forhold, at jordemoderprofessionel har kognitiv legitimitet kan udlæses af andre forhold, f.eks. det forhold, at jordemødre stadig scorer højt på skalaen over de mest prestigefyldte professioner i Danmark, som nummer syv på en liste med 100 professioner⁶¹. Og når den ledende jordemoder udtaler sig om *"jordemodervæsenet"*, så

⁶¹ <http://www.ugebreveta4.dk/2006/36/Baggrundoganalyse/Danskernesnyerangorden.aspx>

udtaler hun sig ikke om den forvaltningsenhed, der stort set er forsvundet, men om den institution, der har kognitiv legitimitet. Hvilket salen reagerede på med bragende bifald.

- en tagen for givet legitimitet, hvor andre måder at handle på end den valgte simpelthen forekommer uforståelige.

Denne form for legitimitet forekommer også i de fem oplæg, nemlig hvor den nyuddannede jordemoder udtaler: "*Jeg synes, det er mærkeligt, at jeg skal sidde og henvise dem til at opsøge fødselsforberedelse i det private, når det egentlig er mit fagområde, at kunne det, at kunne yde og give dem det*". Det er hendes fagområde. Sådan er det bare. Der kan ikke stilles spørgsmålstejn ved det.

7.6 Delsammenfatning, herunder diskussion i forhold til CASA

Det giver god mening at se på typer af legitimitet. Vi ser netop i disse oplæg en vifte af udsagn om, hvorledes jordemoderprofessionen opfatter legitimitet, ser sig som havende legitimitet, vedligeholdende legitimitet eller udbedrende legitimitet.

Vi har ladet os inspirere af Suchmans artikel om legitimitetsstrategier til at opstille et skema svarende til hans opstilling. Vi har i forhold til Suchmans skema udeladt den overordnede legitimitet uden specifik kategori, idet vi ikke har arbejdet med at finde udsagn fra vores empiri uden at kategorisere dem i en af de tre hovedformer og underformer.

Af hensynet til omfanget af et skema baserer vi denne kategorisering på vores fortolkning af empirien, ikke på direkte citater.

Den ressource, som legitimitet er, tildeles af omverdenen. Jordemødre kan gøre en indsats for at opbygge den, og de kan forsøge at henvise til den allerede bestående legitimitet, og udnytte ressourcen. Men kræve den som en hævdvunden ret, fordi de er jordemødre og kender deres historie, vil ikke hverken opnå, vedligeholde eller udbedre legitimitet.

CASA rapporten undersøger jordemødres arbejdsmiljø. Det er en overvejelse værd, om det forhold, at jordemødre kommer under lup for dårligt arbejdsmiljø, udbrændthed, slid og utryghed kan være med til at påvirke den kognitive legitimitet, der ser ud til at være

jordemødres stærkeste ressource. "Vi kan noget unikt!" rimer dårligt med "Men det er synd for os".

Netop dette skisma peger på behovet for en ledelsesindsats på såvel det nære, fagprofessionelle som det strategiske niveau, udgående fra jordemoderprofessionen.

Fig 7.6 Jordemoderprofessionens legitimitetsstrategier:

	Opnå	Vedligeholde	Udbedre
Pragmatisk legitimitet	<p>Jordemødrene skal</p> <ul style="list-style-type: none"> - orientere sig i forhold til brugerønsker og sundheds- og sygehusvæsenets forandring. - aktivt opbygge renommé, "blære sig" - udvælge sig nye markeder - skilte med image 	<p>Jordemødrene skal</p> <ul style="list-style-type: none"> - overvåge udviklingen gennem at alliere sig med brugerne. Kommunikere åbent og ærligt om f.eks. forskningsresultater. - gennem integritet – vi er der for kvinderne – ophobe tillid 	<p>Jordemødrene skal</p> <ul style="list-style-type: none"> - afvise at jordemødre lader sig styre mere af egne præferencer end af kvinders behov - sikre sig at der er jordemødre, der holder øje med den faglige profil og integritet
Moralsk legitimitet	<p>Jordemødrene skal</p> <ul style="list-style-type: none"> - følge idealerne, være den rigtige jordemoder med hele "tasken" af dyder og kunnen (symbolic displays) - udvælge domæne, dvs. brede sig ud over de felter, som jordemødre kan udfylde professionelt 	<p>Jordemødrene skal</p> <ul style="list-style-type: none"> - arbejde med etik og moral. - inddrage lægeprofessionen i samarbejde - tale med den vægt, vores gode uddannelse giver - ophobe agtelse 	<p>Jordemødrene skal</p> <ul style="list-style-type: none"> - forklare og retfærdiggøre praksis, dvs. redegøre for grunde til praksis - omstrukturere, hvis billedet af jordemoderen har lidt skade gennem dårlig opbygning af organisationen e.l.
Kognitiv legitimitet	<p>Jordemødrene skal</p> <ul style="list-style-type: none"> - institutionalisere jordemoderbegrebet - sikre certificeringsprocesser, f.eks. indgå i akkreditering - gøre alment kendt, hvad jordemødre kan 	<p>Jordemødrene skal</p> <ul style="list-style-type: none"> - inddrage tvivlen konstruktivt, undersøge egen praksis fortløbende - tale åbent ud - ophobe tværgående forbundsfæller – brugere læger – politikere 	<p>Jordemødrene skal</p> <ul style="list-style-type: none"> - dersom den dybe grundholdning: at jordemødre er noget, der altid har været der for kvinder og altid vil være der, forklare sig!

7.7. Ledelsesteori - ledelsesforståelse og ledelse af fagprofessionelle

Vi vil i dette afsnit beskrive de udfordringer og muligheder, der ligger i ledelsesrollen, hvis lederens baggrund er en faglig tilgang til ledelse af fagprofessionelle eller en generalisttilgang, altså ledelse som fag; Dette gør vi for senere i afhandlingen at kunne analysere og perspektivere, hvilken betydning det har for professionsudvikling, om en profession ledes af en fagprofessionel leder eller en ledelsesfaglig leder.

Ledelse af fagprofessionelle er et af grundvilkårene i hospitalsvæsenet. Hospitalet er et typisk fagbureaukrati. Henry Mintzberg karakteriserer et fagbureaukrati ved at fagfolk overlades en betydelig styring af deres eget arbejde. Organisationen tildeler ligeledes en væsentlig del af sin magt ikke kun til fagfolkene selv, men til de institutioner som uddanner dem. De faguddannede arbejder uafhængigt af kolleger. En nødvendig koordinering sker således pr. automatik gennem standardiseringen af deres faglige viden. Mintzberg konkluderer derfor, at "standardisering er fagbureaukratiets store styrke, og dets store svaghed", "så længe omgivelserne derfor er stabile, gør fagbureaukratiet sit job godt"⁶².

Den faglige ledelse på hospitalerne er typisk delegeret ud til de fagprofessionelle og styret af deres egen logik, etik og autonomi. Som leder er man oppe mod stærke fagkulturer, ofte manglende accept af ledelse og stærke uformelle magtstrukturer, praksisfællesskaber.

Goldschmidt⁶³ peger på, at problemerne ved denne organisationsform bl.a. er, at de professionelle kan/vil selv; de ser ledelse som et (u)nødvendigt onde. Typiske kendetegn er lav ledelseskapacitet, få ledere, mange medarbejdere. Ledelsen er grundlæggende enig med medarbejderne. De vil helst kun arbejde fagligt. Der er en svag magtstruktur, få belønninger og næsten ingen strafmuligheder. Hvis man skal "overkomme" fagbureaukratiet som leder, peger Goldschmidt bl.a. på, at man skal have visioner og kunne begejstre, være det gode eksempel, uden at være overmenneske, at kunne rumme angsten og risikoen for fiasko. Udvis omsorg for den enkelte, det skaber loyalitet, men nok så nødvendigt, kunne og ville have vilje til at tackle konflikter med risiko for at blive upopulær.

⁶² Mintzberg, 1981, p.51.

⁶³ Goldschmidt, 2006, p. 241–258

I kommunalt regi har det traditionelt gennem 1970'erne været de professionelle, der har indtaget den dominerende rolle for at sikre den faglige kvalitet. Ekspertviden og faglighed har typisk været det dominerende rationale på flere velfærdsområder, og over tid udviklede sig en forholdsvis autonom professionsstyring med en sammenkobling mellem ledelse og profession.⁶⁴

Den fagprofessionelle leder orienterede sig mest mod og var loyal overfor professionen, de faglige mål blev opfattet som af større betydning end organisationens mål.

Samarbejdsrelationerne blev foretrukket indenfor professionen selv.

Den autonome professionsstyring er siden hen kommet under udfordring særligt på det ledelsesmæssige niveau på grund af nye organisations- og styreformere.

I det idealtypiske klassiske bureaukrati er et fælles karakteristika for ledende bureaukrater og professionelles roller, at de lægger vægt på specialisering og objektivitet. Men der er konfliktpunkter som ledelsesretten, hvor den bureaukratiske leder er baseret på den hierarkiske position med ret til indblanding på detaljeniveau, modsat professionsledelse hvor centrum er den faglige kompetence. Professionen har selvstyring i forhold til detaljer og metoder som helt centrale. Dette er baggrund for, at den bureaukratiske leder og professionen ofte kommer i konflikt om, hvad der giver autoritet til at træffe beslutninger. Et andet konfliktpunkt er forskellig opfattelse af, hvad man er orienteret imod og hvor ens loyalitet primært er rettet i mod.

Den bureaukratiske leder har loyaliteten rettet mod selve organisationen mens professionen har primær fokus på faglige og etiske værdier. Dette bevirker hyppigt et skelnen mellem "dem og os". Man løser ikke opgaverne i fællesskab grundet forskelligt fokus.

Et tredje konfliktpunkt er ansvaret for kontrol og disciplin. Den bureaukratiske leder oplever at have det fulde ansvar for at kontrollere og disciplinere administration og personale, til hvilket formål der anvendes regler og retningslinjer.

Professionen har kollegial supervision og intern kontrol, der bygger på faglige og etiske værdier som det essentielle. Derfor forsøger den professionelle hyppigt at undgå den bureaukratiske leders kontrol og disciplinære metoder.

Dette bevirker, at i det idealtypiske klassiske bureaukrati, at ledere og professionelle altså i udgangspunktet er dekoblet, forstået som adskilte.

⁶⁴Sehested, 2006, kap. 8

I takt med udviklingen af det velfærdsstatslige bureaukrati er der sket en udjævning af de beskrevne konflikter og bevirket en sammenkobling af ledelse og profession. Rationalet bag denne sammenkobling er at opnå den højest mulige faglige kvalitet i de offentlige serviceydelser. Den specialiserede ekspertviden prioriteres for at opnå den bedste faglige kvalitet i udførelsen af ydelser.

Ifølge Sehested vurderes i de samlede udviklingstræk en tendens til, at billedet af en generalistleder vinder mere og mere indpas.

Generalistlederen er modsat den fagprofessionelle lederrolle med vægt på fagligt hierarki og regler, fagspecialisering og sektororientering orienteret mod: at skulle have personlige egenskaber som karisma, være visionær og kunne skabe samarbejde og helhed. Lederen skal udøve strategisk ledelse og målstyring, besidde generalistviden og være indstillet på en større usikkerhed i ansættelsesforhold.

Hvis udvikling, overlevelse og indflydelse skal tilfalde fagprofessionerne, så skal deres ledere holde sig til, når ledelsesopgaverne skal varetages. Ellers mister de indflydelse.⁶⁵

Hvis profession anskues som styringsmekanisme⁶⁶, er den med til at sikre professionel handling, fordi professionen er forankret i viden og erfaring, om hvad der er mest optimalt i en given situation. Opgavehåndteringen er fagprofessionel og specialiseret og sikre en dygtig, sikker, saglig og neutral udførelse. Alle opgaver løses professionelt og skaber dermed også legitimitet omkring sygehusvæsenet. Det betyder, at andre anser det som finder sted for at være troværdigt og anerkendelsesværdigt. Det er helt afgørende med legitimiteten for det er den vi lever af mere end et overskud på bundlinjen selvom dette vinder mere og mere indpas. Ovenstående kan beskrives som en selvstyrende mekanisme som kan realiseres fordi den enkelte medarbejder har været igennem et uddannelses- og oplæringsforløb, der sikre ikke blot kompetenceudvikling men også socialisering.

Socialiseringen sikre netop den enkelte en identitet og identifikation med egen gruppe.

Professionen har et fælles sprog, normer og opfattelse af hvad der er rigtig og forkert, tænke og handle på den måde når der skal ageres professionelt.

Hvad er fagligt etisk forsvarligt, der gives faglig feedback, mekanismen fungerer af sig selv i såvel det åbne som det skjulte. Der udføres en form for selvledelse, den enkelte leder sig selv.

⁶⁵ Sehested, konf. for udviklingspsykiatri, Kbh. okt 2007.

⁶⁶ Klausen, 2003, p.437

Som leder kan man delegere ansvaret for eget og andres arbejde til medarbejderne, den faglige ledelse ligger hos de fagprofessionelle selv.

Derfor konkluderer Klaudi, at det er naturligt, at den del af ledelsesopgaverne som vedrører faglig ledelse, kan og må ligge hos de professionelle selv.

Men det betyder selvfølgelig ikke at ledelse kan undværes; der er kun fokus på den faglige opgaveløsning. De øvrige opgaver som drift, økonomi, strategi m.m. kræver en anden og ligeså væsentlig ledelsesindsats. De fagprofessionelle har brug for ledere decentralt til anden opgavevaretagelse.

Et skisma er, at den menige medarbejder ikke altid forstår meningen og behovet for yderligere ledelse; idet faglig ledelse findes tilstrækkelig.

Klausen beskriver tre forhold som baggrund for denne holdning: uvidenhed, fagprofessionelt snæversyn og magtpolitiske forhold. Bl.a. derigennem, at det ville være utænkeligt for den fagprofessionelle, at andre fagprofessioner skulle lede dem. Det kan bevirke en manglende udvikling og tilpasning på sigt. Ledelse er meget andet end ledelse af faglige processer.

"Det er ikke nok at sikre en fagprofessionel egenledelse, man må også sikre ledelse, at der ledes på tværs. Forbliver professionerne i deres egen bås, får man ikke løst tværgående problemer hensigtsmæssigt"⁶⁷. Yderligere bevirker det også at fleksibilitet og udvikling ikke kan realiseres.

Det er afgørende, at ledelsen er i stand til at hæve sig over modsætningerne frem for at være en del af dem.

Løsningen må være, at ledelse gøres til en specifik profession. I modsat fald vil det fortsat være svært med integration såvel vertikalt som horisontalt.

Den fagprofessionelle kan oveni sin primære uddannelse koble ledelse på som fag, hvilket vil forstærke mulighederne for at træffe beslutninger på et kvalificeret grundlag. Men det betyder ikke adgang og førstefødselsret til alle lederposter.

"Det er vanskeligt at lede sine egne fagfæller". "Man tilhører samme broderskab"⁶⁸. At forholde ro og orden blandt egne fagfæller vægtes højere end varetagelsen af afdelingens

⁶⁷ Klausen, 2003, p.443.

⁶⁸ Lindén og Madsen, 2002, p.19.

drift. Lindén og Madsen fremhæver endvidere, at det er vigtigt, at lederen ikke optræder i rollen som tillidsrepræsentant men udviser overblik og helhedssyn.

Ledelse af fagprofessionelle er som at lede primadonnaer, de sætter sig selv over fællesskabet og tror ikke på ledelse. Primadonnaer besidder viden og erfaring. Kunsten er at vinde accept og respekt, at kunne fremkalde og synliggøre den tavse viden med henblik på vidensdeling.

Fremtiden indikerer i mange regier indenfor sundhedsvæsenet, og særdeleshed i sygehusregi, et paradigmeskift fra ledelse af faggrupper til ledelse af funktioner.

7.8 Analyse: Ledelse af fagprofessionelle

Vi har fra afhandlingens empiri (de fem oplæg fra jordemødre, udsagn fra medlemsmødet for jordemødre, samt CASA rapporten) fået en opfattelse af en profession, som primært har fokus på faglig opgaveløsning. Løn- og arbejdsforhold, samt øvrige relationer til samarbejdspartnere synes knapt så dominerende. Vi anvender i denne analyse primært vores empiri fra CASA rapporten, men vi vælger enkelte udsagn fra de fem oplæg til belysning.

Det er relativt få af fagets udøvere, i det samlede empiriske materiale, som giver udtryk for en klar og entydig opfattelse af professionen i dag og konkrete fremadrettede udviklingstiltag med henblik på en fortsat professionsudvikling.

Ledelses betydning i processen med at styrke og udvikle professionen kan anskues fra flere vinkler; herunder fra hvilket ledelsesmæssigt niveau der skal ledes.

Tæt på kerneydelsen er det største behov faglig ledelse og sparring, hvorimod strategisk ledelse ikke er nærværende her. Basisjordemoderen, som er repræsenteret både som to af de fem oplæg – den nyuddannede og den erfarne jordemoder – og specifikt i CASA rapporten, fremhæver betydningen og vigtigheden af netop den kollegiale faglige sparring, altså en intern supervision blandt ligestillede.

Dette praksisfællesskab er et typisk træk for en fagprofession; der er tale om en gruppe, der stræber efter udstrakt grad af selvledelse. De kan og vil selv. Eksempelvis den nyuddannede jordemoder nævner:

"Jeg synes, det er mærkeligt, at jeg skal sidde og henvise dem til at opsøge fødselsforberedelse i det private, når det egentlig er mit fagområde, at kunne det, at kunne yde og give dem det"

På det højere ledelsesniveau, i afstand fra kerneydelsen, giver ledergruppen i CASA rapporten udtryk for, hvad et godt psykisk arbejdsmiljø er betinget af. En grundlæggende forudsætning er, at lederen selv har gode vilkår for udøvelse af sin ledergerning.

Ledergruppen giver i CASA rapporten udtryk for at den har veldefinerede jobbeskrivelser, hvor ansvar og kompetence stemmer godt overens med opgaveløsningen. Dette tolker vi som udtryk for, at ledelsesopgaver relateret til den faglige kompetence kan indfries; men lederne oplever manglende kvalifikationer, når det gælder indsigt i og viden om økonomi og administration, eller med andre ord, ledelsesopgaver, som følger af en ændret opgavevaretagelse og ændrede krav og forventninger til ledelse i dag. Det giver os belæg for at sige, at ledelse, der udelukkende hviler på faglighed, ikke slår til. Ledergruppen oplever, at de administrative opgaver, som pålægges dem, er steget markant gennem de senere år, og det bevirker og forstærker ligeledes den konflikt som der til stadighed hersker mellem faglighed og administrative og strategiske opgaver.

Ovenstående kan give anledning til følgende ledelsesmæssige udfordringer alt efter, om ledelsen er fagprofessionel leder, eller generalistleder.

Betydningen af generalistlederen med en ledelsesmæssig uddannelse er til gengæld større, jo højere i ledeshierarkiet vi bevæger os. At kunne argumentere for ressourcetilførelse kræver ikke kun faglig indsigt, men i høj grad også økonomisk og administrativ indsigt. Det kræver ofte fokus på organisationens mål og opgavevaretagelse i bred forstand og at kunne tale forvaltningens sprog. Det er afgørende, at man som leder er i stand til at gøre sin indflydelse gældende og kan sætte trumf på. Dette fremtræder tydeligt hos den ledende jordemoder:

"Men vi bliver nødt til at se på det positivt, og jeg tænker, at vi må prøve at se hvad vi kan gøre for vores fag, om vi kan se på det på en ny måde" [om at arbejde med den ny hospitalsplan, forf.]

Dette magtes også af en fagprofessionel, men som også fremhævet flere steder i teori afsnittet er det svært som faglig leder at sætte sig op i mod sin egen gruppe. Man er en del af broderskabet. Men indflydelse og ressourcer tilflyder ikke én, hvis man som leder netop tager tillidsmandsrollen på sig og er mere loyal med sine kollegaer, end med de mål eller opgaver der skal løses eller implementeres i organisationen. Ændringer, besparelser, kampen for og indflydelsen på fordelingen af ressourcer kræver ledelsesuddannelse.

Sehested fremhæver netop, at fremtiden for offentlige ledere er at kunne kombinere faglighed med en ledelsesuddannelse; dette anses for optimalt.

De fagprofessionelle ønsker ikke ledelse ved ikke-fagprofessionelle; de ser ingen nødvendighed for dette. De ønsker fortsat én, som taler samme sprog. Dette er et ofte problematisk og konfliktfyldt emne, men meget karakteristisk for netop et af de dilemmaer, som findes i CASA rapporten. Rollekonflikter er mere udtalt hos ledergruppen end hos basisjordemødrene. Dette er et eksempel på det dilemma som teorien beskriver som den fagprofessionelle leders dilemma: det kan være svært at gå imod egen faggruppe, da det samtidig er en kollega. I CASA rapporten angives især de konflikter, "der beror på jordemødrenes egne krav og forventninger til opgaveløsningen"⁶⁹ som vanskelige at tackle for ledelsen.

Den ledende jordemoder kommer i sit tidligere citerede indlæg ind på, at hun ser muligheder i de store fødesteder. Det kan vi vælge at opfatte på flere måder:

- Hun forholder sig positiv, mod bedre vidende, fordi hun ønsker at lægge en positiv tone i kollegers selskab og tale fagets sprog: hun er en konfliktsky fagprofessionel leder
- Hun udtaler sig på baggrund af ledelseserfaring og lederuddannelse; hun ved med andre ord, at det er et nødvendigt onde og et vilkår i tiden: Hun er en dygtig driftsleder.

⁶⁹ CASA Rapporten, p.12.

- Hun ser reelt nye muligheder, større fleksibilitet, større spillerum og flere muligheder for at arbejde med alternativer, bl.a. med baggrund i strategisk tænkning og forventning om reel indflydelse: Hun er en generalistleder, der forener fagprofessionel ledelse med strategisk tænkning

Kun en reel udfordring på hendes ord eller handlinger og en dialog mellem hende og f.eks. den nyuddannede jordemoder vil kunne belyse dette yderligere. Her og nu nøjes vi med at stille alternativerne op

Et vigtigt forhold til analysedelen er, at det selvfølgelig ikke er muligt at forholde sig til alt det, som oplægsholderne vælger ikke at sige, eller slet og ret ikke siger. Der kan være ting de udelader af strategiske hensyn eller ting de tager for givet, fordi det er indlejret i deres selvforståelse.

Faglig og videnskæssige aspekter står stærkt hos de fagprofessionelle i deres reaktion på ændringer, og derfor vil det faglige argument ofte være forbundet med en form for selvopofrelse.

Ledergruppen udtrykker ifølge CASA rapporten bekymring for, at de skal forvalte beslutninger som er fagligt uansvarlige, eller som underkender deres specialist viden.

Det ideelle afsæt vil være at have stærke rødder i faget og at nyde faglig respekt blandt sine kollegaer, hvortil så kan føres generalistens kompetence. Ved hjælp af en sådan leder kan forandringer indledes og gennemføres, og ensidighed, tunnelsyn og blindhed for helheden undgås.

Forandring skaber en frygt, idet medarbejderne ser forandring som modstand mod det, de selv repræsenterer og kender. Men i forandringen ligger også mulighed for udvikling. Imidlertid kan generalisten ikke det fagprofessionelle sprog, og hun kan få svært ved at gennemføre forandring og udvikling.

Kombinationen af faglighed og ledelsesuddannelse må derfor anses som det optimale.

De fagprofessionelle medarbejdere besidder oftest et højt engagement, høj motivation, men ydelsen er svært at måle. Hvis generalistlederen ikke også besidder den faglige kompetence,

men kun den ledelsesmæssige og møder modstand fra en stærk, dominerende kultur, kan vedkommende møde store vanskeligheder: Ledelse og professionsudvikling handler i høj grad om ændringer og forandringer. Forstår man ikke hinandens sprog, kan det betyde modstand, risiko for dalende engagement og motivation, hvilket igen øger sandsynligheden for stress, sygdom, udbrændthed, og det medfører mindre personale til at løse kerneydelsen. Færre personalemedlemmer mindsker muligheden for uddannelses- og kursusvirksomhed, som så yderligere sætter udviklingen på standby. Altså en helt igennem negativ spiral.

Til trods for, at et flertal af lederne ifølge CASA rapporten udtaler sig om, at personalenormeringen generelt synes at være dækkende, så står de allerede nu, også ifølge egne udtalelser til CASA, over for den udfordring, at der er en kombination af vakante stillinger og stort sygefravær, i gennemsnit 12 dage pr. år. (I øvrigt en stigning fra 1998 på 50 %). Det giver et på forhånd meget ringe rum for udvikling af professionen.

7.9. Sammenfatning af ledelsesanalysen

For at kunne professionsudvikle i et sundhedsvæsen med dets mangesidede udfordringer, kræver det en årvågenhed over for de større samfundsmæssige sammenhænge og kravene i det komplekse samfund til en opgaveløsning, der følger opgavernes udvikling. Det forudsætter gode argumenter for såvel fag som sag.

Derfor må fagprofessionelle ledere indse, at en ensidig brug af ekspertviden eller en forbliven på ekspertens ståsted ikke altid giver de bedste løsninger for fag og profession, hvis man vil udvikling.

De nye ledere skal i fremtiden fungere som oversættere og formidlere mellem professionsverdenen og den generelle ledelsesverden.⁷⁰

Det er derfor vigtigt, at den faglige organisation ligeledes støtter op om dette, idet de fagprofessionelle netop har en tæt relation til foreningen, hvilket er et typisk kendetegn for professioner. Det anses som en nødvendighed for en fortsat professionsudvikling. Endvidere ligger ansvaret for uddannelsen i uddannelsesinstitutionen og organisationen og her har den socialisering ind i faget som finder sted stor betydning også for en fremtidig

⁷⁰ Sehested, Karina. Fra FTF konference, november 2005, indlæg ved "De fagprofessionelles selvstyre er ovre"

professionsudvikling og lyst og begejstring til også at beskæftige sig med og uddanne sig til at kunne lede egen fagprofession med henblik på også at kunne styrke mulighederne for udvikling.

8. Konklusion og perspektivering

Konklusion

Vi vil i denne konklusion sammenfatte og konkludere på vores problemformulering og vores to hypoteser som har været retningsgivende for os gennem vores arbejde med denne masterafhandling.

Problemformuleringen var som følger:

Hvordan kan Jordemoderforeningen gennem et arbejde med professionsudvikling generere nye indsatser til opfyldelse af foreningens visioner for en bedre opgavevaretagelse, højere arbejdstilfredshed og fastholdelse i faget i det moderne sygehusvæsen?

Vi har analyseret de fortællinger, som vi valgte som vores kvalitative empiri, nemlig de fem oplæg præsenteret til medlemsmødet, gennem anvendelse af aktantmodel og berettermodellen. Det gav os et nyt billede af den historie, som vi også har skildret og de historier eller fortællinger, som hver især af oplægsholderne præsenterede. Vi antager, at den retning i professionen, som de hver især repræsenterer, er repræsentativ for flere jordemødre i professionen. At lytte aktivt til deres fortællinger kan vise foreningen en retning for sine bestræbelser på udvikling.

Jordemoderforeningen kan således gøre brug af historiefortællingerne i et aktivt og strategisk øjemed, også set som et ledelsesværktøj.

Vi mener, at Jordemoderforeningen gennem et bevidst strategisk arbejde har gode muligheder for at generere nye indsatser til opfyldelse af dens visioner for en bedre opgavevaretagelse, højere arbejdstilfredshed og fastholdelse i faget i det moderne sygehusvæsen. Dette fordrer imidlertid, at Jordemoderforeningen udfolder og præsenterer sit strategiske arbejde mere aktivt og tilgængeligt.

Vores fortolkning af fortællingerne viser, at foreningens strategiske arbejde kan have gavn af konsekvent arbejde med analyse af fortælling og legitimitet i samarbejde mellem forening, medlemmer og brugere/offentlighed. Derudover vil det være oplagt i henhold til såvel vores teoretiske overvejelser og vores fortællingers materiale om ledelse, samt CASAs oplysninger om lederes forhold at konkludere, at Jordemoderforeningen kan have gavn af et mere målrettet samarbejde med ledere og satsning på ledelsesudvikling

Den skarphed, som arbejdet med en skabelon som aktantmodel og berettermodel forlener en tilsyneladende meget kompleks fortælling med, skaber tydeligt en mulighed for overvejelse af hvilket ståsted eller måske snarere, hvilket afsæt, man ønsker for sin professions udvikling.

Endvidere har vi set på de 133 udsagn som jordemødre har skrevet om professionsudvikling. I disse udsagn ligger kimen til mange gode debatter, og indsamlingen af disse udsagn må ikke blive reduceret til en smart gimmick under mødet; de bør anvendes i det videre arbejde.

Jordemødre har en lang historie som vi indledningsvis har beskrevet, og den anser vi som en fortsat meget central fortælling, men samtidig må vi også stille spørgsmål ved, om det netop er således, at den lange historie ikke kan stå alene; den må suppleres af en ny fortælling som er baseret på det omgivende samfund og på dagens udfordringer.

Processen med professionsudvikling er allerede påbegyndt i kraft af medlemsmødet. Men for ikke at miste fremdrift i dette spørgsmål, må foreningen umiddelbart fortsætte debatterne og tilføre nye oplysninger for at få samlet en ny fortælling, der kan blive foreningens kernefortælling. Vi havde en forventning om, at vi måske ville kunne finde frem til et behov for at finde ind til professionens kernefortælling – atter forlenet med den karakter af foranderlighed, der ligger i fortællingens væsen – og vi finder, at det er lykkedes for os at dokumentere, at foreningen har dette behov.

Den narrative analyse viser, at den især unge jordemoder står vanskeligt placeret over for udfordringerne. Hendes teaterstykke har ikke i overskuelig fremtid en happy end. Konflikten er næsten uovervindelig, og hjælpere og givere mangler styrke til at overvinde konflikten sammen med subjektet. Vi ser denne unge jordemoder som udsat i en profession, der opleves af omverdenen og ikke mindst af sig selv som havende et stærkt ståsted, udsat i den forstand, at hun ikke forekommer at have fået den modstandskraft mod nedture, som hendes profession ellers synes gennem tiden at være vaccineret imod, selv om hun åbenlyst er socialiseret ind i den lange historie.

Professionen bør sikre sig, at de nye jordemødre ikke overraskes/overvældes af de mange opgaver som deres virke præges af i den virkelige verden og i det sygehusvæsen som de

formentlig i endnu en årrække forventes at være tilknyttet, med mindre de reagerer som de o. 15 %, som CASA anfører, der alvorligt overvejer at forlade professionen.

Endvidere har vi via analyser ud fra legitimitetsperspektivet på vores samlede datamateriale kunnet konkludere, at jordemødre og professionen allerede har en stor legitimitet hos borger, bruger og generelt i samfundet, men der skal fortsat arbejdes med at fastholde denne. Legitimitet skal ses som en ressource, der tildeles eksternt fra. Hvis ikke denne tildeling finder sted, er professionsudvikling med samfundsmæssig/politisk bevågenhed vanskelig at se for sig. Professionen vil med stor sandsynlighed gå baglæns i indflydelse på egne forhold.

Vi er bevidst om at vi ikke undervejs i opgaven har refereret direkte til vore hypotesers ordlyd:

Hypotese et: *Professionens selvforståelse kan stå i vejen for at udvikle professionen på trods af, at en sådan professionsudvikling skal medvirke til en indfrielse af de mål, som jordemødrene sætter sig i dag.*

Hypotese to: *Det har en betydning for jordemødre at være ledet af egen fagprofession i forhold til deres opfattelse af eget professionelt ståsted i forhold til professionsudvikling.*

Imidlertid har de været til hjælp som en rettesnor i arbejdet med afdækning af vores problemstilling, og vi mener i ovenstående konklusion at have besvaret første hypotese bekræftende. Hvad den anden hypotese angår, så ja, indtil de sidste fire ord: teoretisk kan vi ikke ud fra vores valg af teori underbygge, at det betyder noget for jordemødre i forhold til professionsudvikling, hvem de ledes af.

Vi mener at have underbygget, hvordan Jordemoderforeningen kan indlede og videreføre arbejdet med strategisk udvikling, så den nu og i fremtiden tildeles ressourcer til bedre opgavevaretagelse, højere arbejdstilfredshed og fastholdelse i faget.

Perspektivering

I vores perspektivering vil vi tage tråden op fra konklusionen.

Der er udsatte medlemmer af professionen, og der synes at være et udtalt behov for at se på hvordan professionen udvikler sig i de krav, der stilles til den.

Det er her særlig interessant, at der er talrige udsagn fra medlemmer, fra CASA rapporten og ikke mindst fra de fem oplægsholdere, som lægger stærk vægt på selvstændigheden som et afgørende træk i og for jordemoderprofessionen. Dette forhold, samt det forhold at den lange historie fortsat vægtes så højt af jordemødre, peger i retning af en profession, der set i konteksten i vidt omfang ser indad og bagud. Dette virker ikke som et stærkt ståsted for professionsudvikling i den moderne kontekst. Som vi mere end antyder i konklusionen, skal man måske i professionsudviklings øjemed skifte sit ståsted ud med et afsæt, hvis man vil fremad. Ingen 100-meter champion vinder ved tilfreds at se ned på startstøtten. Kun mållinjen har interesse og skal stå malet affotograferet for hendes indre blik.

Men på den anden side er måske netop selvstændigheden og den lange historie et afsæt for en individuel tilpasning til den moderne forbrugers behov for støtte og følgeskab. "At være der for kvinderne" betyder ikke at indpasse fødselshjælpen i et bureaukratisk system, men, for at tage tråden fra den ledende jordemoder op: at udvikle det bedste fra det gamle, kombineret med det bedste fra det nye, at samle intentionerne fra centerordningen i 1974 og koble det med nutidens krav om indsigt i og forståelse for den enkelte borgers/forbrugers/patients behov samt hensyn til rekruttering, fastholdelse og videreudvikling af arbejdskraften.

Så er det måske ikke en indpasning i den moderne sygehussektor, men reelt i den moderne sundhedssektor, som en praktiserende profession på linje med den privatpraktiserende læge, som er løsningen på jordemødres længselsfulde blik efter det der var, noget der minder om den gamle vittighed. "Ingenting er som det var i gamle dage. Og det har det aldrig været!" Så kig fremad og udad!

9. Litteratur- og referenceliste

Andersen, Ib (2003): *Den skinbarlige virkelighed – om vidensproduktion inden for samfundsvidenskaberne*. Forlaget samfundslitteratur, 2. udgave, kap. 1 og 5.

Bakka, Jørgen Frode og Fivelsdal, Egil, (2001): *Organisationsteori, struktur, kultur, processer*, Handelshøjskolens forlag

Banke, Cecilie Felicia Stokholm, (2003): Manden som kom cyklende med velfærdsstaten, i Petersen, Klaus (red.), (2004): *13 HISTORIER om den danske velfærdsstat*, Syddansk Universitetsforlag, Odense

Bork, Dagmar (2007): *Sønderjysk sygehusvæsen, Fra fattiggård til moderne sygehus*, i: Sygeplejersken, Danish Journal of Nursing, nr. 19, 21. september 2007, 107. årgang

Borum Finn, (2001): *Perspektiver på forandringsprocesser i sundheds- og sygehusfeltet. Når styringsambitioner møder praksis*. Handelshøjskolens forlag

Buus, Henriette, (2001): *Sundhedsplejerskeinstitutionens dannelse*, Museum Tusulanums forlag

Christensen, Hilda Rømer, (2004): *Kvindeorganisationer, magt og velfærdsstat*, i Petersen, Klaus (red.), (2004): *13 HISTORIER om den danske velfærdsstat*, Syddansk Universitetsforlag, Odense

Christiansen, Jørgen Møller og El-Salanti, Nadia (2006): *Jordemødre på deltid og overarbejde, - En spørgeskemaundersøgelse af jordemødrenes arbejdsforhold og psykiske arbejdsmiljø*, CASA, Center for Alternativ Samfundsanalyse, København K.

Cliff, Helen (1992): *Jordemoderliv*, Borgen

Cliff, Helen (2002): *Fast ansat ved mysteriet*, Den Almindelige Danske Jordemoderforening

Digmann, Annemette, (2003): Ledelse af et sygehus – det umuliges kunst, i Hildebrandt, Steen, Klausen, Kurt Klaudi, Nielsen, Steen Friberg (2003) *Sygehusledelse*, Munksgaard

Eriksen, Henrik, (2003): Patientfokus og kvalitet i: Hildebrandt, Steen, Klausen, Kurt Klaudi, Nielsen, Steen Friberg (2003) *Sygehusledelse*, Munksgaard

Eriksen, Tine Rask og Anne Mette Jørgensen (red.), (2005): *Professionsidentitet i forandring*, Akademisk Forlag, Del 1, p. 16 – 114.

Fog, Klaus, Budtz, Christian og Yakaboylu, Baris, (2004): *Storytelling, branding i praksis*, Samfundslitteratur.

Goldschmidt, Lars B, (2006) "Erfaringer med ledelse på trods", Ledelse i ledelsesfremmede organisationer, Kompendium Organisation 2006, Bind 1, side 241–258, CBS.

Hildebrandt, Steen og Majken Schultz (red.), 1997, *Fokus på sygehusledelse*, del 2, Ledelse og Lederroller – nye ledere i nye roller, p.145 – 263.

Jespersen, Peter Kragh, (1996): *Bureaukratiet – magt og effektivitet*. Jurist- og Økonomforbundets Forlag

Jespersen, Peter Kragh, (2005): *Mellem profession og management*, Handelshøjskolens Forlag

Klausen, Kurt Klaudi, (2001): *Skulle det være noget særligt? Organisation og ledelse i det offentlige*, Børsens Forlag

Knudsen, Tim, (2004): *De nordiske statskirker og velfærdsstaterne* i Petersen, Klaus (red.), (2004): *13 HISTORIER om den danske velfærdsstat*, Syddansk Universitetsforlag, Odense

Linden, Leila og Erling Birk Madsen, (2002): *Fagprofessionelle som ledere - En debat om ledelse og lederroller i sundhedsvæsenet*, Munksgaard Danmark

Løkke, Anne, (1998): *Døden i Barndommen*, Københavns Universitet

Løkke, Anne, (2007): *Patienternes Rigshospital, 1757 – 2007*, Gads Forlag.

Mintzberg, Henry, (1981): *Den velsiddende organisation: Pasform eller modekonfektion?* Harvard, Børsen nr. 1/vinter 1981-2: 43-58, p.51. I Kompendium Organisation I, MPA, foråret 2006, CBS

Møller, Jytte A., Cliff, Helen, Larsen, Merete og Blinkenberg, Kirsten (1997): *Beskrivelse af Jordemoderområdet*. Den Almindelige Danske Jordemoderforening

Nielsen, J. C. Ry og Repstad, Pål, (1993): *Fra nærhet til distanse og tilbake igjen. Om at analysere sin egen organisasjon*, i: Kompendium til Organisation I 2006, p. 27-46, CBS.

Nielsen, Jakob Munk, (1998): *Legitimitetsbegrebets Muligheder - En teoretisk rekonstruktion med relevans for public relations*. Speciale, Roskilde Universitetscenter. Kap. 1 og 2

Pedersen, Anne Reff, 2005: *Fortælling som analysestrategi – en polyfonisk tilgang*, i Esmark, Laustsen og Andersen (red): *Socialkonstruktivistiske analysestrategier*, Roskilde Universitetsforlag. Kompendium på tværs af kernefagene, MPA 2006, CBS

Rienecker, Lotte og Peter Stray Jørgensen, (2005): *Den gode opgave – håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser*, Forlaget Samfundslitteratur, 3. udgave.

Rosenbeck, Bente, (1987): *Kvindelighed, den moderne kvindeligheds historie 1880-1980*, s. 166 - 188, Gyldendal.

Sehested, Karina, (1997): *Professioner og strukturændringer*. Kap. 3, p 108 – 170. i Ejersbo, Niels (red.)(1997): *Politikere, ledere og professionelle i kommunerne. Effekter af strukturændringer*. Odense Universitetsforlag.

Sehested, Karina, (2003): *Kommunale ledere mellem profession og management* i Kompendium Organisation I, MPA 2006, CBS

Sehested, Karina, (2002): *Interaktive professionsroller og fagprofessionelle forvaltere – fra helte til skurke og tilbage igen?* Fra Samfundsøkonomien nr. 2 - 2002

Østergaard, Uffe (2004): "Lutheranismen, danskheden og velfærdsstaten" i Petersen, Klaus (red.), (2004): *13 HISTORIER om den danske velfærdsstat*, Syddansk Universitetsforlag, Odense

10 Bilag

- Bilag 1 Fem oplæg fra Jordemoderforeningens medlemsmøde den 24. oktober 2007 på Hotel Nyborg Strand, transskriberet udgave.
- Bilag 2 133 medlemsudsagn indsamlet på medlemsmødet
- Bilag 3 Invitationsbrev til oplægsholdere i afskrift

Medlemsmøde Nyborg Strand, den 24. oktober 2007.

Fem jordemødre giver hver deres bud på jordemoderprofessionens status og fremtid.

Den nyuddannede jordemoder.

Jeg er nyuddannet jordemoder fra januar 2007 og så startede jeg med at arbejde fuld tid på ... Hospital. Jeg har koncentreret mit oplæg lidt omkring oplægget fra jordemoderforeningen og omkring hvor vi står i dag og skrækvisioner hvor går vi hen. Umiddelbart, hvor er vi i dag, livet som jordemoder. Min korte erfaring: Jeg har været i konsultation og på fødegangen. Mit umiddelbare indtryk er, at vi er en trængt profession. Vi har ikke tid nok i konsultationen og så synes jeg, at jeg har meget lidt tid til at snakke med de førstegangsgravide som har en hel del spørgsmål og dem som evt. har et kompliceret tidligere fødselsforløb, dem kan jeg næsten heller ikke nå at få samlet op på, inden de skal til at føde igen. Jeg synes, det er mærkeligt, at jeg skal sidde og henvise dem til at opsøge fødselsforberedelse i det private, når det egentlig er mit fagområde, at kunne det, at kunne yde og give dem det. Jeg synes, at mange af dem kommer til mig og faktisk ikke ved hvorfor de kommer til mig/jordemoder. Min egen familie, venner, som er førstegangsgravide, de spørger mig også, hvorfor det er så vigtigt, at jeg husker at komme til den der jordemodertid, fordi I trykker lidt på maven og hvad så. Og det synes jeg da også er lidt interessant. På fødegangen synes jeg det er tydeligt, at vi ikke har nok tid til at informere kvinderne i konsultationen fordi telefonerne ringer hele tiden med de mest mærkværdige spørgsmål, "det gør ondt når jeg rejser mig, så gør det ondt i mit venstre ben, er det farligt for barnet?" eller "nu har jeg fået veer der er 10-12-15 min. imellem, skal jeg komme nu?", som jeg helt sikkert synes skulle være afklaret ved en god og grundig jordemoderkonsultation.

De kommer ind og er slet ikke i fødsel nu, det er i hvert fald det jeg oplever.

Vi er trængte, fordi vi er blevet effektiviseret så meget, at det kan være svært, at have den menneskelige tilgang til de gravide, de fødende. At få en relation til dem som det jo også handler om, for at kunne yde omsorg, at være med i det her fantastiske som den periode med graviditet og fødsel er.

Så går jeg videre til hvad der har bragt os her til. Nu er jeg jo ny i faget, men noget af det jeg kan undre mig over, det er, hvorfor ses og høres vi ikke, det er både i det offentlige rum, det politiske. Vi er jo en god historie, fødsler er en god historie. Også fagligt, hvad blev der af UK fødslerne, jeg ved godt det er en lang debat, hvad blev der egentlig af dem!?

Så jeg undrer mig over, om vi sælger os for dårligt, er vi simpelthen bare for flinke og gør ikke nok opmærksom på hvad det er, vi egentlig gør, hvad er det egentlig vi kan. Når folk melder tilbage til mig, hvorfor er det egentlig vi skal komme til jordemoderen, er det så fordi jeg er for dårlig til at

levere varen, at fortælle, det er derfor du skal komme. Og så har jeg tænkt lidt over, at nogle gange så skulle vi måske ikke have så meget fokus på, hvad er det vi gør for kvinderne. Det ser jeg også lidt en dag som i dag, et oplæg til, hvad er det vi kan gøre for jordemødrene. Hvordan er det vi får noget kvalitet ind i det vi går og laver i hverdagen, det er det som jeg kan opleve som frustrerende som færdig-uddannet og jordemoder, hvordan kan jeg levere en god vare og være tilfreds med det arbejde jeg gør?

Min skrækvision om 25 år det er, at vi er retningslinje-robotter, at vi ikke kan tænke selvstændigt mere. Det vi gør, at vi bestiller "epi og sætter et S-drop" og så griber vi barnet når det kommer ud, vi mister simpelthen håndværket og jordemoderkunsten og vores selvstændighed som er noget af det som er dejligt i dag. Vi laver samlebandsarbejde, producerer børn, på akkord, det unikke ved hver fødsel forsvinder, og det som jeg også synes er lidt uhyggeligt ved det, det er, at retningslinjerne er som regel risikostyret, de har de patologiske briller på, hvor det som jeg synes er så fantastisk ved jordemoderfaget er, at vi værner om det normale. De normale processer. Ønskevisionen – fagets mangfoldiggørelse, vi skal være flere hænder, vi er alt for få hænder. Vi lærer rigtig meget på jordemoderskolen, vi kan rigtig meget, lad os bruge det, lad os specialisere, (overhead – viser barselperiode, fødegang, noget kost og motion, noget fødselsforberedelse, åndedrætsøvelser). Jeg ville også gerne have fundet noget med sexvejledning, familiedannelse, det var ikke muligt.

Hvad skal vi gøre, hvad bør der gøres for os?

Jeg tror, det er rigtig vigtigt, at vi har en god grunduddannelse som bevarer roden i det normale. Der er gode diskussioner nogle gange på fødegangen blandt jordemødre og lægerne, at vi har et helt andet syn på og tilgang til fødslerne og graviditeten og også en specialisering, at det bliver formaliseret på en eller anden måde, som måske også kan være med til at løfte lønnen, for vi får jo en latterlig lille løn. Vi har nogle helt tossede arbejdsvilkår. Jeg har talt med en sygeplejerske fra barselgangen, jeg har hele tiden vidst, at jeg skulle have skiftende arbejdstider, arbejde helligdage, jul og nytår, fint, den er jeg med på. Jeg har da også håbet på, at jeg kunne have tre ugers samlet sommerferie sammen med min familie, men det kunne jeg så forstå, at to ugers sommerferie måske med begge weekender fri og ved at tale med mine "gamle" kollegaer kunne jeg forstå, at sådan har det været de sidste 30 år. Det forstår jeg ikke, hvorfor siger vi ja til det? Det hænger også sammen med det næste, jeg synes godt, vi kan tillade os, at råbe op, blære os med det vi kan, vi kan en hel masse, og jeg synes ikke der er nogen som ser eller hører det. Jeg synes godt vi kan sige fra, vi har måske sagt ja til for meget, måske er det derfor, at jeg oplever, at jeg ikke kan levere den gode kvalitet i min hverdag som jordemoder, som jeg rigtig gerne vil. Det går ud over min arbejdsglæde, så det er også derfor "hvordan bevarer vi den

arbejdsglæde med nogle bedre arbejdsforhold?”. Det handler også om, at få nogle gode argumenter for, hvorfor vi er gode, hvad er det vi kan, så vi har noget at have det i når vi går ud og blærer os. Det er jo den jordemoderfaglige forskning som skal på banen, så vi har styr på fakta. Så vil jeg da håbe på, at de kommende sammenlægninger af fødesteder kan bringe lidt positivt med sig, at vi får en kraftigere røst at råbe med. At vi bliver en større gruppe på det samme sted. Jeg håber, at vi lidt bedre kan erfaringsdele. Det er svært når vi går i vagter sådan lige at mødes, stikke hovederne sammen og finde på noget, det kunne være, at det blev nemmere.

Den erfarne jordemoder

Jeg har været jordemoder i 17 år og er meget beæret over at skal være rubriceret blandt de erfarne. Hvornår bliver man - er erfaren, spørges der fra salen. Det bliver man åbenbart når man har været færdig i 17 år.

Der er sket meget i jordemoderfaget i de år hvor jeg har været jordemoder. Dengang jeg gik på jordemoderskolen, der fortalte underviserne, at når jeg kom ud som jordemoder ville de fødende blive forelsket i mig, jeg kunne risikere det. Når jeg fortalte folk, at jeg skulle være jordemoder så fik de ”julelys” i øjnene, I kender det alle sammen, jer der har nogle år på bagen. Sådan er situationen jo ikke i dag, det er noget anderledes. For nylig hørte jeg P1 – pludselig faldt jeg over en radioudsendelse som handlede om Rigshospitalet, i den radioudsendelse blev Morten Hedegaard, overlæge på Rigshospitalets fødeafdeling, spurgt om, hvad er den største udfordring for obstetrikken i dag, han svarede, den normale fødsel. Det blev jeg rigtig glad over at høre, at vi er enige om det. Jeg synes, vi er nødt til at udvide den udfordring, både den normale graviditet men også den spontane fødsel, det er simpelthen jordemødrenes selvstændige virksomhedsområde, der i virkeligheden er den store udfordring lige for tiden.

Jeg synes, at en af de væsentlige faktorer i forhold til at skulle udvikle vores profession, det handler om vores forhold til vores brugere. Prøve at imødekomme det problem, at vi griber så meget ind i graviditeten og fødslen. Jeg synes, at en væsentlig faktor er den nuværende demokratiseringsform. Siden 1970'erne har der været gang i en uformel demokratiseringsproces, nu er der sikkert mange som tænker, hvorfor begynder hun nu, at snakke om det, hun skulle tale om noget helt andet, hun skulle forestille, at være den erfarne jordemoder. Jeg glemte, da jeg præsenterede mig, at sige, at jeg har taget en ”Master i humanistisk sundhedsvidenskab og praksisudvikling”, det er noget af det som ligesom kommer med nu. Når vi kigger på den udvikling der kommer her, så var det jo, at i starten af 70'erne, der var de professionelle, især lægerne, de var eneherskende, det man dengang kaldte patienterne, de begyndte at gøre oprør mod det her enevælde der var. Bl.a. blev ”Forældre og Fødsel” dannet og de gjorde op med så'n noget, som i dag er helt uforståeligt, at det har været sådan. De gjorde op med og stillede krav om at få information, de stillede krav om, at vi skulle stoppe med vores rutiner, men kigge på hver enkelt,

se hvad hver enkelt kvinde havde behov for, og de stillede krav om, at deres mænd skulle være med ved fødslen. Det var sådan, at Fødselsstiftelsen hvor jeg har arbejdet var et af de sidste steder hvor mændene fik lov at være med ved fødslen. Der går sådan en god historie om, der var en mand der sad i et træ udenfor hans kones fødselsrums vindue for i hvert fald at være med, se hvad der foregik. Sådan er det jo heldigvis ikke i dag, heldigvis er der sket en demokratisering af de her forhold. I 70'erne og 80'erne begyndte man at stille krav om, at fødslerne skulle være naturlige og en af de virkeligt erfarne jordemødre jeg har talt med, fortalte, at den gang blev jordemødrene faktisk også hængt lidt ud i pressen, ligesom det er i øjeblikket, men dengang var det fordi, at man klagede over, at man gav medicinsk smertelindring.

Det som mit kritikpunkt peger hen imod, det er den udvikling der så er sket senere hen, hvor vores brugere, som de nu er blevet til, måske nærmere er blevet forbrugere. I 90'erne begyndte vi at lave fødselsguide, det lå pludselig under Forbrugerstyrelsen, det synes jeg er meget tankevækkende. Det der sker i dag er, at vi står med nogle brugere, der kræver frit valg på eksempelvis kejsersnit, og der er en tendens til, at de her krav skal imødekommes med kontrakter. Jeg synes, der er mange ting at kritisere i den form for demokratisering, men nogle af de væsentlige punkter for mig, den væsentligste er, at hvis vi begynder at se vores brugere som rationelle vælgende brugere, så bliver ansvar for sundhed og sygdom et individuelt ansvar. Det der sker når det bliver et individuelt ansvar, det er, at brugerne indlysende nok vælger det de anser som det sikreste, det er i høj grad at vælge indgrebene til. Mit andet kritikpunkt er at se den her brugerindflydelse på, at det der sker, der kommer en interesselænkning, en tænkning hvor argumenter, hvor kritik bliver reduceret til egen interesse. Det er rigtig svært for jordemødre at argumentere for færre indgreb, stå ved en fødsel og sige, prøv lige at vente, du føder lige om lidt, prøv lige at se om du ikke kan klare dig uden den epidural. Det er rigtig svært, når ens argumenter i højere grad tolkes som et spørgsmål om egen interesse. Jordemødrenes egen interesse, vi "meler" vores egen kage, vi sørger for at vores job ligesom holdes ved, vores egne værdier. Noget af det som jo også er sjovt, når vi kigger på det foregående, det er jo, at man kan jo se, at vi er mange jordemødre, der er opdraget i en tid hvor man har snakket naturlig fødsel og de værdier er jo ligesom en del af den måde vi tænker fødsel på. Det kunne være et eksempel på et kritikpunkt. Hvis jeg skal se på jordemoderprofessionen om 25 år, så er det sådan, at når jeg ser på den her historiske udvikling, så er jeg optimist. I høj grad optimist og det er jeg fordi, jeg er overbevist om, at der kommer modreaktioner, hele tiden modreaktioner mod det der foregår. Vi kan jo se, at der er jordemødre der laver "Kendt jordemoder" ordning, der er en masse modreaktioner i forhold til det der er i gang. Hvis man kigger på den her proces så er det tydeligt, at jordemoderprofessionen ikke kan udvikles alene. Vi udvikles sammen med dem vi arbejder sammen med, sammen med lægerne og i høj grad også sammen med de brugere hvis behov vi betjener. Jeg synes, at vi som profession skal tage konsekvensen af, at det har været sådan altid, prøve at udvikle vores

profession sammen med vores brugere. Jeg mener det er rigtig vigtigt, at for at undgå den form for brugerrolle vi har i øjeblikket, at vi anerkender vores brugere som aktive deltagere i den praksis vi er i. Sådan som jeg ser det, er der rigtig mange jordemødre der gerne vil og forsøger på, men synes det er rigtig svært indenfor den tænkning der er i øjeblikket, fordi vi er så presset som vi er. Jeg synes også det er væsentligt at se på de måder vi har organiseret os på og se på vores fag. Steen Wachterhausen kommer senere, og han har skrevet nogle ting omkring hvordan brugerne reelt får indflydelse. Og det handler om noget så simpelt, hvilket sygdomsbegreb vi arbejder ud fra. Der skal både være direkte demokrati og også repræsentativt demokrati, jeg mener, at vi i højere grad skal få vores brugere ind og organisere vores fødeafdelinger eller måske bestyrelser på vores fødeafdelinger, hvor de er med, hvor der er repræsentanter med til at udvikle vores fødeafdelinger og vores svangreomsorg.

Så har jeg skrevet en ting til sidst, det kan godt synes lidt ved siden af, men det ligger mig rigtig meget på hjertet, hver gang man snakker demokrati, bliver det de stærkeste stemmer der bestemmer og det er så den farer der er ved at gå den vej. Man skal sikre sig, at dem med de mindste stemmer også er repræsenteret. (henviser til slide med anførelse af "socialt dårligt stillede")

Det handler om profession, da jeg jo kommer fra uddannelsen, er klinisk instruktionsjordemoder på Hvidovre Hospital og vi får studerende fra Jordemoderskolen i København. Jeg har også lige været med til sammen med mine kollegaer i en gruppe der har prøvet at revidere studieordningen til uddannelsen. Det er min baggrund for at stå her for uddannelsen.

Profession, det er jo et ord som vi bruger i flæng og så tænkte jeg som uddannelsesrepræsentant vil jeg lige lave en definition.

Definition. Jeg har kigget på flere forskellige ting og den her synes jeg passer allerbedst til hvad jeg forstår ved profession " A profession is an occupation that requires extensiv training" – jeg tror bestemt alle vil sige det gør vi i vores uddannelse. "And the study and mastery of specialized knowledge", og det kan vi da også være enige om, at der er nogle specielle ting, vi er noget særligt, idet vi lærer. "usually has a professional association", det har vi jo selvfølgelig også. "Ethical code" kender vi også til "process of certification or licensing", vi har jo vores autorisation, så på den måde klarer vi jo det hele, så vi kan godt kalde os en profession.

Så var der nogle som her før sagde til mig, hvad med bacheloren, ja, det ved jeg ikke. Det har jeg ikke tænkt over, at det ord også hænger ved vores titel, professionsbachelor.

Men det, det hele handler om, det er, at jeg skulle sige noget om, hvor er vi i dag, hvor har vi været og hvor bevæger vi os hen. Og det er jo ikke så nemt, at binde sammen, så derfor har jeg prøvet med en snor, så nu sidder fortid, nutid og fremtid sammen. Nu må vi se om det holder.

Vi bliver uddannet i dag til professionsbachelorer, vi har grundet det og vores autorisation selvstændigt virksomhedsområde, vi arbejder på større og større afdelinger. Vi specialiserer os en lille smule, der er f. eks nogle jordemødre som jeg kender til, der har specialiseret sig i gemelli-gravide, der er nogle der har specialiseret sig i ultralyd, svangreområdet, barselsområdet osv. Men efter min mening stadig en meget lille specialisering, som er uden særlig uddannelse, det er bare fordi man har beskæftiget sig meget udelukkende med det i en periode.

Så er der også hvad der er i dag, at underviserne på jordemoderskolerne og også de kliniske undervisere, de kliniske instruktionsjordemødre på hospitalerne er bedre uddannet, de har for det meste en master eller kandidatgrad. Så er der kontaktjordemødrene, vi ville gerne have, at de er noget bedre uddannet, men det sker ikke, der står vi stadig lidt i stampe.

En anden ting som vi har nu er, at der går nogle rygter om, at nyuddannede jordemødre, de kan bare ikke lige så meget som dem der blev uddannet for 20 år siden. De har lidt svært ved at magte ansvaret, de har lidt svært ved at klare arbejdslivet med de skiftende arbejdstider som det jo er for en jordemoder. Men det siges også, at dem der er uddannet i dag er bedre teoretisk funderet, de har en bedre teoretisk basis med sig og en anden ting som jeg også synes kendetegner dagen for i dag er, at vi er der, hvor der skal spares og spares, det er der hvor vi er i dag.

Hvordan var det så for 25 år siden? Jeg var altså ikke jordemoder for 25 år siden, så jeg er ikke sikker på, at jeg siger det rigtige, men så må I rette mig.

Der er mange jordemoderstuderende der har haft deres arbejdsgang på en fødeafdeling eller en barselsgang så de kender til arbejdsbetingelserne, har jeg ladet mig fortælle. Der var flere og mindre fødeenheder, mere ro – siger de, jeg ved det ikke, jeg har ikke været der. Så har der også på de enkelte steder været mange flere jordemødre med rigtig megen erfaring, de har været jordemødre i rigtig mange år. Det kan man jo sikkert se mange steder endnu, men jeg ved i hvert fald, at på Hvidovre er der rigtig mange – rigtig nyuddannede og rigtig mange mellem uddannede, der er ikke så mange gamle erfarne jordemødre. Der er selvfølgelig nogle, men det er et andet arbejdstempo i dag, så måske er det derfor, at de ikke er der så meget mere. Og så var der heller ikke den specialisering som vi ser i dag m.h.t. de enkelte områder, så som jordemoder gjorde man det hele, altid.

Hvad kan uddannelsen så gøre for at ændre på de vilkår de nyuddannede kommer ud til. At ændre de vilkår de jordemødre der er uddannede er i?

Jeg har et par bud som kommer som strøtanker:

Hvad med et interview inden de kommer på – bliver optaget på jordemoderskolen. På den måde kan man "si" nogle folk fra, som ikke har forstået inden de søgte, hvad det vil sige at uddanne sig til jordemoder.

Nogle nævnte praktik. Når man er kommet ind på jordemoderuddannelsen indebærer det, at man er i praktik på en fødeafdeling 3 måneder inden uddannelsens start. Nogle bliver måske fuldstændig chokeret over, hvad det vil sige at blive jordemoder, at de ikke starter på uddannelsen.

Et andet bud. Vi har en 3årig uddannelse til jordemoder, derefter arbejder man 1-2 år som jordemoder, turnus, barsel, svangre og fødeafdeling og så skriver mange herefter sin bachelor og det ville være en fordel for afdelingerne, fordi bachelorprojekterne ville være mere specifikke og brugbare for den afdeling, som den enkelte jordemoder arbejder på, måske. Der kunne også godt være en større samling af teori og klinik, fordi vi har fået mere erfaring, når de har været ude at arbejde, inden de begynder at skrive sin bachelor. Og det kunne jo være et bud på, hvad vi kunne specialisere os i, og det kunne også være et bud på et bachelorprojekt.

Hvordan vil det se ud om 25 år? Jeg mener bestemt, at vi skal fastholde vores selvstændige arbejdsområde og vi skal holde fast i, at den spontant forløbende graviditet, fødsel og barsel er vores kerneområde.

Den nye studieordning er også tænkt som det, den del af vores arbejde er basis. Men der vil også være en større del af jordemødrene, der opretter private fødeklinikker, det kan være både godt og skidt, det ved jeg ikke, hvordan jeg forholder mig til. Kvinderne vil i hvert fald, i forhold til det jeg har snakket med folk om, gerne bruge lidt penge på at få lidt mere ro og service, vide hvad der foregår, den omsorg som vi taler så meget om, at de vitterligt også har mulighed for at få den. Det er der nogle der siger, at kvinderne gerne vil. De vil også gerne bruge penge på, at få en perfekt oplevelse, at få et barn. Skrækscenariet er, at det offentlige hospital ligner amerikanske tilstande, kvinderne der ikke har råd til det, de må bare nøjes med det offentlige, og så laver man elektivt sectio eller sætter i gang, fordi der skal jo spares. Jeg tror desværre ikke det bliver bedre med det at spare, det er lidt kedeligt at have den pessimistiske tanke.

Der vil også blive en forskel på dem som arbejder på det offentlig og det private. Man tjener mere i det private. De mere nyuddannede jordemødre der ikke har samme mulighed for at flytte sig, arbejder på det offentlige, alle dem som har mere mulighed for at gøre mere ud af det, kommer til at arbejde i det private.

Det er et bud men det behøver ikke være sådan, sort og hvidt. Vi skal virkelig bruge den jordemoderforening til at kæmpe for vores arbejdsbetingelser, det er ikke bare vores arbejdsbetingelser, det kommer også de kvinder, de familier til gode, som vi er til for. Vi skal tilbage til mindre fødeenheder, det er den vej det kommer til at gå. Jeg er meget optimistisk og så er der nogle enheder der er løsrevet fra resten af hospitalsvæsenet. Vi har som udgangspunkt med raske mennesker at gøre. Der skal også være mulighed for efteruddannelse i flere specialer. Når man har været uddannet nogle år og fået sin bachelor, kunne man f.eks. forestille sig, at nogle gerne ville have mere viden om f.eks. ultralyd, den spontane normale fødsel. Man kunne efteruddanne sig, så der bliver stillet mulighed for alle, at kunne uddanne sig noget mere. Mere jordemoderforskning, og vi skal som det sidste, absolut holde fast i vores selvstændighed. Hvis du bliver træt af det her, så findes der andre professioner, så kunne vi prøve at blive prinsesser! (overhead). Det er også en profession, de kan jo også blive skilt, der er rig mulighed for det hele, gå bare i gang.

Den ledende jordemoder

Tak fordi jeg får lov til at give mit bud på hvordan det ser ud i dag og hvordan det ser ud i fremtiden, det er rigtig spændende. Jeg har tænkt meget over hvordan jeg skulle gøre det. I min rolle som leder har jeg to rigtig store hensyn, de gravide og de fødende på den ene side og alt personalet på den anden side. Så jeg er altid lidt splittet – hvem er det jeg skal tage mest hensyn til, men nu har jeg valgt og fundet en model i dag som jeg håber kan provokere jer, for det var det, jeg fik at vide, at jeg skulle. Så jeg håber I bliver provokeret, for jeg har fundet nogle rigtig grimme ord – så hvis I "buher" håber jeg I gør det de rigtige steder (latter i baggrunden).

Men hvor er det vi står i dag, vi står med dannelsen af regionerne og dermed den hospitalsplan (buh – buh), I har fattet den, tak. Hospitalsplanen det er jo en af de største ændringer overhovedet i sundhedsvæsenet der er på vej og det synes jeg vi skal prøve at se på, på en positiv måde, det var godt I ikke "buh"ede, I havde fattet den. Men vi bliver nødt til at se på det positivt, og jeg tænker, at vi må prøve at se hvad vi kan gøre for vores fag, om vi kan se på det på en ny måde. Hospitalsplanen lægger op til store fødesteder, planen er, at der skal ske sammenlægninger rigtig mange steder rundt omkring i landet og vi skal have langt større fødesteder end vi kender i dag. Det bilder jeg mig ind, at det betyder nye og bedre vilkår, det er min overbevisning.

Hvad siger I? – (buh – buh) – der skulle ikke buhes. Nogle af de elementer der er og kommer til at have stor betydning for vores fag fremover tror jeg, det er arbejdsbetingelserne, de har ændret sig rigtig meget, fordi de gravide stiller langt større krav, de ved meget mere når de kommer til os, de ved hvad de vil ha' og det skal vi leve op til på en anden måde.

Tilbuddene til de gravide og fødende har også ændret sig. De skal scannes rigtig meget mere og de skal have specielle grupper afhængig af om de gravide er sårbare, om de har psykiske

problemer, om de har overvægt, om de skal holde op med at ryge, om de skal have lavet sectio eller de har fået lavet sectio eller om de har haft et dårligt forløb. Alle de behov, dem er vi som jordemødre nødt til at forholde os til, og vi bliver nødt til at have kompetencer indenfor de forskellige områder. Til fødslen bliver der også stillet flere og anderledes krav. Epidural, en fødende med en epidural kræver en helt anden type jordemoder, en anden type opmærksomhed end en fødende uden en epidural. Antallet af sectioner stiger markant og det betyder, at de næste år skal vi forholde os til alle de kvinder der kommer som tidligere, har fået lavet sectio, holde øje med alle de komplikationer, det fører med sig. Så på den måde mener jeg, der bliver stillet andre krav til os.

Så kommer der et ord som jeg også kan forestille mig, at der bliver "buhet" lidt til – jublende lyder det fra salen og grin, jeg er målløs! Akkreditering – alle hospitalerne i landet skal akkrediteres indenfor de næste år og i det mener jeg også, at vi kan prøve at bruge det som en positiv ting, fordi det betyder, at vi skal leve op til at patientsikkerheden, at den er i orden. Vi skal leve op til alle brugerundersøgelser, der bliver lavet. Bliver vi evalueret godt nok, vores dagligdag bliver hele tiden målt på de indikatorer, der kommer for graviditet, fødsel og barsel. Så nu vi skal leve op til alle de ting og hele tiden bliver målt på det, så er vi også nødt til at have folk nok til det, tænker jeg. Og jeg tror ikke, det er helt sort snak at se på normering og krav til os. Det vil i hvert fald være noget af det, jeg som leder vil kunne finde på at sige højt forskellige steder. Så er der arbejdsmiljøundersøgelserne, det er jo også noget af det vi ka' få foretaget jævnlige ude på stederne og fra Jordemoderforeningen, som det jo også er sket. De ting vi så finder ud af, stress, udrændthed, træthed af faget og alt muligt andet, det må vi lære at forholde os til på en ordentlig måde, at tage handling på det også. Jeg tror, at noget af det, jeg i hvert fald oplever som leder er, at mange af de unge jordemødre siger, "jeg har tænkt på at holde op, for jeg bliver bare så ked af det så tit og jeg ved ikke hvorfor", det tror jeg vi skal bruge rigtig meget energi på at finde ud af, hvorfor er det man bliver ked af det så tit og hvorfor er det, at man synes det er så hårdt. Fordi jo klarere vi bliver, jo mere præcise vi bliver i forhold til hvad det er vi skal stille krav til, desto bedre er vi rustet.

Så tænkte jeg, at nu hvor jeg skal provokere jer, så var det, at alle de ord kom. I har buh'et så I er rigtig godt med – jeg har valgt, at se det fra familiens side, hvordan det kunne være, at vores fag kunne udvikle sig, og jeg har valgt at tage 2 ekstremer som jeg håber I selv kan se forskel på hvad der er hvad (latter i baggrunden). Vi forestiller os, at vi ser en kvindes vej igennem systemet. Én model kunne se sådan ud, at kvinden går til sin egen læge, får konstateret graviditeten, det er der ikke så meget provokerende i, det kender vi jo så godt. Så går hun på nettet og så finder hun den fødselslæge, hvis holdninger hun synes passer til hendes behov. Hun kigger på, hvad han synes om epidural, om sectio, planlagte fødsler og måske også, hvad han synes om naturlige fødsler, det afhænger lidt af hvad kvindens ønsker er. I graviditeten ses hun så af en fødselslæge 8 -10

gange og ved alle undersøgelserne bliver hun scannet. Forældre og fødselsforberedelsen, den planlægger kvinden og hendes partner i samarbejde med en fødselscoach, fødselscoachen ser kvinden 8-10 gange i graviditeten i kvindens hjem. Når fødslen går i gang, så ringer kvinden til fødselscoachen, som kommer hjem til hende, og det er også hende, der på et passende tidspunkt ringer til fødegangen, når de synes de skal komme ind.

På fødegangen bliver de taget imod af en social- og sundhedsassistent og hendes opgave er, at vise parret og coachen til rette på fødestuen, samt at tilkalde den vagthavende læge, der skal undersøge kvinden, for at konstatere om hun er i aktiv fødsel. Såfremt hun er det, så kalder de på kvindens egen fødselslæge og social- og sundhedsassistenten vil sammen med fødselscoachen bistå lægen gennem forløbet, servere ham kaffe og kolde drikke (stor latter fra salen).

Efter fødslen ses kvinden af en sundhedsplejerske, og hun kan blive på hospitalet et døgn, hvis hun vil det og derefter tager sundhedsplejersken over. Det var én model – (blanding af langt buh og af latter fra salen).

Jeg synes ikke, I buh'er særlig meget! Den med fødselscoachen synes jeg selv var rigtig fræk! (Stor latter) – ja, I er lidt langsomme, men vi har jo hele dagen...

En anden model kunne se sådan ud, at når kvinden og hendes partner tænker på at få et barn, så undersøger de på nettet, hvilket jordemodercenter der har nogle holdninger, som kvinden kan forholde sig til. Når hun har fundet det, så kommer parret hen og konsulterer en jordemoder og sammen stiller de alle de spørgsmål som de har, og som kan være gode at få svar på inden de begynder at planlægge en graviditet. Kvinden får så konstateret sin graviditet, det gør hun også henne i jordemodercentret, og hun vælger en af jordemodercentrets jordemødre. Og lige for en forståelses skyld, så vil jeg lige forklarer jer hvordan et jordemodercenter det ser ud, ikke om 25 år men om få år, håber jeg. Et jordemodercenter er organiseret med omkring 8 jordemødre.

Jordemødrene kender hinandens holdninger til fødselshjælpen, og de har hver deres speciale indenfor graviditeten og fødslen. En af de jordemødre kommer, når en kvinde fra deres center skal føde. Så det vil sige, jordemoderen kommer kun til den kvinde hun kender, og bliver kaldt til den fødsel. Så den der med at sidde på fødegangen og kede sig, det gør man jo ikke (latter fra salen) for man er der kun, når der er en fødende, som man har en kontakt med. I graviditeten - for at gå videre i forløbet - ses kvinden i forløbet 8-10 gange. Ved særlige behov eller komplikationer så henvises hun til et ultralydsafsnit eller til den fødselslæge som er tilknyttet det pågældende jordemodercenter. Forældre og fødselsforberedelsen planlægges i samarbejdet med jordemoderen. Jordemødrene i centret, de har deres tilbud, og det kan parret så frit vælge imellem. Når fødslen går i gang, så ringer kvinden til den jordemoder fra centret som har vagten, og sammen planlægger de det videre forløb. Det kan være jordemoderen tager hjem til kvinden for at se om hun er i aktiv fødsel, det kan være kvinden skal føde hjemme, så bliver de der.

Hvis ikke de skal det, så mødes de måske på fødegangen. Såfremt kvinden har valgt at føde på hospitalet, så vises parret tilrette i deres fødelejlighed hvor de skal være indtil de går hjem. I må gerne juble hvis det skulle være af interesse (latter).

Såfremt der opstår komplikationer i forbindelse med fødslen så tilkalder jordemoderen en af de fødselslæger, der er tilknyttet jordemodercentret, hvor jordemoderen og den fødende kommer fra. Efter fødslen, så tilbydes familien et døgn i fødelejligheden. Familien tilses af en af jordemødrene fra centret og i tilfælde af komplikationer, af den læge som er tilknyttet centret. Og ved behov for mere intensiv pleje, så tilbydes kvinden og hendes partner et ophold på barselsgangen.

Efter fødselen tilbydes kvinden at blive tilset af en af jordemødrene fra jordemodercentret i 5 dage efter fødslen derhjemme. Og efter det, så overtager en af sundhedsplejerskerne, der er tilknyttet centret hvor kvinden har gået.

Ja, hvad siger I til det, hvad skal vi vælge (kæmpe stor og langvarig klapsalve) – det var godt I klappede det rigtige sted.

Jeg mener, at dybest set så er det os som bestemmer og det gør jeg faktisk. Jeg mener, at vi bestemmer på den måde, at vi skal organisere os på en anden måde, hvor vi skal tænke arbejdstilrettelæggelse på en anden måde, vi skal tænke i teams i stedet for individuelle vagtplaner til stor gavn for de fødende, men også for jordemødrene. Og så skal vi selvfølgelig tænke, hvad er det for nogle behov, vores brugere har og til allersidst huske at tilrettelægge jordemoderarbejdet sådan, så vi bevarer jordemodervæsenet.

TAK (kæmpe stort langvarigt bifald fra salen)

Den forskende jordemoder

Tak til Jordemoderforeningen for at kunne komme med mit bud. Jeg er en af den generation af jordemødre som har taget vejen omkring uddannelse og ret hurtigt er gået ind i et akademisk karriere forløb og det vil jeg godt fortælle jer lidt om i dag, så I kan se, at der også er andre muligheder at bedrive jordemoderi på end på fødestuer.

Jeg tror, at vi i stigende grad i fremtiden vil se jordemødre vælge forskellige veje og måske også relativt hurtigt i deres karriere forløb vælge den vej de finder rigtig for dem.

Jeg har kaldt mit oplæg forskning og fødsler, og der kommer som vanen er tro, lidt forskellige slides. Det ene er en præsentation af hvorfor er det, at jeg overhovedet er blevet forsker.

Grundlæggende er jeg uddannet i Ålborg på en udmærket jordemoderskole i 1999. Jeg har taget lidt tropemedicin på Panum Institutet fordi jeg troede, at jeg skulle ud med "læger uden grænser", men så blev jeg gravid, og så skulle jeg ikke til troperne. Så har jeg taget noget sundhedsantropologi, fordi jeg synes, at vores fag i den grad manglede måder at udtrykke de ting vi kalder jordemoderfaglig omsorg på. Og jeg opdagede hurtigt, at lægerne ikke var dem der havde de bedste videnskabelige metoder til at kunne dokumentere det som er unikt for

jordemodervæsenet. Så jeg flirtede lidt med antropologien og også de damer der har lavet undersøgelsen omkring den gode fødsel, hvad er det egentlig antropologen kan fortælle om vores fag? Hvilke metoder skal vi bruge til at dokumentere jordemoderfaglig omsorg med? Alt kan ikke måles og vejes, men hvis man vil noget forskning på et ordentligt niveau og have nogle vejledere, som kan vejlede jordemødre, så findes der i dag næsten kun lægefaglige vejledere, hvis man vil ind i et ph.d. forløb, med mindre at man er så heldig at blive tilknyttet nogle humanistiske fakulteter med de udfordringer der er i det. Men jeg valgte altså at tage en cand. scient. san. uddannelse som er en sundhedsfaglig kandidatgrad ved Århus Universitet og er en meget naturvidenskabelig uddannelse. Det er læger, der sidder i studiebestyrelsen, det er læger, der bestemmer pensum, dvs. det man lærer er lægefaglig forskning. Og det er jo fantastisk velbegavet, at vi i Danmark endnu ikke har præsteret at kunne lave en uddannelse, som er bedre for jordemødre og som indeholder flere forskellige metoder end kun lægefaglige og filosofisk forskning. Jeg håber meget, at vi efter i dag bliver enige om, at vi måske skal til at lave en uddannelse som er mere specifikt målrettet det vi gerne vil arbejde med, med et bredt udvalg af de metoder vi kan anvende. Aktuelt så er jeg ph.d. studerende ved Sygehus Sønderjylland. Jeg har et 3årigt stipendiat der hvor jeg bl.a. undersøger, hvordan kan vi bedøve kvinder, når de skal syes. Vi træner med noget akupunktur, om det virker lige så godt som lokal bedøvelse. Jeg laver noget andet forskning også med lægevidenskabelige metoder, det randomiserede forsøg i Århus, hvor vi har haft 400 kvinder til at blive syet på 2 forskellige måder. Den første artikel for det forsøg bliver offentliggjort i BJOG i december måned, i det britiske tidsskrift for obstetrikere og gynækologer. Og det er igen et tegn på, at der i dag ikke findes et jordemoderfagligt tidsskrift, som er anerkendt nok til, at det er der vi skal publicere vores arbejde, hvis vi vil være anerkendte forskere, fordi det er lægerne som bestemmer, svært interessant. Men det er en del af de veje vi skal træde, det er også en af de veje sygeplejerskerne kæmper med og fysioterapeuterne, der prøver at lave en akademisering af deres fag. Vi ender alle sammen med at blive små læger eller i hvert fald at bruge lægemetoderne. Jeg tror ikke, det er det klogeste og det er heller ikke den forskning der altid bringer noget godt ind i jordemoderfaget. Det bringer os noget, hvor vi kan måle og veje ting, er der forskel; men det bringer os ikke den gode fødsel eller den gode oplevelse. Jeg har en hjemmeside, www.suturprojekt.dk, der ligger en del af de forskningsprojekter jeg publicerer løbende.

Jeg vil godt sige lidt om, hvorfor er det nu vigtigt overhovedet at snakke om forskning i vores fag. Det ene det kan være, at der er nogle forskellige ting vi skal, jeg synes, vi skal. Jeg synes, vi moralsk og etisk er forpligtet til at udvikle vores praksis. Vi er nødt til at kigge på, gør vi noget som er forkert. Et meget klassisk eksempel er episiotomierne, som vi indførte i 50'erne, 60'erne og 70'erne. Vi klippede alle kvinderne, fordi vi troede det var godt. Det måtte bestemt være et fejldesign, fordi vi ikke var født med en lynlås, så derfor klippede vi damerne og syede dem

sammen igen, i troen om, at det var bedre for deres mellemkød og deres sexliv og deres knibefunktion. Så begyndte videnskaben at komme ind i vores fag. Vi lavede vores første lodtrækningsforsøg. 5000 kvinder i Argentina blev ikke spurgt, men de blev ufrivilligt deltagere i et forsøg, hvoraf de 2500 de blev klippet rutinemæssigt og de andre 2500 blev kun klippet, hvis der var truende iltmangel hos barnet. Efter det videnskabelige forsøg var gennemført, så fandt man ud af, at sphinkterruptur-raten var størst i den gruppe, der havde fået episiotomierne. Der var flere kvinder der havde smerter efter fødslen og der var flere kvinder der havde suturskred, flere kvinder der havde infektion, flere der havde smerter ved deres samliv, der var stort set ingen grund tilbage til at anlægge episiotomi. Men vi havde selv som faggruppe været med til at bære nogle traditioner ind i faget. Lige så stille begynder vi at få ryddet op i det, så det er en grund til, at forskning kan være godt, at det faktisk kan gavne sundheden for de kvinder vi betjener.

Det andet det er, at de brugere der anvender jordemoder faglig omsorg forventer egentlig, at vi leverer en vare som er baseret på høj kvalitet, som er klog, som er vis, som er dejlig, men også som bærer en eller anden form for kvalitet, så vi gør det der er bedst mulig for hendes sundhed. Så er der et ufravigeligt krav i lovgivningen om, at jeg arbejder evidensbaseret, vi er nødt til at have en fødselsomsorg, der baserer sig på god viden og i hvert fald ikke gør vores brugere skade, hvis vi kan lade være. Vi er ekstremt meget i tvivl. For 2 døgn siden blev der publiceret et kæmpe arbejde, om at indførelsen af "STAN" som ny monitorering af fosterhertelyden måske potentielt har gjort mere skade end gavn trods det, at vi har indført den stort set på verdensplan, fordi vi troede, at alting var så godt. Problemet med nogle af de her ting, som vi indfører i obstetrikken er, at når vi laver randomiserede forsøg, så virker alting smadder godt. Man uddanner personalet til at lave super omsorg og super tolkning, super apparatur, det er kun de sunde og raske mennesker, der vil blive inkluderet i de her forsøg. Når man så vælter evidensen ned over praksis, så sker der det, at klinikken er mangfoldig og det er ikke alle der lærer at tolke de der ting. Det er ikke altid, at man kan lave et akut sectio selvom, at "STAN" sagde, at vi skulle. Der sker lige pludselig nogle ting med vores praksis hvor evidensen gør mere skade end gavn. En af mine forbilleder, Jette Clausen, som også er her i dag, har været inde og lave nogle artikler om, hvad gjorde det ved vores fødselsomsorg, at vi indførte CTG versus trærør. Evidensen sagde tidligt i perioden omkring 80'erne, der er flere levende børn der bliver født sunde og raske, hvis der er lavet CTG, men var det nu sådan det var i praksis. Næ, vi endte med at lave alt for mange kejsersnit og stå til vores store overraskelse og pille børn ud ved kejsersnit, som råbte og skreg og var sunde og raske. Og så sagde vi, hvor er vi dygtige, vi fik et levende barn ud, ja, men vi havde så tolket kurverne forkert? Så nogle gange, så har teknologiimplementering gjort vores kvinder skade, i hvert fald ikke bidraget til øget grad af sundhed til mor eller barn.

Så er der noget omkring status. Jo mere et fag forsker, jo højere status har det, både blandt befolkningen og også blandt andre faggrupper. Der kan også være nogle personlige grunde til, at

man får lyst til at forske, det kan være en måde at arbejde videre med sit fag på, det kan være en måde at undgå at stå på fødestuerne på, nogle brænder ud over at stå i det akutarbejde. Mange sammenligner en jordemoders arbejde med det at være på en skadestue, der er ikke særlig mange sygeplejersker, der holder ud at være på en skadestue hele deres karriere, men i praksis er det tit sådan, det bliver oplevet, når man står på en stor fødeafdeling og ikke ved, hvem man møder, næste gang man går i vagt.

Her er et lille slide om hvem det er som har lyst til at forske. Det vil ofte være den jordemoder der er nysgerrig efter at opdage noget, det kan også være en jordemoder, der vil vise, at vi kan noget godt i faget. Det kan være en jordemoder, der er tændt på akademisk bevisførelse og det kan være en jordemoder der er mæt af klinisk arbejde, vi har dem alle repræsenteret i dag blandt dem der laver ph.d. og andre former for forskning.

Hvordan en forsker fødes er måske et interesse spørgsmål. Man brænder helt vildt for at undersøge noget, man fik selv en episiotomi og hader "epis'er". Mange af dem jeg kender, er engelske kollegaer, der har lavet en karriere og sidder i dag som jordemoderprofessorer. De er startet omkring det med mellemkødet, de gik i gang, fordi de fik epis'er for 20 år siden, og de er begyndt at forske, hvad var det nu grunden var, og kunne vi afskaffe det?

Det kan tit være en helt personlig interesse, der gør, at man hopper ind på et eller andet bestemt fag, rygeafvænning, men det kan også være ambitioner. Hvis man har lyst til at tage til kongresser, holde oplæg, lave plakater eller blive omtalt i medierne eller sådan noget, så er det en glimrende måde at forske på. Omkring forskning er der rigtig meget publicity og rigtig meget der handler om selvscenesættelse, at profilere sin forskning hele tiden. Når vi hygger os rigtig meget i forskningsmiljøerne, så konkurrerer vi universiteterne imellem. Hvem har flest publikationer på listen, det er ikke fordi det er specielt charmerende eller specielt klogt eller vi gør mange mennesker god gavn, men der er enorm meget status i at forske, så der er rigtig mange, der har lyst til, at vores profession udvikler sig forskningsmæssigt, fordi det giver højere anerkendelse. Jo flere artikler vi kan præstere, jo klogere må vi være. Jeg er ikke sikker på, at det er en klog beslutning, men der er noget om, at andre tror, vi bliver klogere hvis vi forsker. Så handler forskning også om, eller det at føde en forsker, om opbakning. Jeg har fået utrolig stor opbakning af de ledere, jeg har mødt på min vej, og kollegaer som har sagt, hvor er det væsentligt, at der bliver undersøgt et eller andet om vores eget fag, at det ikke kun er slimpropper, der indeholder et eller andet hormon, men hvordan føder kvinder deres børn, kan vi undgå, de brister.

Jeg tror, at jordemoderfaglig forskning, som er tænkt af jordemødre, er bedre end obstetriske forskning, som er tænkt af obstetrikere. Så handler det om at have nogle forbilleder. Der har heldigvis været en tradition indenfor jordemoderskolerne om, at vi har fået akademiseret vores egne undervisere, vi har efterhånden nogle undervisere der har taget master, kandidat studier, nogle, som har været dygtige og nogle, som forhåbentlig giver ilden videre til de unge i faget. At

man godt kan arbejde akademisk med sit fag som jordemoder. Så handler det også om tid og økonomi. Hvis man vil forskning, så er man nødt til at have nogle stipendiat, så folk ikke skal kæmpe hele tiden for at få løn til næste måned. Meget forskning det starter med, at man søger et eller andet lille pjatbeløb på 10.000 kr., og så har man lige præcis tid til at sidde og tænke sig om i en uge, for så er pengene brændt af. Og man skal også betale husleje det sted man sidder, og hvad skete der lige med den computer man manglede?

Jeg tror på, at vi i jordemoderfaget er nødt til og kigge på, at vi skal have nogle faste stipendier, så vi hvert år kan skyde 5 eller 10 jordemødre i gang med nogle kandidatstudier og gerne et par ph.d. studerende også. Jeg synes man skal tænke på at samarbejde med industrien også, et Libero-stipendiat eller et eller andet og så sige, at så er der ro til, at en velbegavet jordemoder eller dygtig ung jordemoder kan sætte sig ned i et år og få taget et bestemt forløb i sin karriere, sådan at hun kan arbejde forskningsmæssigt med sit fag. Jeg synes også, at CVU'erne har en forpligtelse om, at få skudt en studerende af sted. Ålborg har gjort det i en periode og København er i gang, Esbjerg har også, så de 3 CVU'er vi har i dag, har faktisk en ph.d. studerende i gang. Jeg håber også, at fødestederne i fremtiden kommer til at skyde nogle i gang, og at fødestederne kan konkurrere lidt med hinanden om, hvem har den bedst uddannede arbejdsmasse.

De videreuddannelsesmuligheder der er i dag på universiteterne, som er de mest seriøse, det er nogle af Masteruddannelserne, og dem er der rigtig mange af os, der efterhånden har. De kliniske instruktionsjordemødre har ofte en Masteruddannelse... CVU'ernes undervisere har dem, klinikere der ønsker lidt generel videreuddannelse, altså som "den erfarne jordemoder", fordi man personligt brænder for at komme lidt videre i sit fag og får lyst til at lære noget nyt. Og så er der jordemødre med lederambitioner, der ved, at hvis man skal have en lederstilling så er man også nødt til at kunne lidt mere end at være den gode kollega. Så er der vores kandidat uddannelser, det er primært jordemødre med forsker ambitioner, det er et akademisk grundlag for et ph.d. forløb. Der er brede jobmuligheder bagefter inden for alt muligt bureaukrati, hvis man har lyst til at sidde med akkreditering eller NIP, IKAS, alt muligt. At sidde og prøve at måle og veje folks sundhed (latter fra salen) og ingen dokumentation har for, at sundheden bliver bedre af, at man prøver at måle og veje den. Der er masser af muligheder for at lave et bredt bureaukratisk arbejde med en kandidatuddannelse. Det er desværre også en af de veje, der leder jordemødre ud af faget, fordi jordemødre der har en kandidatuddannelse ofte har svært ved at finde en måde at bruge deres viden og kunnen på i deres egen faggruppe. Man kan blive leder, men jeg har sgu ikke taget en kandidatgrad for at sidde og lave vagtskemaer, så det er noget om, hvad det er for nogle ledelsesformer, vi har i dag. Måske bringer de nye store fødesteder en anden form for ledelse, faglig ledelse, at man deler op, der er forskel på faglig ledelse og administrativ ledelse, måske er det der vi vil se nogle af de kandidater betræde disse stillinger. Men det kan også være nogle, der forlader os, forlader faget, der er andre typer job til højere løn.

Så har jeg en lille bitte opsang om, hvor højt kan vi flyve, hvor langt er vi nået med vores profession i dag.

Hvis vi kigger på, hvad bliver der forsket i, så har AB, hun er en af de første jordemødre i Danmark der er færdig med en ph.d. Hun har forsket i fedme og graviditet, og til ingens overraskelse har hun fundet ud af, at fede kvinder har dårligere fødselsoutcome. Det har hun brugt 100.000 kvinder til at studere sig til, så hele kohorten for bedre sundhed for mor / barn er et sindssygt flot stykke forskningsarbejde.

Så har vi CD, som er blevet færdig, hun har siddet og til ingens store overraskelse fundet ud af, at dem der bliver ultralydsundersøgt, de aner ikke hvad de bliver ultralydsundersøgt for. De tror de skal ind og hygge sig, de bliver død forvirret over, når vi spørger, om de gerne vil have at vide om barnet måske er mongol, de troede, at vi måske bare skulle hygge kigge (latter i baggrunden). Men det har hun brugt 3 år på at finde ud af.

Så har vi EF som disputerer lige om lidt på et projekt om vesvækkelse, der til alles store overraskelse viser, at det sørme er jordemødrene selv der sætter s-droppene. Det er meget sjældent, at vi har konfereret beslutningen med vagthavende læge. Vi sætter s-droppet, fordi der skal lidt mere skub på fødslerne, så det her med vores profession og de vældig naturlige fødsler kan jeg da godt stille spørgsmålstegn ved, vi er i hvert fald ikke så gode til at passe kvinderne, så de kan føde uden stimulation.

Så har vi GH der har lavet noget omkring præeklampsi, hvem er det nu der får det?

Vi har nogle, der laver noget om hvorfor er det nu, at kvinder vil have kejsersnit?

Hvem er det der motionerer og er gravide, hvordan går det med dem, og til ingens store overraskelse så viser de, at dem der motionerer, de er sunde og raske og får bedre og raskere børn.

Ja, så har vi dem der siger noget om fødselsforberedelse, det er ekstremt interessant hvad IJ finder ud af, hun er fra Århus. Hun har ved lodtrækningsforsøg fået 1000 førstegangsfødende til at deltage, om de skal have fødselsforberedelse eller ej. Og vi håber selvfølgelig, at hun kan vise, at dem der har fået fødselsforberedelse kommer på det relevante tidspunkt i fødslen, at de så er mere end 2 cm, får færre epiduraler og alt muligt andet. Det kan også være, at hun viser det modsatte. Det kan være, at den velinformerede kvinde der har gået til fødselsforberedelse, hun kommer og forlanger hele pakken, for hun ved hvad hun kan få. Vi kender faktisk ikke det resultat endnu, men det er en af de første gange vi i Danmark prøver, at kigge på, hvad er det vi som jordemødre leverer ved fødselsforberedelsen. Meget, meget spændende.

Så lidt omkring autisme og fertilitet. Til ingens overraskelse, de gamle koner, der ikke kan blive gravide af sig selv, de føder præterm, og deres børn bliver oftere autister end andre. Selvfølgelig bliver præterme børn oftere skadet af alt muligt.

Så har vi KL, der laver noget rigtig spændende om, hvordan udvikler vi overhovedet vores viden. Vi har noget omkring fødesteder, outcome, MN er i gang med noget – og så i Århus og Sønderborg omkring akupunktur.

Så p.t. har vi altså 10 jordemødre der er i gang eller færdige med deres ph.d. Det er ret godt gået, hvis vi sammenligner os med andre faggrupper.

Mit succeskriterium for fremtiden, det vil være, jeg har prøvet, at lave en lille "quick and dirty" graf her med et excel-regneark. Men at vi omkring 2007 står med, hvis vi nu siger jeg har regnet den ud i procenter, jeg vidste ikke hvor mange erhvervsaktive jordemødre vi havde. Men hvis vi siger, at vi ud af de 100 % erhvervsaktive jordemødre vi har i dag, har en eller anden form for mastergrad eller kandidatgrad, en relevant videreuddannelse på mere end 1 års varighed, så har vi antallet af folk der er gået videre, karrieremæssigt på ph.d. niveau er ganske få, vi har 2 der er færdige så vidt jeg ved.

Jeg håber, at vi i 2015 ud af den masse kan højne et helt målbart succeskriterium, at gå fra 20-30 % der har en Master eller en kandidatgrad. Jo flere vi får møllet igennem på et akademisk niveau, jo flere er der, der kan tage nogle ph.d. grader og så synes jeg selvfølgelig, at vores ambitionsniveau for 2015 skal være, at få etableret 3 jordemoderprofessorater, et ved hver af CVU'erne. De jordemoderfaglige professorater kan være med til at bære vores profession frem og fastholde nogle af de rigtig kvikke hoveder der får deres ph.d. nu i faget. Og jeg håber, at i 2025, altså om ganske kort tid, at vi vil se, at halvdelen af vores arbejdsstyrke faktisk har en master eller kandidatgrad, og vi har flere i gang med en ph.d.

Det er ikke vanvittig svært, at være ph.d. studerende, man har bare 3 år og god tid til at sætte sig ned og tænke sig om, og til at lave nogle sjove og spændende forsøg. Vi er den mest intelligente faggruppe, der findes i dette her land. Hvis man kigger på vores gennemsnit, så er vi jo de mest begavede piger der kommer ind på denne her uddannelse. Det er ikke svært at lave en ph.d., men det kræver, at man har tid og ro, en god ide, som man har lyst til at prøve efter.

Jeg håber mange flere af jer får lyst til at gå samme vej som jeg har gjort.

(kæmpe klapsalve fra salen)

Jeg mener, at professionsudvikling i forhold til jordemoderfaget blandt andet drejer sig om ...

1. At tage ansvar for at være de specialister, vi burde være i forhold til det normale/spontant forløbende mere forskning, fokus og italesættelse af det specielle jordemoderfaglige – at det netop ikke er at møde alle med samme behandlingskoncept, men en særlig opmærksom imødekommelse af den enkeltes – vel både udtrykte og uudtrykte – behov på basis af solid viden og erfaring
2. At forsøg at skabe politisk forståelse for, at det netop er tidskrævende og kræver tid uden afbrydelse og med fuld koncentration
3. At ændre kvindernes syn på den gode fødsel. I stedet for "en smertefri fødsel = en god fødsel", skal vi trænge igennem med "en naturlig fødsel = en god fødsel"
4. At benytte den store stemme, kvinderne som gruppe er i besiddelse af
5. At skabe bedre arbejdsbetingelser, så vi standser flugten fra faget.
6. At få og stærkt pressede jordemødre giver en ringe udvikling i professionen.
7. At genindføre centerpraktik i jordemoderuddannelsen
8. At indføre tvungen efteruddannelse, således at man har et minimum af mulighed for at holde sin faglige viden ajour
9. At tilbyde supervision på alle fødesteder
10. At vore ledere skal være bedre rustet til at bestride lederjobbet; det er ikke godt nok kun at være jordemoderuddannet
11. At der skal være flere konsultationsbesøg hos jordemoderen og færre hos egen læge. Gravide piger fortæller ofte om læger, der ikke kan finde ud af at lave fosterskøn og måle symfysefundusmål
12. At der er mere engagement
13. At få et fagligt fællesskab
14. At skabe dialog og mødeaktivitet
15. At der er uddannelse og videreuddannelse
16. At der er forskning
17. At der er audit
18. At der er ressourcer – penge
19. At der er tid
20. At der er mediedækning, øget opmærksomhed og specialisering heri
21. At skabe en dygtig, velfunderet og konstruktiv dialog med vores samarbejdspartnere (læger m.fl.). Vi kan ikke alene "kæmpe kampen" for den spontane/naturlige/ukomplicerede/gode/sjove fødsel
22. At kvalitet i hverdagen forudsætter, at jordemoderen selv trives. Løn og arbejdsforhold skal være bedre
23. At vi skal sætte os selv på dagsordenen først - alt andet er hyklerisk
24. At lave kendt jordemoderordning a la Ingelise Andersen
25. At få mere teori i uddannelsen

26. At få mere klinik i uddannelsen
27. At få en længere uddannelse og evt. turnus-år
28. At beskrive, hvad det er, vi kan
29. At beskrive, hvad det er, vi vil
30. At "åbne" fødestue og konsultationsrum, så der kan ske en udvikling fra, at jordemoderen er selvrefererende til, at der foregår videndeling
31. At pengene skal følge kvinden.
32. At få et lønløft + bedre arbejdsvilkår
33. At vi fortsat skal være stolte af at være jordemødre
34. At vi skal være sikre på vores rolle
35. At man skal være klar på egne kompetencer og kende kommandovejen til at ændre/forbedre ens arbejdsforhold
36. At der er store muligheder for videreudvikling
37. At der er team-opdeling
38. At DRG-takster skal følge kvinderne
39. At jordemoderen skal være med fra undfangelse til, sundhedsplejersken kommer til
40. At skabe bedre mulighed for jordemoderforskning
41. At genindføre kvalificeret jordemoderfaglig fødselsforberedelse på fødestederne
42. En monofaglig afklaring – hvad ønsker vi? Hvor vil vi hen?
43. At skabe flere muligheder for jordemødrene – offentlig ansat/selvstændig/specialisering/efteruddannelse/kendt jordemoderordning mv.
44. At få fokus på den normale fødsel. Gøre det almindelig kendt, at den normale fødsel i princippet kan foregå hvor som helst og ikke kræver det store beredskab
45. At få overenskomstmæssig ret til løbende uddannelse
46. At jordemoderfaglig forskning skal styrkes gennem faste stipendiater fra jordemoderforeningen, CVU'erne, arbejdspladserne
47. At få indført fire ugers betalt efteruddannelse/kursus årligt
48. At ansætte folk som Thomas Nørby Dahl som konsulenter/spindoktorer i Jordemoderforeningen
49. At benytte os af andres store "professionsprofilering"
50. At indføre en tutor-ordning, hvor man det første år som jordemoder har en tutor, som man kan spørge til råds om det, man er i tvivl om
51. At der er mere tid til kvinden (familien) – specielt tilbud om barselssamtaler til flere for at afklare de spørgsmål, parret må have vedrørende fødslen. Dette medfører en bedre forståelse af fødslen og mekanismerne, samt jordemoderens arbejdsområde

52. At fødslen måske igen skal være en social oplevelse – hvor veninder, søskende, mødre osv. er med til fødslen
53. En definition af alt det, som jordemødre kan, som kan udbredes, så den bliver synlig for befolkningen
54. At pengene skal følge kvinderne, så de får mulighed for at vælge hvor, hvordan og med hvem hun vil føde
55. At jordemødrene skal selv kunne vælge, hvordan, hvor og med hvem de vil føde
56. At der er offentlig finansiering af privat og offentlig fødselshjælp
57. At der kommer mere fokus på sundhedsfremme
58. At vi som jordemødre skal fastholde vores kerneområde – graviditet, fødsel og barsel på jordemoderhænder – på højt fagligt niveau
59. At vi skal blive meget bedre til at dokumentere, hvad vi i vores jordemoderfaglige omsorg gør og hvorfor
60. At få defineret retningslinjer for den normale graviditet, fødsel og barselsperiode
61. At synliggøre vores arbejdsområder
62. At arbejde bevidst på vores selvstændighed – ud af store afdelinger
63. At der udvikles universitetstilknyttet forskning
64. Indførelse af konceptororienteret jordemoderydelse – jordemoder som synlig og primær person i graviditet-fødsel-barsel (konception)
65. At stille krav om ressourcer til videreuddannelse og videreudvikling af praksis
66. At stille krav om studie/forordningsdage (+ dokumentation) efter to års ansættelse
67. At sørge for rimelige/gode arbejdsbetingelser, så "rummet", vi udfylder og udvikler vores professionspraksis i, er i orden
68. At minimere risikoen for udbrændthed, nedslidning mm.
69. At bibeholde jordemoderuddannelsen som en selvstændig grunduddannelse med sundhed(sfremme) som basis
70. At anerkende vigtigheden af klinisk uddannelse og –undervisning inkl. kvantitet og kvalitet
71. At vi skal ud i pressen og promovere os selv. Vi skal fortælle, hvem vi er, "blære os" og fortælle om værdier og normer
72. At vi skal iværksætte en landsdækkende avis/medie-kampagne (styret af Jordemoderforeningen), hvor jordemødre fortæller historier fra det virkelige liv på fødegang,
73. Svangregang, barselgang, jordemoderkonsultation og fødselsforberedelse. Evt. udvælge en bestemt uge (muligvis lige op til OK08), hvor vi bombarderer alle landets aviser. Således kan vi (muligvis) opnå højere status, accept hos befolkning og politikere, bedre arbejdsvilkår og højere løn – og det vil medføre et overskud til at arbejde med udvikling af vort fag
74. At vi skal passe de gravide, fødende og barslende efter deres behov med vores viden
75. At vi fortsat skal være ansvarsbevidste i vores viden, indøvelse og udvikling – i samdrægtighed med samfundsudviklingen
76. At der bør indføres "tvungen" betalt videreuddannelse og vedligehold/udvikling af jordemødrene
77. At vi skal promovere os selv

78. At vi selv skal være med i organiseringen af graviditet, fødsel og barsel - kontinuiteten og indførslen i familielivet
79. At vi skal samarbejde med andre faggrupper
80. At vi skal give rum til hinandens lighed og forskellighed, så udvikling kan ske
81. At faget skal bevares som et selvstændigt fag, ved at vi sikrer, at den naturlige fødsel fortsat findes. Vi må sikre os at unge piger (og drenge) ser positivt på at føde vaginalt en dag – og fortsat opfatter dette som en selvfølgelighed. Hvordan gør vi det?
82. At der genindføres minimum 1½ års erhvervs erfaring for at søge optagelse på jordemoderuddannelsen. Dette er i de studerendes og fagets interesse. Man bør have "livserfaring" for at yde god jordemoderomsorg. Det ville være en slags kvalitetssikring
83. At vi skal lade os inspirere af den "svenske model" med alle de arbejdsområder, den indebærer.
84. At bruge græsrodsorganisationerne, eksempelvis "Sex og Samfund" – de er her forhåbentlig længe endnu. Lad dem anbefale os, når vi begiver os ind på nye områder
85. At turnusordning lige er sagen
86. At kvalitet er lig med 1 til 1 under fødslen
87. At have efterfødselssamtaler
88. At vores fag skal defineres: hvad er det, vi kan, og hvad vil vi?
89. At vi skal råbe højt, om det vi kan – sælge os selv
90. At vi skal definere os fra sygeplejesker, læger og andre
91. At få mere videreuddannelse og specialisering
92. At det er i orden at specialisere sig indenfor et område samt at få et opgør med, at en jordemoder skal kunne varetage alle funktioner indenfor faget
93. At vi skal definere egne arbejdsrammer og vilkår gennem uddannelse og i politik/magt. Vi skal erobre magten i eget fag
94. At få udbredt, hvad det er, vi kan som fag/profession – det vi er gode til. Hvor er vi "eksperter"/specialister? Som Ingela sagde: Når folk hører ordet jordemoder, så skal de ikke bare tænke, at "det er en, der tager imod børn". Befolkningen skal se os som de vigtigste i forbindelse med deres graviditet og fødsel. I Holland gjorde de dette i 60'erne – og i dag ses de af befolkningen som eksperter i graviditet.
95. At vi skal definere vores eget virke
96. At få mere teori i uddannelsen
97. At få et turnusår som nyuddannet
98. At vi skal have en skarpere profil udadtil (i pressen, blandt befolkningen osv.)
99. At vi skal have en femårig uddannelse, der svarer til en akademisk uddannelse, og der skal være et turnusår inkluderet i den længere uddannelse. Fordel: Længere uddannelse = højere løn
100. At faget skal ophøjes til igen at være en rigtig profession
101. At der indføres professorater
102. Specialisering, videreuddannelse, forskning

103. At stå sammen som faggruppe
104. At udbrede vores lønforhold til befolkningen
105. At stille krav
106. At være positive og tro på, at vi nok skal få forbedrede løn- og arbejdsforhold
107. At lade os inspirere af svenske jordemødres brede arbejdsområde
108. Kvalitative studier

109. At tage på udlandsrejser til fx Mexico, Rebozo, Norge (UK), USA, The Farm, Ina May
110. At vi skal tro på os selv og udvikle vores fag
111. At få uddannelse + 1 år (½ praktik og ½ teori)
112. At få bedre tid til fordybning og eftertænkning
113. At få større fokus på den normale fødsel
114. At vi skal skabe vores egen vidensbase
115. At styrke jordemødre til generelt at kunne "forsvare" faget gennem faglig debat/forskning/bevisførelse for, at vi gør det rigtige
116. At vi fastholder vores kernekompetencer
117. At udvide vores kompetenceområde, således at den enkelte jordemoder får flere muligheder og mere alsidighed i sit arbejdsliv
118. At få mere jordemoderfaglig forskning for på den måde at bevare indflydelsen på vores eget felt
119. Fødselsforberedelse skal ikke være en anbefaling, men et must, samt forskning indenfor området
120. At få mere uddannelse i håndværksmæssige teknikker – kvalitet frem for kvantitet
121. At skabe nærhed samt små enheder
122. At få større fleksibilitet i arbejdet, i forhold til forskellige perioder af jordemoderlivet
123. At få mere uddannelse/inspiration fra andre felter, der kan supplere vores jordemodervirke
124. At værne om og støtte den normale og ("naturlige"), spontant forløbende fødsel. Vise at kvinder/(par) selv kan føde uden medicin, tekniske hjælpemidler og overvågning. Vise at det er sikkert at føde med en opmærksom jordemoder ved siden af, også uden neonatalafsnit på den anden side af væggen
125. At skabe en grunduddannelse, der kan danne baggrund for specialisering indenfor faget siden hen
126. At alle jordemødre sikres adgang til minimum fire ugers efteruddannelse hvert år, eller ret til et halvt års orlov med henblik på uddannelse hvert femte år
127. At vi kan definere vores fag
128. At vi kan fortælle brugerne, hvordan vi gør en forskel
129. At få bedre arbejdsforhold for nyuddannede i Region Nord – større/bedre mulighed for fuldtidsstillinger samt fastansættelse efter lang tid i vikariat (vi har været under uddannelse længe – lad os få mulighed for erfaring)
130. Vi er en "Qvinde-profession" – derfor skal vi støtte op om gode vilkår for de uddannede (ny som ældre) – blandt andet mht. løn ved barsel – ellers er det kvindepolitisk bare ikke godt nok!!!! Dette er noget af det, vi selv som jordemødre kan gøre bedre
131. At blive behandlet dårligt fra starten (som nyuddannet) hjælper til at blive udbrændt
132. At forlænge uddannelsen med et halvt år
133. At opprioritere primærsektoren

Kære

Jordemoderforeningens hovedbestyrelse sætter i det kommende år øget fokus på professionsudvikling. Som startskud til dette satsningsområde, kommer årets medlemsmøde til at omhandle: Hvorfor professionsudvikling er relevant at arbejde med for en fagorganisation?

Det vil sige, at fokus primært vil være, at gøde jorden for, hvorfor vi nu skal beskæftige os med det, og ikke om eller hvordan.

Vi har planlagt, at starte dagen med fem meget korte oplæg, hvor jordemødre med forskellige indfaldsvinkler skal skitsere, hvordan de ser professionens udvikling indtil nu, og hvor den er på vej hen. Disse fem repræsentere uddannelsen, lederne, en erfaren jordemoder, en ung jordemoder og en forsker.

Efter disse oplæg bliver der en kort pause, og der vil derefter blive diskussion oplægsholderne imellem og med mødets øvrige deltagere.

*Jeg vil spørge dig, om du har lyst til repræsentere **den nyuddannede jordemoder, den erfarne jordemoder, den uddannelsesansvarlige jordemoder, den ledende jordemoder, forskeren.***

Dit oplæg skal tage udgangspunkt i din position, din verden og virkelighed, hvor du får givet dit bud på svar på følgende spørgsmål.

- *Hvor står vi i dag?*
- *Hvad har bragt os hertil?*
- *Hvor ser du jordemoderprofessionen om 25 år, skræk- eller ønske-scenarier?*
- *Hvad bør gøres for at undgå eller at komme dertil?*

Du må meget gerne lægge vægt på netop forskerens (den nyuddannedes, den erfarnes, underviserens, lederens) rolle forhold til vores profession.

Dit oplæg må meget gerne være lidt provokerende, udfordrende, måske sætte tingene lidt på spidsen, for at man kan forstå budskabet.

Dit oplæg må maksimalt vare 10 min.....

... Der plejer at komme godt 200 jordemødre til medlemsmødet, som udover at være et fagligt arrangement også er et meget socialt arrangement, hvor man mødes med gamle elev-/studenterkammerater og kollegaer.