

En utredning om
Enhetlig jordmorutdanning

Rapport fra arbeidsgruppe
nedsatt av Den Norske Jordmorforening
1. Juni 2005

Til Den Norske Jordmorforening

Utvalg til å utrede en enhetlig jordmorutdanning ble oppnevnt av Den Norske Jordmorforening i brev av 20.01.2003.

Utvalget legger med dette frem sin rapport om utredningen. Utvalget står samlet bak utredningen.

Et Rammeverk som inneholder forslag til utdanningsvei for jordmødre fra enhetlig grunnutdanning til PhD, og forslag til rammeplan for en 4 års Bachelorsgrad i jordmorfaget, følger utredning som eget dokument.

Oslo, 01. juni 2005

Hennie Skaufel (sign.)
leder

Vigdis Aasheim (sign.)

Mari Hagtvedt (sign.)

Toril Hanson (sign.)

Marit Heiberg (sign.)

Gunn Gabrielsen (sign.)

Inger Mari Rasmussen (sign.)

INNHALDSFORTEGNELSE

1. SAMMENDRAG	7
2. UTVALGETS MANDAT, SAMMENSETNING OG ARBEIDSMÅTE	9
2.1. Bakgrunn	9
2.2. Mandat og sammensetning	10
2.3. Utvalgets tolkning av mandatet	10
2.4. Utvalgets arbeidsmåte	11
3. SAMFUNNETS BEHOV FOR JORDMORVIRKSOMHET	13
3.1. Historisk oversikt – internasjonalt og nasjonalt	13
3.1.1. Distriktsjordmortjenesten	13
3.1.2. Fra distriktsjordmor til institusjonsjordmor	13
3.1.3. Høyteknologisk fødeinstitusjoner og jordmorvirksomhet	14
3.1.4. Medisinsk perinatal risikofokusering og jordmorvirksomhet	15
3.2. WHO`s Retningslinjer og anbefalinger for helsetjenesten til gravide-, fødende og barselkvinner m/nyfødte barn	16
3.2.1. WHO`s Rapport Having a baby in Europe 1985	16
3.2.2. WHO`s ”Appropriate technology for birth” 1985	16
3.2.3. WHO`s “Helse for alle i år 2000”	17
3.2.4. ICM, FIGO OG WHO`s definisjon av jordmorvirksomhet 1992 .	17
3.2.5. DNJ`s Utredning i 1993 om mødrehelsetjenesten mot år 2000 ...	18
3.2.6. Evidens/kunnskaps basert helsetjeneste til kvinner som venter, føder barn og blir mødre	19
3.2.6.1. WHO`s ”Retningslinjer for normal fødsel” 1996	19
3.2.6.2. WHO`s ”Retningslinjer for perinatal helsetjeneste” 2001.	19
3.3. Stortingets vedtak for fødselshelsetjenesten i Norge	20
3.3.1. En desentralisert og differensiert fødselsomsorg	20
3.3.1.1. Nasjonalt råd for fødselsomsorgen	21
3.3.2. Nye retningslinjer for svangerskapsomsorgen	21
3.3.3. Mot paradigmeskifte i helsetjenesten til gravide-, fødende-, barselkvinner med barn?	22
3.4. Endringer i mødrehelsetjenesten i andre land	23
3.5. Oppsummering og konsekvenser	25
4. BRUKERNES – KVINNENES – BEHOV FOR JORDMORVIRKSOMHET ...	28
4.1. Historisk tilbakeblikk – internasjonalt og nasjonalt	28
4.1.1. Fra hjemmefødsel til institusjonsfødsel	28
4.1.2. Kvinnenes reaksjoner på helsetjenesten som ble tilbudt dem	28
4.2. Kvinner som venter, føder barn og blir mødre, sine behov	29
4.2.1. Hva forskning viser	29
4.2.2. Kvinnenes rettigheter	30
4.2.3. Medias påvirkning av gravide og fødende kvinner	30

7.2.4.2. Helsedepartementets tilråding vedrørende jordmorutdanning og turnustjenesten 2001	52
7.2.4.3. En vurdering av Helsetilsynets utredning om turnustjenesten i jordmorutdanningen og Sosial- og helsedepartementets tilråding	54
7.3. 2 årig jordmorutdanning uten turnustjeneste fra 2004	56
7.3.1. Rammeplan med forskrift for jordmorutdanning	57
7.3.2. En vurdering av Rammeplan med forskrift for jordmorutdanning	57
7.3.3. ICM's definisjon av jordmors kompetanser	58
7.4. Jordmorutdanninger i Europa og andre land	60
7.5. Oppsummering og konsekvenser	62
8. EUROPEAN HIGHER EDUCATION AREA	66
8.1. Den Europeiske dimensjon i Høyere utdanning i Norge – internasjonale konvensjoner og avtaler	66
8.1.1. Lisboa konvensjonen	66
8.1.2. Bologna deklarasjonen - prosessen	66
8.2. Kvalitetsreformen – St.memld. nr. 27 (2000-2001) Gjør din plikt – Krev din rett	67
8.2.1. Bologna prosessen fortsetter – Praha 2001 og Berlin 2003	70
8.2.2. Gradssystemet “two-cycles system” og sektordirektiv for utdanning av helsepersonell og medisinske yrker	70
8.2.2.1. Gradssystemets ”two-cycles” og sektordirektiver for jordmødre	72
8.3. Tuning Educational Structures in Europe	74
8.3.1. Tuning prosjektet – fase I – metodikk og modell	74
8.3.2. Tuning prosjektet – fase II – kvalitetsikring og benchmarking	75
8.3.2.1. Midwifery Benchmark Statement	75
8.4. Utdanning av jordmødre innen høyere utdanning i Europa og internasjonalt	77
8.5. Oppsummering og konsekvenser	79
9. UTVALGETS VURDERING OG INNSTILLING TIL UTDANNINGSMODELL FOR UTDANNING AV JORDMØDRE	82
9.1. Utvalgets vurdering	82
9.2. En 4-årig enhetlig jordmorutdanning	83
9.3. –faglige konsekvenser	84
9.4. –organisatoriske/ strukturelle og administrative konsekvenser	84
9.5. – økonomiske konsekvenser	85
9.6. - overgangsordning for sykepleiere	85
10. UTVALGETS VIDERE ANBEFALINGER TIL DNJ	86

- VEDLEGG
1. ICM`s Etiske kode
 2. ICM - Global Vision for Women and Their Health (1996)
 3. WHO`s 10 prinsipper for perinatal helsetjeneste
 4. Bologna deklarasjonen 1999
 5. ICM Kompetanser
 6. Tuning Educational Structures in Europe
 7. Midwifery Benchmark Statement
 8. Rdir. 80/154/EØF
 9. Rdir. 80/155/EØF
 10. Rdir. 89/594/EØF
 11. Rdir. 2001/19/EØF
 12. Diploma Supplement
 13. Forskrift til Mastergrad
 14. WHO Summary Report
 15. ICM ”Guidelines for Establishing a Midwifery Education Programme”
 16. ICM Qualification and Competencies of Midwifery Teachers
 17. Danmarks Jordemoderforening Cirkulære om jordemodervirksomhed
 18. NOKUT Forskrift om kriterier for akkreditering av institusjoner og standarder og kriterier for akkreditering av studietilbud i norsk høgre utdanning

1. SAMMENDRAG

Denne rapporten er utarbeidet av en arbeidsgruppe nedsatt av Den Norske Jordmorforening til å utrede en enhetlig jordmorutdanning.

I det følgende gis en oversikt over rapportens ulike kapitler.

I Kapittel 2 gjøres det rede for bakgrunnen til utvalgets mandat og for utvalgets sammensetning og arbeidsmåte.

Kapittel 3 tar for seg samfunnets behov for jordmortjeneste. Det gir en kort historisk oversikt over ulike tidsepokers behov for jordmortjeneste, samt klargjør den innflytelsen WHO har hatt for den desentraliserte og differensiert perinatale helsetjenesten stortinget har vedtatt. Det fremkommer at vi står over *et paradigmeskifte i det grunnleggende synet på normal fødsel*. Fra tidligere risikovurdering og verstefallstenkning med en medisinsk intervensjons tilnærming, til et nytt faglig syn som ser kvinnens svangerskap/fødsel som en normal fysiologisk prosess. Kapitlet tar for seg de utfordringene, omstillinger og endringer som jordmødre står overfor, samt det samarbeide som er nødvendig i denne prosessen – inkl. av brukerne, kvinner som venter og føder barn og blir mødre, dersom den nye perinatale helsetjenesten skal bli en realitet. Kapitlet belyser også jordmorvirksomhet i en del andre land.

Kapittel 4 beskriver brukernes, kvinnens, behov for jordmortjeneste. Det fremkommer at kvinnene alltid har ytre ønske om kontinuitet og nærhet av jordmor, men at de etterlyser god relasjonell kompetanse hos jordmor. Kapitlet kommer inn på hva som kan ha gjort dagens kvinner redd for svangerskap og fødsel. Det beskriver den helsetjenesten kvinnen ønsker seg og spør om jordmødre er villig til å tilby kvinnene denne tjenesten.

Kapittel 5 tar for seg selvstendig jordmorvirksomhet. Det gir en kort oversikt over de reglement og lover som har styrt jordmors praksis utøvelse siden 1810. Godkjenning eller autorisasjon som jordmor har alltid vært et krav for å praktisere som jordmor i Norge. Helsepersonelloven fastsetter at jordmor som har bestått eksamen i *jordmorfaget* har rett til autorisasjon. Hvilke oppgaver som skal omfattes av jordmødres jurisdiksjon har myndighetene aldri fastsatt i noen forskrift. Jordmødre er derfor forhindret i å utøve sin virksomhet forsvarlig i henhold til helsepersonelloven. Norske jordmødres jurisdiksjon samsvarer ikke med den jordmødre i en del andre land har.

Kapittel 6 gjennomgår EØS-avtalens konsekvenser for jordmorvirksomhet og jordmorutdanning. Det tar for seg og går grundig gjennom alle sektordirektiv for jordmødre som har stor innvirkning både for jordmorvirksomhet og jordmorutdanning. Direktivene beskriver den *jordmorvirksomhet*, som norske myndigheter skal se til at jordmødre som et minimum, får rett til å starte (etablere) og utøve, og hvilke plikter jordmor da må etterkomme. Direktivene tar for seg de forskjellige *utdanningsveier* til jordmor, og hvilke krav utdanningen som et minimum må oppfylle. Kapitlet beskriver utdanningsprogrammets teoretiske og kliniske undervisning for en 3-årig enhetlig jordmorutdanning, og hvilke krav en jordmorutdanning som bygger på sykepleierutdanningen må etterkomme.

Kapittel 7 gjør rede for jordmorutdanning. Det gir en kort historisk oversikt over ulike tidsepokers jordmorutdanning og hvilke rammer som har styrte den. Frem til 1952, i 134 år, var jordmorutdanningen en enhetlig utdanning. Fra 1952 ble opptakskravet til jordmorutdanningen sykepleierutdanning og 1 års praksis som jordmor. Et *paradigmeskifte i utdanningen av jordmødre* som også skjedde i andre land i verden. Jordmorutdanningen var

en sykehusintern utdanning frem til 1969. I 1980 ble utdanningen av jordmødre en av utdanningene i høgskolesystemet. Utdanningen var 45 uker med krav om 1 års turnustjeneste før autorisasjon som jordmor kunne gis. Jordmorutdanningene søkte myndighetene flere ganger om å få utvide utdanningens lengde, uten å få gehør hos dem. Et prøveprosjekt på 3-semester utdanning og utredninger om jordmorutdanningen og turnustjenesten samt uttalelser fra HD, har alle konkludert med at tid i praksis og mengdetrening er nødvendig for at studenten skal oppnå funksjonsdyktighet før autorisasjon. UFD og HD definering av jordmorutdanningen som en "videreutdanning" i sykepleie er ikke i samsvar med EØS-avtalens sektordirektiver for jordmødre og helsepersonelloven. Den nye Rammeplan med forskrift for jordmorutdanning på 2 år, innehold mer teoretisk og klinisk undervisning enn det en heltidsutdanning på minst 3 år skal inneholde, i henhold til sektordirektivene. Det stilles spørsmål om hvordan dette omfattende undervisningsprogram skal kunne innpasses i en 2-årig utdanning på 80 uker. ICM viktige kompetanser for jordmor praksis etterlyses.

Kapitel 8 gjør rede for European higher education area. Kapitlet gjennomgår de endringene implementeringen av Kvalitetsreformen i det høyere utdanningssystemet, medfører. Den viktigste endringen er innføring av det nye gradssystemet med to hovednivå som bygger på hverandre, bachelorgrad etter 3 år studieum og master etter 2 år. Utdanningen av jordmor passer ikke inn i dette gradssystemet. Etter 6 år vil jordmorstudenten ha oppnådd autorisasjon som jordmor, men ingen akademisk grad. Et utdanningsopplegg, hvor utdanningen til et autorisert yrke har som opptakskrav bachelorgrad og autorisasjon i et annet yrke, er det ingen andre profesjonsutdanninger som har. Trenden i Europa og flere andre land i verden er en omlegging og endring av jordmorutdanningen, slik at den passer inn i det ny gradssystemet i høyere utdanning. En fremtidig norsk jordmorutdanning må i sin utforming være i samsvar med andre lands jordmorutdanning, og som et minimum kunne kvalifisere jordmorstudentene i de akademiske og fagspesifikke kompetanse som ICM og Midwifery Benchmark Statement beskriver.

I Kapitel 9 gjøres det rede for utvalgets vurdering og innstilling til utdanningsmodell for utdanning av jordmødre. Uvalgets vurderinger bygger på det som er fremkommet i de tidligere kapitlene. Om 3 år er jordmorutdanningen 190 år. I 134 år av disse årene har jordmorutdanningen vært enhetlig utdanning. Utvalget mener at *tiden er moden for et paradigmeskifte i utdanningen til jordmor* og fremmer forslag om en enhetlig jordmorutdanning på 4 år. De faglige konsekvensene av dette forslaget er at utdanningen vil gi jordmorstudenten de akademiske, faglige og kliniske kompetanser som er grunnlaget for autorisasjon som jordmor. En enhetlig jordmorutdanning vil sosialisere studenten til jordmoryrket fra første dag. Sosialiseringprosessen til jordmoryrket, til jordmorvirksomhet, vil foregå gjennom hele utdanningen og styrke jordmoridentitet og profesjons tilhørighet. De organisatoriske/strukturelle og administrative konsekvensene forslaget om en 4 års Bachelorgrad i jordmorfaget vil medføre, er at jordmorutdanningen vil bli synlig som en egn utdanning i det høyere utdanningssystemet. Kompetanse krav for fagpersonalet som skal undervise på et masternivå vil øke. Det er mulig det blir en sammenslåing av høgskole- og universitetsnivå i nær fremtid. De økonomiske konsekvensene en enhetlig utdanning vil medføre er vanskelig å beregne. Det anses som samfunnsmessig lønnsomt med en slik utdanning. Vedrørende overgangsordning for sykepleiere, så vil sykepleierutdanningen, sammen med andre helsefagutdanninger, utgjøre en realkompetanse som vil bli vurdert og gi mulighet for bachelorgrad i jordmorfaget innen et kortere tidsrom enn studietiden på 4 år.

I Kapitel 10 tillater utvalget seg å komme med en del anbefalinger til DNJ som ikke omfattes av det mandatet som ble gitt.

2. UTVALGETS MANDAT, SAMMENSETNING OG ARBEIDSMÅTE

2.1. Bakgrunn

På DNJ's Landsmøte i september 2002 i Arendal gikk et enstemmig landsmøte inn for

”.....at jordmoryrket som en selvstendig profesjon leverer en enhetlig utdanning. DNJ tar kontakt med utdanningsmyndighetene for å fremme dette syn. DNJ nedsetter et bredt sammensatt utvalg som skal utrede organisering og innhold i denne utdanningen.”

Vedtaket på DNJ's Landsmøte ble fattet på bakgrunn av at daværende jordmorutdanning høsten 2002 ikke var i samsvar med internasjonale avtaler og krav, som EØS-avtalens Sektordirektiver for jordmødre 80/154/EØF, 80/155/EØF, 89/594/EØF som ble implementert i Norge 8 år tidligere, i 1994.

I tråd med St.meld. 27 2000-2001 Gjør din plikt – Krev din rett Kvalitetsreform av høyere utdanning og Lov om Universitet og høyskoler av 19.mai 1995, revidert 2002, hadde Undervisning og forskningsdepartementet (UFD) i 1995 og spesielt i 2002 innført nye, reviderte utdanningspolitiske retningslinjer. Dette medførte store utfordringer og omorganisering av studiet for den daværende jordmorutdanningen.

I tillegg hadde myndighetene ved Helsedepartementet (HD) vedtatt å innføre en desentralisert og differensiert Fødselsomsorg i Norge (Innst.S.nr.300 (2000-2001)), med vektlegging av kontinuitet i jordmorfaglig oppfølging av kvinnen gjennom svangerskap og fødsel. Betydningen av god risikovurdering og seleksjon av gravide-, fødende kvinner ble fremhevet. Videre fremhevet Inst.S.nr.300 at Lov om helsetjenesten i kommunene slår fast at det skal være jordmortjeneste i hver kommune, men omfanget og innholdet i den lovpålagte jordmortjenesten må avklares nærmere (Innst.S.nr.300 (200-2001)).

Brukernes - gravide- og fødende kvinners rett til valg av hvem de vil gå til svangerskapskontroll/omsorg hos, valg av fødselsomsorg/fødested samt av behandling/intervensjoner er nedfelt i Pasientrettighetsloven. Dette er forhold av betydning for den tjeneste jordmor yter kvinnene samt for samhandlingen mellom henne og kvinnen.

På landsmøtet fremkom det òg signaler og bekymring over at det kunne synes som om at jordmødre som profesjon var i ferd med å miste viktig jordmorkompetanser, som bl.a. hvordan fremme og ivareta normal graviditet/fødsel for kvinnen. Dessuten ble det uttrykt usikkerhet vedrørende jordmødres faglige autonomi som profesjonsutøvere i institusjonshelsetjenesten, både av jordmødre selv og fra legehøld.

Utdanningsinstitusjonene hevdet dessuten at de i flere år hadde påpekt overfor myndighetene at det ikke er mulig å utdanne jordmødre som både kan møte samfunnets krav til en utvidet og evidensbasert jordmortjeneste og brukernes krav til en helhetlig jordmortjeneste. Samtidig stiller den medisinsk-tekniske utvikling i helsevesenet, og den akademiske utviklingen i høyskolesystemet krav til ny kunnskaper og kompetanser for jordmors virksomhet. Det ble derfor stilt spørsmål om sykepleierutdanningen var hensiktsmessig som grunnlag for en fremtidig jordmorutdanning.

2.2. Utvalgets mandat og sammensetning

Våren 2003 opprettet DNJ et utvalg som skulle utrede en enhetlig, selvstendig profesjonsutdanning for jordmødre.

Utvalget fikk følgende mandat:

1. Innhente informasjon om ulike modeller for jordmorutdanning fra land det er naturlig å sammenligne seg med
2. Vurdere styrke og svakheter ved ulike utdanningsmodeller. I vurderingen skal det spesielt legges vekt på at utdanningen skal:
 - a) Gi grunnlag for jordmors selvstendige yrkesutøvelse
 - b) Være i samsvar med EU's jordmor direktiver
 - c) Være tilpasset strukturen for øvrige utdanninger
 - d) Være tilpasset samfunnets og brukernes behov for jordmortjenester
3. Legge frem forslag til modell for fremtidig jordmorutdanning, der
 - > faglige,
 - > administrative,
 - > organisatoriske og
 - > økonomiske konsekvenser er grundig belyst.
4. Legge frem forslag til overgangsordning for sykepleiere
5. Legge frem sin rapport med innstilling innen 1. februar 2004.

DNJ Sentralstyremedlem Gunn S. Gabrielsen, overjordmor ved Kvinneklinikken, Bergen, er utvalgets leder.

Utvalgets videre sammensetning er:

Vigdis Aasheim, jordmor/høgskolelektor ved Høgskolen i Bergen

Brit Forberg, fagkonsulent i DNJ frem til 01.08.2004

Mari Hagtvedt, jordmor/høgskolelektor ved Høgskolen i Vestfold

Torill Hanson, jordmor/høgskolelektor ved Høgskolen i Tromsø

Marit Heiberg, fagkonsulent i DNJ fra 01.11.2004

Inger Mari Rasmussen, jordmor/høgskolelektor ved Høgskolen i Bergen

Hennie Skauffell, jordmor/høgskolelektor ved Høgskolen i Nord-Trøndelag

2.3. Utvalgets tolkning av mandatet

Utvalget skulle i h.t. mandatet innhente informasjon om ulike modeller for jordmorutdanning fra land det er naturlig å sammenligne seg med. Utvalget kom frem til at det var nødvendig å undersøke jordmorutdanninger både i Europa og internasjonalt og valgte å innhente informasjon om utdanninger i Europa fra Danmark, Sverige, Finland, Nederland samt internasjonalt fra Canada, New Zealand, Australia samt fra et par stater i USA. Vi skulle vurdere styrke og svakhet i disse landenes utdanningsmodeller i forhold til pkt. a) – d) i mandatet.

Utvalget tolket mandatet slik at de ny utdanningspolitiske retningslinjer, konvensjoner og avtaler som EØS-avtalen, Lisboa konvensjonen, Bologna deklarasjonen m.fl. – og som primært bygger på et europeisk, men også et internasjonalt samarbeid, - var av stor betydning både for den norske jordmorutdanningens innhold, nivå, lengde, etc. og for den profesjonskompetanse jordmor skal erverve seg og som hun både faglig og juridisk har rett til

å utøve i et europeisk og internasjonalt fellesskap. I henhold til mandatet fant vi det derfor viktig å undersøke og vurdere hvor langt de europeiske utdanningene er kommet i den omstillingsprosess som nå pågår i høyere utdanning i Europa spesielt, men også internasjonalt, samt hvilke kompetanse jordmødrene i de respektive land faglig og juridisk har rett til å utøve – og om det er tegn på oppgradering/endring her.

I forslag til modell for en fremtidig jordmorutdanning skulle utvalget bl.a. belyse de faglige konsekvensene grundig. Vi forsto dette slik at utvalget måtte ta stilling til jordmorfagets grunnlagstenkning og filosofi samt finne et pedagogisk grunnsyn for et utdanningsprogram. Videre at vi måtte vurdere hvilke kompetanser fremtidige jordmødre skulle erverve seg i en selvstendig jordmorutdanning. Disse jordmorkompetansene skal sette fremtidige jordmødre i stand til å påta seg den jordmorvirksomhet som EU's Sektor direktiv 80/155 Artikkel 4 som et minimum pålegger norske myndigheter at jordmødre skal kunne etablere og utøve, noe som vil imøtekomme samfunnets og brukernes behov for jordmortjeneste.

2.4. Utvalgets arbeidsmåte

Utvalget hadde sitt første møte i Oslo i mars 2003. Gunn Gabrielsen ledet utvalget i 2003. Hennie Skauffell overtok ledervervet i februar 2004. Sekretærfunksjonen ble i starten ivaretatt av Hennie Skauffell. Denne funksjonen ble i februar 2004 overtatt av Vigdis Aasheim. I januar 2005 overtok Marit Heiberg sekretærfunksjonen.

Våren 2003 ventet utvalget på ny Rammeplan for jordmorutdanningen. To av utvalgsmedlemmene var med i gruppen som arbeidet med denne Rammeplanen. Utvalget ønsket å avvente høringsrapporten for den nye Rammeplanen før det gikk videre med sitt arbeidet. Tidsfristen for innlevering av rapporten ble derfor forlenget til desember 2004.

I de innledende møtene høsten 2003 ble arbeidsoppgaver, inkl. land, fordelt blant utvalgs medlemmene og det ble lagt en strategi for fremdriften. Utvalgets tolkning av mandatet førte til at vi innhentet informasjon, dokumentasjon etc. fra de forskjellige utdanningene i deres respektive land, fra deres organisasjoner, fra Europa kommisjonen og fra norske institusjoner som UFD, HD, SHD, NOKUT, SIU og også fra WHO og fra ICM. Flere av de utenlandske dokumentene var på engelsk og noen ble oversatt til norsk av utvalgets medlemmer.

Tolkningen av mandatet medførte videre at utvalget måtte sette seg grundig inn i nasjonale offentlige føringer vedrørende svangerskap- og fødselsomsorgen samt internasjonale føringer for dette og for jordmorvirksomhet.

I løpet av arbeidsprosessen har utvalgets medlemmer utarbeidet skriftlige bidrag. Disse har vært utgangspunkt/bakgrunn for diskusjoner i møtene og etter bearbeiding danner dette nå grunnlag for rapporten.

Høsten 2003 deltok dr.phil. Gunnhild Blåka på to møter som faglig ressursperson for utvalget. Hun ga faglige innspill vedr. grunnlagstenkning i jordmorfaget relatert til kvinnene som er målgruppe for jordmorvirksomhet; vedr pedagogiske synspunkt inkl. integrasjon teori-praksis og om undervisning/veiledningssamarbeid mellom utdanning og praksis.

I utgangspunktet inneholdt ikke utvalgets mandat noen tidslengde på den nye enhetlige jordmorutdanningen. At sentralstyret hadde fattet nytt vedtak som ga utvalget i

oppdrag å utrede en selvstendig femårig profesjonsutdanning for jordmødre, ble først gjort klart for utvalget i desember 2003. Etter et møte med leder i DNJ i febr. 2004 ble det klart at utvalget utreder en modell for selvstendig jordmorutdanning på ”opp mot 5 år”.

Våren 2004 ble det, i samarbeid med DNJ sentralt, etablert en ressursgruppe med fagpersoner fra hele landet innen jordmorvirksomhet og obstetikk som utvalget ønsket skulle bistå med innspill, kommentarer til eller være til hjelp for vårt arbeide.

I mars 2004 arrangerte Senter for internasjonalisering av høyere utdanning (SIU) i samarbeid med Høgskolen i Oslo en konferanse om internasjonalisering av norsk helseutdanning i Oslo: ”Internasjonalisering av norsk helseutdanning: hvorfor og hvordan”? Et av utvalgets medlemmer deltok på denne konferansen.

I april 2004 deltok utvalgets medlemmer på European Midwives Association (EMA) utdanningskongress i Stockholm: - ”Midwifery Education – a European Perspective”. Hensikten med denne konferansen var å skape en arena for diskusjon og erfarings utveksling i forbindelse med Bologna prosessen og andre utdanningsforhold for å bedre kvaliteten på de forskjellige nasjonale utdanningsprogram for jordmødre.

Utvalgets medlemmer har i yrkes sammenheng også deltatt på faglige arrangementer som vi mener har hatt betydning for utvalgets arbeide. I okt. 2003 deltok et av medlemmene på den tre dagers konferansen om Fødestruktur i endring som ble holdt i Svølvær: ”Fokus på fødestuene – innhold, ansvar og organisering”, arrangert av Nasjonalt råd for fødselsomsorg. I sept. 2004 deltok noen av medlemmene på et to dagers fagseminar arrangert av Kvinneklinikken Haukeland universitetssykehus, Høgskolen i Bergen og Bergen kommune om ”Nye Retningslinjer for svangerskapsomsorgen.” I jan. 2005 deltok flere av medlemmene på en tre dagers Nasjonal konferanse i Bergen: ”Svangerskap og fødsel – i en kunnskapsbasert og differensiert helsetjeneste”, arrangert av Nasjonalt råd for fødselsomsorgen og Sosial- og helsedirektoratet.

I tillegg har to av utvalgets medlemmer av personlig faglig interesse deltatt på Midwifery Today Internasjonale Konferanse: ”Reclaiming the Joy of Midwifery and Birth” i København i mai 2005. Hensikten med konferansen var å få frem både hvorfor det er så viktig å demedikalisere fødselen og fremme den fysiologiske fødselsprosessen i de fleste land i verden. Jordmødre fra mange land var samlet for å utveksle informasjon, tanker og tekniker for å bedre egen individuell praksis samt den totale fødselspraksis i eget land.

Mandatet utvalget hadde fått viste seg etter hvert å være mer omfattende enn utvalget innledningsvis hadde vært klar over. Utvalget søkte høsten 2004 sentralstyret om å få forlenget innleveringsfristen, som så ble satt til 01.06.2005.

01. mars 2005 hadde utvalget en dags seminar med ressursgruppen. Utvalget fikk kritiske tilbakemeldinger på sine vurderinger og anbefalinger i forhold til det videre arbeidet.

Utvalget har hatt til sammen 18 møte-dager og 7 telefonmøter.

3. SAMFUNNETS BEHOV FOR JORDMORVIRKSOMHET

3.1. Historisk tilbakeblikk – internasjonalt og nasjonalt

Før industrialiseringen var alt som hadde med fødsel å gjøre ansett som et kvinnelig anliggende og derfor et forbudt område for menn. Slik var det her i landet og ellers i Europa frem til slutten av 1800-tallet og mange steder langt inn på 1900-tallet. Det var helst kvinner som var gift og selv hadde født barn som ga hverandre hjelp ved barnefødsel. Disse kvinnene ble ofte kalt nærkoner eller kloke koner (wise-woman). Fødselen foregikk i hjemmet og et viktig trekk ved denne hjelpen var at kvinnene allerede kjente hverandre (Blom 1988, Okley, Houd 1990).

3.1.1. Distriktsjordmortjenesten

Endringer i nærkonesystemet, internasjonalt og nasjonalt, startet med fremveksten av medisinen som profesjon. I takt med den industrielle og teknologisk utvikling i begynnelsen av 1800-årene ble landet delt opp i jordmordistrikt i henhold til det dansk-norske kongelige Reglement for Jordmodervæsenet av 1810 (Blom 1988). Jordmordistriktene skulle betjenes av uteksaminerte og offentlig ansatte jordmødre. Distriktsjordmor skulle ha plikt til å hjelpe alle kvinner i deres hjem, og fattige kvinner skulle betjenes gratis (Blom 1988, Kjølrsrød 1992, Sandvik 1995).

Distriktsjordmortjenesten utviklet seg over flere år til å bli en omfattende velferdsordning. På 1920-1930-tallet var det vel 1500 praktiserende jordmødre og omkring 1700 leger. Selv om legene rent formelt var jordmødrenes medisinske overordnede arbeidet jordmødrene ganske selvstendig og uavhengig av legens direkte kontroll i første halvdel av 1900-tallet, og fødekvinnene selv hadde ennå noen innflytelse på fødselsarbeidet (Blom 1988, Kjølrsrød 1992, Sandvik 1995).

3.1.2. Fra distriktsjordmor til institusjonsjordmor

Hensikten med Fødselsinstitusjonene som ble etablert i Europa i løpet av 1700-1800-tallet var først og fremst å utdanne jordmødre, senere leger, og dessuten å gi ugifte og fattige kvinner gratis fødselshjelp mot at de stilte seg til disposisjon for opplæring (Blom 1988). Opprettelsen av Fødselsinstitusjonene førte til en voldsom øking av barselbeberen, og dermed en høy mødredødelighet i hele Europa (Oakley, Houd 1990).

Utviklingen av kommunale fødehem og senere lokale fødestuer hadde sin bakgrunn i Katie Anker Møllers omfattende arbeide omkring 1916, spesielt for ugifte mødre og innføringen av Mødreforsikringen. Fødehemmene skulle være et tilbud til kvinner med ”kurante normale fødsler”, mens ved de store fødeklinikkene skulle vanskelige fødsler foregå (Blom 1988). Det var først og fremst kvinner som stod bak utviklingen av fødehemmene. Arbeidet fikk støtte fra fremtredende mannlige politikere og leger, noe som førte til at fødehemmene ble realisert. Antall store og små fødeinstitusjoner økte spesielt etter krigen og var på sitt høyeste i 1965 med omkring 200 (NOU 1984: 17, Kjølrsrød 1992).

Den hjelpen distrikts- og institusjonsjordmødrene ga kvinner som ventet og fødte barn i første halvdel av 1900-tallet var forankret i et tilnærmet felles syn blant leger og jordmødre om at graviditet og fødsel var en normal hendelse (Blom 1988). Distriktsjordmor fulgte opp de gravide kvinnene i sitt lokalmiljø og bisto dem ved deres fødsel i hjemmet. Den jordmorhjelp som ble formidlet ved normale fødsler var preget at den fødendes ønsker sto i sentrum. Jordmor kjente kvinnen, ga kontinuitet og nærhet og innga dermed kvinnen trygghet og sikkerhet. Kvinnen fikk også selv bestemme hvilke stillinger hun ville innta (Blom 1988).

Men ovennevnte viser at det eksisterte to ulike oppfattninger av hvem som skulle ha herredømme over reproduksjonen av den nye slekt. Fødehjemmene og fødselsstiftelsene hadde etter Katti Anker Møller oppfatning ulike funksjoner. Fødselsstiftelsene var for henne primært jordmor- og legeskole. De hadde forpliktelser overfor hele landet og skulle særlig ta seg av "unormale" fødsler (Blom 1988). Fødehjemmene skulle ledes av jordmødre og ikke av leger, og innredes slik mødrene selv ønsket de skulle være. Bak fødselsstiftelsene og kvinneklinikkene sto utelukkende mannlig ekspertise, og det var her fødselshjelpen med grunnlag i en teknisk målrettet rasjonalitet utviklet seg videre (Blom 1988).

Antall distriktsjordmødre ble fra 1946 til 1983 reduserte fra 950 til 100. I løpet av 1980 årene ble distriktsjordmortjenesten avvirket (Kjølsrød 1992). Antall fødeinstitusjoner, spesielt fødehem og fødestuer, ble kraftig redusert på slutten av andre halvdel av det 19-århundrede, fra ca 200 i 1965 til 97 i 1980 (Blom 1988).

En komitè som var nedsatt av myndighetene for å se på jordmødrenes utdanning, hevdet i 1948 at fødehem bestyrt av distriktsjordmor var den beste form for fødselshjelp. Det var så vanskelig å skaffe hjelp i hjemmet under og etter en fødsel at kvinnen hadde det best på et fødehem. Jordmor ville samtidig bli spart for reiser slik at hun kunne bli i stand til å betjene flere fødende. Fødeinstitusjonene, spesielt fødestuene og fødeavdelingene ved lokalsykehus, seiret altså over hjemmefødsel med jordmorhjelp (Blom 1988).

Mødredødeligheten utgjorde i 1940 2,3 pr 1000 fødsler. Med innføring av penicillin i 1946 ble både mødredødeligheten og perinatal dødelighet redusert. Årsaken til høy mødredødelighet og perinatal dødelighet på den tiden skyldtes spesielt barsel feber, svangerskapsforgiftning og blødning. I 1970-årene var mødredødeligheten falt til omkring 1 pr 10 000 fødsler. Den perinatale dødelighet i 1970-årene var 16,4 pr 1000 fødte. Årsakene til perinatal dødelighet skyldtes da lav fødselsvekt og for tidlig fødsel (NOU 1984: 17).

De mange nye kunnskaper om hvordan ovennevnte komplikasjoner kunne forebygges, og mor og barn reddes om problemer likevel oppsto, førte til at leger anbefalte sykehusfødsler når de fryktet komplikasjoner ved fødsel. Veksten i institusjonsfødslerne viser både den økte innflytelse legene fikk på fødselshjelpen, legenes ønsker om å forebygge mulige problemer ved forløsningen og de fødendes tillit til at dette ville la seg gjøre (Blom 1988, s 180)

3.1.3. Høyt teknologiske fødeinstitusjoner og jordmorvirksomhet

I 1950-årene skjedde ennå 26 % av fødslerne i Norge hjemme, men ti år senere var hjemmefødsler blitt et rent unntak. Hjemmefødsler med jordmor- og event. legehjelp, var på midten av 1960 årene avløst av institusjonsfødslerne (Blom 1988).

Etter at kvinnenes helse bedret seg og mødredødeligheten gikk ned og ble svært sjelden, skjedde det i løpet av 1960 årene en endring i den medisinske fødselshjelpens syn. Støttet av pediatrik medisin orienterte fødselsmedisinen seg nå mot risikoen for det ufødte/nyfødte barn i forbindelse med kvinnens svangerskap, fødsel og tiden etter fødselen (Oakley 1977, Oakley, Houd 1990, Sandvik 1995). Fødselsmedisinen og pediatrien hevdet at på et hvert tidspunkt og ganske uten varsel kan noe gå galt i kvinnens svangerskap, under hennes fødselsarbeide og fødsel, som vil utgjøre en risiko spesielt for det ufødte-nyfødte barns helse. Disse komplikasjonene opptrer riktignok svært sjelden (WHO's Rapport 1985, Oakley, Houd 1990). Likevel ble kvinnens svangerskap og fødsel av fødselsmedisinen vurdert som normal først i ettertid, dvs. når det hele er over (Bergsjø et al. 1987). Sentralisering av fødende kvinner til sykehus med nødvendig medisinsk teknisk utstyr ble derfor ansett å være nødvendig for å

sikre det ufødte/nyfødte barns, og dermed deres mødre, optimal medisinsk sikkerhet (Larsen et al. 1981).

Sentralisering av fødende kvinner til sykehusenes fødeavdelinger og nedlegging av distriktsjordmortjenesten i 1980-årene og videre reduksjon i spesielt fødehjem/fødestuer, medførte at jordmor ikke lengre fikk bli kjent med kvinnene og følge dem gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. Den tjenesten jordmødrene nå får formidlet til gravide og fødende kvinner blir preget av fragmentering og distanse. I tillegg får jordmor i institusjonene flere fødekvinne å forholde seg til og må derfor ofte forlate fødekvinne midt i fødselsprosessen (Oakley, Houd 1990, Blom 1988, Sandvik 1995, Rasmussen 1999).

3.1.4. Medisinsk perinatal risikofokusering og jordmorvirksomhet

En ny medisinsk fødselspolitikk her i landet, med klare mål for suksess: reduksjon i perinatal dødelighet, ble grunnlagt med innstillingen NOU 1984:17 "Perinatal omsorg i Norge" - Helsearbeid blant svangre og fødende kvinner samt nyfødte barn. Norge hadde på denne tid en litt høyere perinatal dødelighet enn Sverige og Danmark. Intensjonene til det medisinske perinatale helseprogram i NOU 1984: 17 var å gi økt medisinsk innsats til kvinnene som trenger det mest, slik at omsorgen til dem med lavest risiko skulle trappes noe ned (NOU 1984: 17). Men det medisinske perinatale helseprogrammet fikk en struktur og et innhold som vektla medisinsk risikovurdering som metode og arbeidsmodell (Backe 1991). Diagnostisering og screening av risikofaktorer hos kvinnen ble dermed vektlagt (Bergsjø et al. 1991).

Den medisinske oppfølgingen som anbefales i NOU 1984: 17 utvides dermed fra å skulle gjelde relativt få kvinner med en definert risiko for å få et sykt, dårlig barn eller en vanskelig fødsel, til også å omfatte alle kvinner som gjennomgår et svangerskap og fødsel uten tegn på faresignal. Alle gravide og fødende kvinner blir i utgangspunktet potensielle "risikopasienter" (Kjølsrød 1992, Sandvik 1995). Disse synspunkt som her fikk gjennomslag er siden kalt "versteffallstenkning" (Kjølsrød 1992). Det førte til en akseptasjon i samfunnet av en medisinsk perinatal tilnærming til svangerskap og fødsel, med et syn som har bidratt til å betrakte alle kvinners svangerskap og fødsler som mulige katastrofer. Friske gravide og fødende kvinner med såkalt lav risiko får det samme medisinske perinatale helsetjenestetilbudet som kvinner med høy risiko (Sandvik 1995). Myndighetene, ved Statens helsetilsyn, fornyet dette syn i 1995 i sin Veileder for svangerskapsarbeid (Statens helsetilsyn 1995).

Den helsetjenesten jordmødrene nå fikk tilby gravide, fødende kvinner samt barselkvinner, bygde på anbefalingene i NOU 1984: 17. Jordmor skulle i følge den få være aktivt med i svangerskapsomsorgen sammen med allmenn praktiserende leger, være ansvarlig for svangerskapskurs, følge kvinner med lang reisevei til institusjon og helst bistå ved fødselen der. Selv om det i enkelte kommuner både i distriktet og i bykommuner var etablert jordmortjeneste ved helsestasjoner, ble jordmortjenesten først en lovpålagt tjeneste i kommunehelsetjenesten 10 år senere, i 1995, ved en endring av Lov om helsetjenesten i kommunene av nov. 1982.

Jordmor ble ansett å være nøkkelpersonen i fødselshjelpen. Men utgangspunktet for innholdet i jordmors virksomhet var i henhold til NOU 1984: 17 knyttet til perinatal dødelighetsproblematikk med en risikotilnærming til kvinnens svangerskap og fødsel og med medisinske rutinemessige undersøkelser og kontrolltiltak som følger. Det fikk konsekvenser for den oppfølging og jordmorhjelp som ble gitt kvinnene av jordmor. Jordmor måtte i sin

praksis bruke flere teknologiske hjelpemidler som ultralydapparat, doppler, kardiokograf, m.m. Operativ hjelp som episiotomi og keisersnitt tiltok i hyppighet, likeledes bruk av tang og vacuum. Å følge det jordmorfaglige syn overfor friske gravide og fødende kvinner at fødselen er naturlig, normal fysiologisk prosess til noe går galt, ble vanskelig i et slikt system (WHO Rapport 1985, Savage 1986, Rockenschaub 1990, Bendvold 1991, Raphaell-Leff 1991, Enkin 1994, Rasmussen 1999).

Før 1984 fantes ingen offisielle retningslinjer for svangerskapsomsorgen i Norge, bortsett fra påbud om blodprøvetaking fra 1947 om testing på syfilis. Det var publisert retningslinjer i lærebøker, men offisielle anbefalinger fantes ikke. Helsedirektoratet godkjente handlingsprogrammet for svangerskapsomsorgen og det ble anbefalt til norske leger og jordmødre som retningslinjer for denne omsorgen (Backe, 1991).

Organiseringen og innholdet i den svangerskapskontrollen som NOU 1984: 17 la opp til, var i liten grad bygget på forskning (Chalmers, Enkin and Keirse 1989, Lindmark, Cnattingius 1991, Bergsjø et al. 1991). For de aller fleste svangre-fødende kvinner er risiko for komplikasjoner svært liten. Selv om målet med å fokusere på risiko er å redusere perinatal dødelighet, så er man i de senere år kommet frem til at ytterligere reduksjon i perinatal dødelighet for barna vil være marginale (Chalmers, Enkin and Keirse 1989, Bergsjø et al. 1993).

I tillegg er det fare for at de tiltak den medisinske fødselshjelpen setter i verk kan utsette kvinner med normalt svangerskap og fødsel og dere barn for mulige komplikasjoner dvs *iatrogene tilstander* med negative psyko-sosial konsekvenser (WHO'S Rapport 1985, Endresen, 1986, Bergsjø et al. 1991, Backe et al. 1991, Illich 1975).

3.2. WHO`s retningslinjer og anbefalinger for helsetjenesten til gravide-, fødende og barselkvinner med nyfødte barn.

3.2.1. WHO`s Rapport Having a baby in Europe 1985

I løpet av en 5 års periode, fra 1979 –1985 ble det foretatt flere survey undersøkelser av en internasjonal Perinatal Forskningsgruppe blandt 33 medlemsland i WHO`s Europa Reigion. De presenterte sine funn i 1985 i WHO`s Rapport Having a baby in Europe. Her ble det fremhevet at fødselen nå var blitt så ”medikalisert” at en ikke lengre vet hva normal, ikke-medikalisert fødsel er, samt at kvinnene som oftest har få muligheter for valg i forhold til det som skjer med dem og deres barn (WHO`s Rapport 1985).

Rapporten påpekte videre at til tross for at både den perinatalte dødeligheten og mødredødeligheten i Europa var relativ lav, så eksisterte det fremdeles alvorlige problemer. Det ble bl.a. fremhevet at den vitenskapelige forståelse av de fundamentale biologiske prosesser i svangerskap og fødsel var/er utilstrekkelige, og dermed hvilke tiltak/intervensjoner som helsemessig er mest hensiktsmessig for kvinnen og barnet. Det ble videre påpekt i rapporten at kun 10 % av de prosedyrene/intervensjonene som ble brukt under svangerskap og fødsel hadde vært underkastet vitenskapelig granskning.

3.2.2. WHO`s ”Appropriate technology for birth” 1985

I løpet av 1984-86 holdt WHO tre konferanser, en i USA, en i Italia og en i Brasil. Disse konferansene førte til at WHO kom med flere anbefalinger vedrørende bruk av hensiktsmessig teknologi i løpet av kvinnens svangerskap, fødsel og barseltid. Videre skulle

kvinnene som bruker den perineale helsetjenesten ha rett til informerte valg, kontinuitet i oppfølging og omsorg, samt at rutinemessig bruk av teknologi skulle unngås (WHO's Summary Rapport 1985).

En Summary Rapport fra ovennevnte 3 konferanser, WHO's "Appropriate technology for birth", ble utgitt i 1985. Anbefalingene som ble fremsatt her var basert på det prinsipp at enhver kvinne har en fundamental rett til å motta en hensiktsmessig perinatal helsetjeneste; at kvinnen har en sentral rolle i alle aspektene av den tjenesten, inklusiv deltagelse i planleggingen, gjennomføringen og evalueringen av tjenesten; og at sosiale, emosjonelle og psykologiske faktorer er avgjørende for å forstå og implementere en hensiktsmessig prenatal helsetjeneste.

De anbefalingene WHO kom med omfattet hva nasjonale Helsedepartement skulle gjøre i forbindelse med innføring av ny teknologi; i evaluering av helsetjenesten som ble gitt og i offentliggjøring av sykehusenes praksis i løpet av fødselen, eks. hyppigheten av keisersnitt. Anbefalingen omfattet vider hvilken helsetjeneste kvinnen hadde rett til å motta.

For å sikre kvinnens psykologiske helse skal: hun ha lov til å velge den person hun vil ha med seg under fødselen; det nyfødte barn forbli hos sin mor når hennes tilstand tillater det, observasjon av det nyfødte barn rettferdiggjør ikke atskillelse fra mor; amming fremmes så tidlig som mulig etter fødselen; keisersnittfrekvensen ikke være høyere enn 10-15 %; CTG overvåking kun være på medisinsk indikasjon; klyster og barbering unngås; ryggeleie under fødselen frarådes, likeledes episiotomi; induksjon av fødsel kun være på medisinsk indikasjon; hinnerivning kun være sent i fødselsforløpet; rutine administrering av analgetika eller anestesi unngås.

WHO anbefalte videre at "*care during normal pregnancy and birth, and following birth should be the duty of the midwifery profession*" (WHO's Summary Rapport 1985).

3.2.3. WHO's "Helse for alle i år 2000".

I 1986 kom WHO's "Helse for alle i år 2000" med sine mål og anbefalinger Myndighetene sluttet seg til disse mål og anbefalinger i St.meld.nr. 41 (1987-1988) Nasjonal Helseplan. Den nasjonale helsepolitikken gikk her inn for å styrke brukerinnflytelse og pasient/klient rettighetene med rett til samtykke til behandling, deltagelse i behandling, og bedre sammenheng i tjenestetilbudtet. Dette gjaldt selvfølgelig også for kvinner som venter, føder barn og blir mødre.

Bøkene "Effectiv Care in Pregnancy and Childbirth", Volume 1 & 2, som kom i 1989, fikk også betydning for jordmødre og på den tjenesten de ga kvinner som venter, føder barn og blir mødre. Bøkene kom med anbefalinger om evidens basert praksis og oppga hvilken praksis som til da var dokumentert forsvarlig" (Chalmers, I., Enkin, M. and Keirse, M.J.N.C. 1989).

3.2.4. ICM, FIGO og WHO's definisjon av jordmorvirksomhet 1992

International Confederation of Midwives (ICM) ble stiftet i 1919 i Bruges i Belgia, og er i dag en sammenslutning av jordmororganisasjoner som representerer jordmødre i 72 nasjoner i verden. ICM arbeider nært sammen med FN's departementer i støtte for Safe Motherhood, for strategier innenfor primærhelsetjenesten for verdens familier, og i defineringen av og i utdannelsen av jordmor. ICM's formål er videre å fremme utdanning og kunnskap om jordmorfaget, med det mål for øyet å høyne standarden i den oppfølging og omsorg som gis mødre og barn over hele verden.

International Confederation of Midwives (ICM) og International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO) utviklet i felleskap det første utkastet til det som senere er blitt kjent som "the International Definition of the Midwife". Definisjonen ble vedtatt av ICM i 1972 og av FIGO i 1973. Den ble også senere vedtatt av World Health Organization (WHO). I 1990 endret ICM definisjonen. Den ble ratifisert av FIGO i 1991 og av WHO i 1992.

Definisjon av en jordmor

"En jordmor er en person som, etter å ha blitt forskriftsmessig opptatt til et jordmorutdannings program tilbørlig godkjent i det landet hvor det er lokalisert, har bestått og fullført det foreskrevne jordmorstudium og har ervervet seg de påkrevde kvalifikasjoner til å bli registrert og/eller autorisert til å praktisere som jordmor.

Hun må være i stand til å gi den nødvendige overvåking, omsorg og rådgivning til kvinnene i løpet av svangerskapet, fødselen og barseltiden, til å lede fødsler på eget ansvar og til å følge opp og ha omsorg for det nyfødte barn og spebarnet. Denne overvåking, oppfølging og omsorg omfatter forebyggende tiltak, oppdagelsen av unormale tilstander hos mor og barn, tilkalling av nødvendig legehjelp og i fravær av denne kunne påta seg å gi øyeblikkelig hjelp.

Hun har en viktig oppgave i helserådgivning og undervisning, ikke bare for kvinnene, men også for familien og samfunnet. Arbeidet vil omfatte undervisning av gravide og vordende foreldre med forberedelse til fødselen og fremtidig foreldrerolle og vil videre omfatte visse gynekologiske områder, familieplanlegging og spebarnstell.

Hun kan praktisere i sykehus, fødestuer, helsesentre, ved hjemmefødsler eller andre steder for jordmorvirksomhet."

Året etter, I 1993, utarbeidet ICM "International Confederation of Midwives Code of Ethic". ICM's Code of Ethic for jordmødre omhandler følgende: I) Jordmorfaglige forhold, II) Jordmorpraksis, III) Jordmødres faglige ansvar og IV) Utvikling av jordmorfaglig kunnskap og praksis. (Vedlegg 1 gir utfyllende presisering av disse etiske områdene). Den synliggjør verdens jordmødres felles profesjonelle overbevisninger og verdier.

3.2.5. DNJ's utredning i 1993 om mødrehelsetjenesten mot år 2000

Ovennevnte internasjonale og nasjonale retningslinjer og anbefalinger dannet bakgrunn for Den Norske Jordmorforening's (DNJ) utredning i 1993 om mødrehelsetjenesten mot år 2000 "Helhetlig jordmortjeneste – en omsorgstjeneste uten svake ledd". Her fremmet DNJ forslag, basert på forskning, om en fremtidig *mødrehelsetjeneste* med organisering og innhold ut fra den gravide- og fødende kvinnes, samt barselkvinnens og det nyfødte barns behov.

Med mødrehelsetjeneste mener DNJ: *"Den totale helsetjenesten som ytes til gravide-, fødende- og barselkvinner samt deres nyfødte barn og familier."*

Den gjennomgående tråden i utredningen gikk på å øke kvinnenes deltagelse i beslutninger som angår dem, slik at retten til valg og graden av medbestemmelse ville øke. En viktig faktor som ble vektlagt var å fremme helhet og kontinuitet, slik at mødrehelsetjenesten skulle bli en kjede uten svake ledd.

Svangerskap og fødsel skal betraktes som en normal fysiologisk begivenhet. Dette vil styrke kvinnens rett og mulighet til å velge den form for helsetjeneste hun selv ønsker og har behov for, innenfor det som er faglig forsvarlig og organisatorisk mulig. Kvinnens ressurser skal i større grad komme i fokus slik at egenomsorgen blir stimulert.

DNJ mente videre at den delen av kvinners liv som innebærer svangerskap, fødsel og omsorg for barn måtte oppvurderes i samfunnet. Mødrehelsetjenesten skal ta hensyn til dette. En omorganisering, med en mødrehelsetjenesten med større medvirkning av jordmødre, vil være hensiktsmessig og i tråd med kvinnenes behov og ønsker. Jordmødrenes kunnskap og kompetanse må derfor utnyttes bedre og styrkes.

I utredningen understreket DNJ også sterkt betydningen av både å stanse den økende medikaliseringen, sykeliggjøringen av fødselen og sentraliseringen av fødselshjelpen og å snu denne trenden (DNJ's utredning 1993).

3.2.6. Evidens/kunnskapsbasert helsetjeneste til kvinner som venter, føder barn og blir mødre.

3.2.6.1. WHO's "Retningslinjer for normal fødsel" 1996

I 1996 kom WHO's "Retningslinjer for normal fødsel" (WHO's Safe Motherhood 1996). WHO's teorem her var at *ved normal fødsel skal det være valide grunner til å gripe inn i den naturlige prosessen som en gravid kvinnes fødsel er*. En normal fødsel ble definert som "spontan i sin start, lavrisiko når riene begynner, og fortsatt lavrisiko frem til etter barnets fødsel. Barnet fødes spontant i bakhodefødsel mellom 37 og 42 fullgatte svangerskapsuker. Etter fødselen er både morens og barnets tilstand god."

Videre ble det presisert at *"It is safe to say that a woman should give birth in a place she feels safe, and at the most peripheral level at which appropriate care is feasible and safe. For a low-risk pregnant woman, this can be at home, at a small maternity clinic or birth centre in town or perhaps at the maternity unit of a larger hospital."*

Retningslinjene i "Safe Motherhood" viser til anbefalingene i WHO's Summary Rapport av 1985 og bemerker at til tross for disse anbefalinger, har mange rutiner i forbindelse med fødselen blitt utført som vanlig uten hensyn til deres verdi/hensikt for kvinnene eller deres nyfødte barn. For første gang har fødselseksperter fra de forskjellige WHO regioner i verden hatt anledning til å avklare, i lys av dagens kunnskap, hva de mener er riktig bruk av tiltak i forbindelse med normal fødsel. Arbeidsgruppens anbefalinger i retningslinjene for omsorgsarbeid ved normal fødsel er forskningsbasert og i samsvar med dem som er anbefalt i bøkene "Effective Care in Pregnancy and Childbirth, Volume 1 & 2", (Chalmers, I., Enkin, M. and Keirse, M.J.N.C. 1989), konf 3.2.2.

3.2.6.2. "WHO's 10 prinsipper for perinatal helsetjeneste" 2001

I 1998 kom "WHO's 10 prinsipper for perinatal omsorg/helsetjeneste". WHO anbefalinger og meta-analyser av kontrollerte forsknings-undersøkelser konkluderte med at uhenksommessig perinatal helsetjeneste og teknologi fremdeles ble praktisert i stort omfang over hele verden til tross for en akseptering av *evidensbaserte (kunnskapsbaserte)* prinsipper og tjenester.

WHO's Europakontor har i samarbeid med planleggere og eksperter på reproduktiv helse (WHU/EURO Perinatal Care Task Force, 1998) utarbeidet de 10 prinsippene. De er bifalt av

de fleste medlemsland. Prinsippene inngår i et undervisningsprogram og til sammen utgjør dette en innovativ modell som både er *kunnskapsbasert (evidence based)* og som vektlegger de psykososiale aspekten ved omsorgen som ytes. Modellen skal være en guide innen dette feltet for fremtidens planleggere og fagpersoner over hele verden (Chalmers, B., Mangiaterra, V. And Porter, R. 2001).

WHO`s 10 prinsipper for perinatal helsetjeneste skal

1. demedikalisere normal graviditet og fødsel
2. baseres på hensiktsmessig bruk av teknologi
3. være desentralisert
4. være kunnskapsbasert
5. være tverrfaglig
6. være helhetlig
7. være familiesentrert
8. være kulturtilpasset
9. involvere kvinnene i beslutningsprosesser
10. respektere privatliv, verdighet og konfidensialitet (Vedlegg 3)

Prinsippene og programmet bygger på tidligere nevnte dokument WHO har gitt ut rettet mot omsorgen for mor og barn i perinatalperioden, artikkelen ”Appropriate Technology for Birth” i 1985 (WHO`s Summary Rapport 1985) og boken *Having a Baby in Europe* i 1985 (WHO`s Rapport 1985), konf. 3.2.1. og 3.2.2. Anbefalingene i disse publikasjonene ble fulgt opp og gitt stor støtte i bøkene *Effective Care in Pregnancy and Childbirth, Volume 1 & 2*, i 1989 (Chalmers, Enkin and Keirse 1989).

3.3. Stortingets vedtak for fødselshelsetjenesten i Norge.

3.3.1. En desentralisert og differensiert fødselsomsorg

I 1997 ga Statens helsetilsyn ut Faglige krav til fødeinstitusjoner (Statens helsetilsyn 1996). Denne utredningens formål var å komme med anbefalinger om faglige krav til fødeinstitusjoner, som i sin tur kunne danne grunnlag for den struktur fødeinstitusjonene burde ha i Norge. På den tiden hadde fylkeskommunen driftansvar for fødeinstitusjonene. Staten overtok driftansvar for fødeinstitusjonene i 2002. Utredningen anbefalte at fødeinstitusjonene skulle inndeles i tre kategorier: Fødestuer (m/minst 40 fødsler), Fødeavdelinger (m/minst 400-500 fødsler) og Kvinneklinikker (m/minst 1500 fødsler). Fødestuer skulle være jordmorstyrte fødeenheter uten beredskap for operative eller instrumentelle fødsler. Jordmor/jordmødre skulle ha ansvar for at driften skjer innenfor det som er jordmorfaglig forsvarlig (Statens helsetilsyn 1996).

Et enstemmig Storting har fattet vedtak om at Sosialkomiteens vurdering av fødselshjelpen og den foreslåtte nivåinndelingen av fødeinstitusjonene skal gjøres gjeldende, og at fødselsomsorgen skal være desentralisert og differensiert (Innst. S.nr. 300 (2000-2001)). Det ser ut til at Stortinget har tatt hensyn til og lagt vekt på WHO`s forskningsbaserte anbefalinger både av 1985, 1996 og av 2001.

Flere forskningsrapporter fra fødestuene i Norge i de senere år har vist at ved å la samme personalet ta hånd om både svangerskap og fødselsomsorgen er det mulig å skille den normale fødsel fra den kompliserte. De gode resultatene ved fødestuene skyldes i stor grad at de fødende og jordmødrene kjenner hverandre og stoler på hverandre. De store

fødeavdelingene har mye å hente på den samme risikovurderingen og seleksjonen som skjer i forbindelse med fødestuenes virksomhet (Innst.S.nr 300 (2000-2001)).

Disse funn samsvarer videre med internasjonal forskning, og med gravide-, fødende og barselkvinnens behov og krav til den fødselsomsorgen de ønsker å motta, konf. kap 4. Funnene er videre i samsvar med den mødrehelsetjeneste og jordmortjeneste jordmødre i Norge har ment ville være til beste for kvinnen og barnet, konf. 3.2.5.

3.3.1.1. Nasjonalt råd for fødselsomsorgen

En slik omorganisering av fødselshjelpen er en krevende faglig, organisatorisk og juridisk prosess. Informasjonsbehovet til de ulike fagpersonell, politikere og befolkningen er stor, det viser tidligere erfaringer fra ovennevnte fødestueprosjekt (Innst. S.nr. 300 (2000-2001)).

Til å bistå i omstillingsprosessen, kvalitetsikring og evaluering av drift i forbindelse med organisering av en desentralisert og differensiert fødselsomsorg, har Stortinget fattet vedtak om og opprettet et Nasjonalt råd for fødselsomsorgen. Rådet består av gynekolog, jordmor, allmennlege og helseadministrativt personell og har i henhold til sine oppgaver en flerårig funksjonstid.

3.3.2. Nye retningslinjer for svangerskapsomsorgen

I august 2004 sendte Sosial- og helsedirektoratet (SHD) ut til høring nye Retningslinjer for svangerskapsomsorgen. Det presiseres her at svangerskapsomsorgen er både helsefremmende og sykdomsforebyggende. I retningslinjene menes med svangerskapsomsorg det tilbudet kvinnen får gjennom helse svangerskapet, mens svangerskapskontroll er de enkelte konsultasjonene kvinnen går til. Det anbefales 7 konsultasjoner med et definert innhold for hver kontroll. Målet er at fokus skal flyttes fra kontroll til informasjon, råd og veiledning slik at det blir enklere for gravide kvinner og deres familier å ta ansvar for egen helse. Svangerskapsomsorgen er et frivillig tilbud til kvinnene. De gravide kan velge hvem hun vil gå til kontroll hos, til jordmor eller lege eller til begge.

Utfordringen for svangerskapsomsorgen blir å endre innholdet i kontrollene. Fremtidens perinatale omsorg skal være målrettet og skreddersydd i forhold til kvinnen og familiens behov, i tråd med *kunnskapsbaserte* anbefalinger. De fysiske parametere skal vektlegges mindre, det skal bli en dreining mot kvinnens psykososiale behov. Det vil òg være en utfordring å organisere helsetjenestene slik at kvinnenes ønske om kontinuitet og sammenheng mellom svangerskap, fødsel og barseltid oppfylles. For å oppnå dette vil det være nødvendig med en nytenkning med hensyn til målet om kontinuitet gjennom hele forløpet, ikke bare i svangerskapsomsorgen, men også i forbindelse med fødselsomsorgen og barselomsorgen. Det vises i denne forbindelse til Nasjonalt råd for fødselsomsorg som skal bistå i ovennevnte omstillingsprosess.

Retningslinjene fremhever at det vil bli en utfordring å endre rutiner i svangerskapsomsorgen som er innarbeidet gjennom vel et halvt århundre. Det vil kreve stor innsats av leger og jordmødre og gravide kvinner. Kompetanseheving hos jordmødre og leger vil bli nødvendig, slik at praksis blir i tråd med dagens kunnskap om svangerskapsomsorg. SHD antar at en vellykket implementering av nye faglige retningslinjer vil redusere antall helsekontroller av gravid med et normalt svangerskap.

3.3.3. Mot paradigmeskifte i helsetjenesten til gravide-, fødende-, barselkvinner med barn ?

Nasjonalt råd for fødselsomsorg har holdt flere konferanser, noen av dets medlemmer har vært på studietur til bl.a. New Zealand og Nederland og skrevet flere artikler. En tre dagers konferansen om Fødestruktur i endring ble holdt i okt. 2003 i Svolvær: "Fokus på fødestuene – innhold, ansvar og organisering". Her var målgruppene alt helsepersonell med arbeid ved eller i tilknytting til fødestuer og administrativt personell i regionale helseforetak og helseforetak som har fødestuer. I jan. 2005 ble det holdt en tre dagers Nasjonal konferanse i Bergen: "Svangerskap og fødsel – i en kunnskapsbasert og differensiert helsetjeneste". Denne konferansen arrangerte Nasjonalt råd for fødselsomsorgen sammen med Sosial- og helsedirektoratet. Målgruppen her var alle som arbeider i svangerskaps- og fødselsomsorgen. Konferansen var et ledd i omstillingsprosessen og kvalitetsikringen i forbindelse med organiseringen av en desentralisert og differensiert fødselsomsorg.

På konferansen i Bergen fremkom at fødeavdelingene ved flere sykehus allerede er omgjort til fødestuer, men at flere små fødeavdelinger står foran en endring i driftsform til fødestuer i lokalsykehus. Slik vil det, i årene som kommer, bli flere jordmorledete fødestuer ved de små sykehusene. Det kom også frem at en rekke store og små fødeavdelinger har begynt å utvikle differensiert fødselsomsorg. Differensiert fødselsomsorg innebærer at ved de større fødeinstitusjonene, hvor flertallet av de fødende faktisk er friske, bruker de positive elementene fra fødestuene. Det betyr kontinuitet, dvs kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor hos fødekvinne under fødselsforløpet, og unødig bruk av intervensjoner. Kontinuitet innebærer videre at den fødende møter en jordmor hun kjenner fra før, fra svangerskapsomsorgen. Utfordringen blir her å bedre samarbeide mellom jordmor og allmennpraktiserende lege i svangerskapsomsorgen og mellom obstetrikere og jordmor i fødselsomsorgen. Spesielt må obstetrikere og jordmor enes om den faglige overvåkingen og oppfølgingen ved en del risikosituasjoner, slik at kvaliteten på overvåkingen og oppfølgingen av fødekvinnene bedres (Tilsynsrapporten fra Helsetilsynet 11/2004). Dette ble belyst på konferansen og ved flere institusjoner var det av ledelsen iverksatt flere tiltak for å bedre dette samarbeidet.

Det er i denne forbindelse også viktig å se på Hjemmefødsel-situasjonen i Norge. Flere steder i landet er det jordmødre, som selvstendige næringsdrivende, som tilbyr friske gravide kvinner som ønsker å føde hjemme denne form for jordmorvirksomhet. Det viser seg at hjemmefødsel er blitt mer vanlig i de siste årene (Nilsen, Daltveit, Irgens 2001), men variere fra 0,5 til 1 % av antall årlig fødsler. Sikkerheten ved hjemmefødsel har vært undersøkt i en del land, og en undersøkelse fra Nederland viser gode resultat. Men siden 1/3-del av alle fødsler i det landet finner sted i hjemmet, er resultatene ikke uten videre generaliserbare, mener Nilsen, Daltveit, Irgens. De mener at hjemmefødsler vil være sikkert for utvalgte kvinner dersom infrastruktur og oppfølging er adekvat (Nilsen, Daltveit, Irgens 2001). WHO's Retningslinjer for normal fødsel anbefaler at det tas hensyn til hva kvinnen mener, for "*a woman should give birth in a place she feel is safe, and at the most peripheral level at which appropriate care is feasible and safe. For a low-risk pregnant woman, this can be at home, at a small maternity clinic or birth centre in town or perhaps at the maternity unit of a larger hospital*", konf. 3.2.6.1.

Stortingets beslutning om desentralisert fødselshjelp innebærer et nyansert syn på behovet for overvåking, og et oppgjør med tradisjonell ukritisk risikofokusering og verstefallstenkning. Stortingets syn er helt i tråd med de 10 prinsipper WHO har anbefalt. Vi står derfor sannsynligvis overfor *et paradigmeskifte*, dvs. en grunnleggende endring i synet på normale

fødsler, både i Norge og internasjonalt, hevder Nasjonalt råd for fødselsomsorg i en artikkel i Tidsskr. For Norsk Lægeforening i mai i år (Backe, P. m.fl. 2005). Om det i fremtiden fortsatt skal være fødsler på fødestuer eller mindre lokalsykehus, er nå et politisk spørsmål. *Fra medisinsk hold er konklusjonen at fødestuer utvilsomt er medisinsk forsvarlig* (Backe, P. m.fl. 2005). Men hvordan svangerskapsomsorgen, i forbindelse med innføringen av de nye retningslinjene, nå kan tilrettelegges med tanke på kontinuitet gjennom alle faser av det perinatale forløp eller kvinnens barnebærende periode: svangerskap, fødsel og barseltiden, må derfor nå vurderes. Stortinget er også i Inst.S.nr.300 (2000-2001) anbefalt å se på omfanget og innholdet i den lovpålagte jordmortjenesten i kommunene. For randomiserte undersøkelser viser at kontinuitet er nyttig (Backe, P. m.fl. 2005).

3.4. Endringer i mødrehelsetjenesten i andre land

England

I løpet av 1993 – 1998 iverksatte helsemyndighetene i England en omlegging av mødrehelsetjenesten til barnebærende kvinner, kalt Changing Childbirth. Omleggingen bygget på forskning og skriftlige og muntlige høringer utført av en Helse komitè nedsatt av helsemyndighetene. Komitèens konklusjon vedrørende fødested var at den ”ikke kunne rettferdiggjøre politikken med å oppmuntre alle kvinner til å føde på sykehus av sikkerhetsmessige grunner.” Changing Childbirth hadde identifisert 10 suksess-indikatorer som skulle nås innen 5 år, bl.a. så skulle: - en hver kvinne kjenne en jordmor som sikrer henne kontinuitet i jordmor-oppfølging, hjelp og omsorg; - minst 75 % av kvinnene kjenne den personene som følger dem opp og hjelper dem under fødselens åpningstid og fødselen; - jordmødre skal ha direkte adgang til en del senger i fødeavdelingene. Mødrehelsetjenesten skulle være kvinne-sentrert, dvs basert på kvinnens behov, være lett tilgjengelig, og involvere kvinnene i planleggingen og kontroll av den. En av de viktigste utfordringene for jordmor med Changing Childbirth var at hun måtte lære seg å arbeide i *partnerskap* med kvinnen.

Jordmortjenesten ble som følger av Changing childbirth bl.a. forsøkt organisert på måter hvor jordmorvirksomheten kunne bedre kontinuiteten i oppfølgingen og omsorgen til kvinnene. Ved flere avdelinger ble det etablert jordmor team. For å yte kontinuitet ble en jordmor i teamet ”named midwife” for en gruppe kvinner fra begynnelsen av graviditeten til slutten av barseltiden. Kvinnene i gruppen fikk også kontakt med de andre jordmødrene i teamet, for dersom ”named midwife” ikke var tilgjengelig så ville ingen i jordmortemaet være ukjent for henne.

En annen modell for kontinuitet i jordmor oppfølging og omsorg er One-to-one Midwifery Practice. Her har en jordmor total ansvar for oppfølging og omsorg av et definert antall gravidog må være ”on-call” 24 timer i døgnet.

Ved disse former for jordmortjeneste var forutsetningen at jordmødrene ville arbeide på tvers av 1. og 2. linje tjenesten, til beste for mor og barn.

Allerede etter 5-7 år viste det seg at Changing Childbirth ikke ga hverken gravide-, fødende-, barselkvinner eller jordmødre valg, kontinuitet og kontroll. Omorganisering og strukturering ble overlatt til den enkelte institusjon, noe som ikke førte til noen endring i arbeidssituasjonen for jordmødrene. Det ble umulig og gi en-til-en oppfølging av jordmor med vaktskift på fire jordmødre som skulle ta seg av alle typer fødsler, som fødsel i vann, premature fødsler, pre-eklampsi osv., osv. Resultat: øking i keisersnitt og epidural og nedgang i antall normale fødsler (Schan, P. 1998, Jowitt, M. 1998, Sandall, J. 2004). Endringene som var introdusert resulterte i at de aller fleste av de gravide kvinnene fremdeles ble fulgt opp av ukjente

jordmødre og tjenesten fortsatte å være fragmentert. Jordmødrene var ikke i stand til å gi kontinuitet i oppfølging av kvinnene og opplevde å bli overarbeidet, stresset, motarbeidet og følte seg lite verdsatt. En kvalitativ undersøkelse som undersøkte hvordan jordmødrene opplevde å bli integrert i team kom i sin analyse av data frem til dette (Shallow, H. 2001).

Mødrehelsetjenesten i England er nå i endring, i henhold til Department of Health 10-årige plan for den totale Helsetjenesten som startet i 2003. Jordmødre oppfordres til å yte *kvinnesentrert* kvalitativ jordmorvirksomhet. Men for å få dette til presiseres det at det er mange forbedringer og reformer som sykehusenes Helseforetak, primærhelsetjenestens foretak og andre institusjoner må gjøre for å sette helsepersonell, som jordmødre, i stand til å yte sitt beste (Department of Health, 2003).

Kontinuitet, valg og kontroll for gravide kvinner er således fortsatt noe jordmødre og andre interesse grupper arbeider for. Det er tegn som tyder på at den tidligere medikaliseringen av mødrehelsetjenesten er om å endre seg å bli mer kvinnesentrert muligens på grunn av utviklingen av evidensbasert praksis innen medisinen. Tilnærmingen til fødselen skal/må endres fra en medikalisert tilnærming til en fysiologisk tilnærming. I løpet av svangerskapsomsorgen skal det bli mulig å selektere de friske gravide kvinnene som kan motta jordmorledet oppfølging og omsorg gjennom svangerskap, fødsel og barselid (Mead, M. 2004).

Holland

Holland er det land i Europa hvor den nasjonale helsetjenesten inkluderer en selvstendig autonom jordmortjeneste. Et system som tillater jordmødrene i primærhelsetjenesten å tilby friske gravide kvinner som ønsker det hjemmefødsel.

Men dette helsetjeneste tilbudet og denne form for jordmorvirksomhet har også i Holland vært under press. Mens andre land så systemet i Holland som et "post-moderne avantgarde" system ble det av noen i landet ansett som et "premoderne fotavtrykk" fra fortiden. I første del av 1990 årene ble hollandske jordmødre og kvinner oppmerksom på at de holdt på å miste noe verdifullt, noe som fikk dem til å starte en kampanje og dermed skapte de i fellesskap en postmoderne sosial bevegelse for å bevare hjemmefødsel. De fant støtte for kampanjen i forskningen som var utført, noe den hollandske regjering tok mye hensyn til (Davis-Floyd, R., 2005)

Men i 1999 gikk jordmødre i Holland til streik for bedre betaling og arbeidsforhold. Overarbeidet og underbetalt fremhevet jordmødrene at det i de senere år var blitt en økende mangel på jordmødre. Med en "caseload" på 155 klienter pr år, opplevde mange jordmødre nå å være utbrent. Hjemmefødsels antallet i Nederland har i løpet av 25 år, falt fra 60 til 35 % (O'Connor, M. 2000).

New Zealand

Før 1970 utførte jordmødrene i New Zealand svangerskapskontroller og forløste kvinner selvstendig i sykehus, fødestuer og hjemmene. I 1970 kom en lov som gjorde at jordmødre ikke lenger kunne arbeide selvstendig, men måtte være under oppsyn av leger. Legene overtok alle forløsningene (Schmidt, N., Roland, B. 2004) . I begynnelsen av 1980 årene ble brukergruppen "Save the Midwife" bestående av kvinner og jordmødre, opprettet. Det ble dette politiske *partnerskap* mellom kvinner og jordmødre som førte til at myndighetene i 1990 endret lovgivningen og igjen ga jordmødre rett til selvstendig/autonom jordmorvirksomhet (Guilliland, K., Pairman, S. 1995). Lovendringene det året restituerte den profesjonell og

juridiske atskillelsen av jordmorvirksomhet fra sykepleie og fastslo dermed jordmorvirksomhet og sykepleie som atskilte og forskjellige profesjoner i New Zealand (NZCOM, 2005).

Som en selvstendig profesjon arbeider jordmødre på mange måter i mødrehelsetjenesten. Det er forventet at alle jordmødre arbeider *i partnerskap* med kvinnen, gir eller støtter kontinuitet i jordmor oppfølging av kvinnen gjennom hennes barnefødende erfaring/opplevelse. Jordmødre samarbeider med andre helseprofesjoner når det er nødvendig, for å imøtekomme et hvert medisinsk, helse eller sosialt tilleggs behov til kvinnene og deres barn (NZCOM, 2005).

Jordmødre kan være selvstendig næringsdrivende og gi kontinuitet-i-oppfølgingen til den enkelte kvinnen og hennes familie som Lead Maternity Carers (LMC); være ansatt av Distrikt helsetjenesten til å gi en kontinuitet-i-oppfølging tjeneste; eller være ansatt av Distrikts helsetjenesten til å være med på å dekke en 24 timers turnus tjeneste i en mødrehelsetjeneste institusjon. Omtrent halv parten av New Zealands jordmødre er selvstendig næringsdrivende mens den andre halvparten er ansatt. En betydelig prosent av de ansatte jordmødre er ansatt som caseload jordmødre som gir LMC tjeneste (NZCOM, 2005).

70 % av alle gravide kvinner i New Zealand har nå en jordmor som sin LMC. Kvinnene kan velge om de vil føde hjemme, på fødestue eller føde sentra, eller i fødeavdelinger i sykehus. Fødestuene er ofte i distriktet, men det er nå en bevegelse for å etablere fødestue praksis i by-sentra/fødeavdelinger slik at kvinnene har større mulighet for normal fødsel (NZCOM, 2005).

3.5. Oppsummering og konsekvenser

I første halvdel av 19-århundrede skjedde det innen helsetjenesten og jordmortjenesten som ble tilbudt kvinner som venter, føder barn og blir mødre *et paradigmeskifte* fra en kvinnesentrert tilnærming til en legebaseret tilnærming eller fra en sosial tilnærming til en medisinsk tilnærming.

Dette paradigmeskifte førte videre til flytting av fødslene fra hjemmene til institusjonene. Strukturen og organiseringen av denne medisinske perinatale helsetjenesten la opp til en tjeneste med mange ledd, altså en fragmentert helsetjeneste til kvinner som venter, får barn og blir mødre. Det rådende medisinske syn var da at en fødsel kun kunne vurderes som normal i ettertid. Et syn kalt "verstefallstenkning". Denne institusjonaliseringen og medikaliseringen av fødselen skjedde i hele den vestlige verden.

Dette skjedde utover i 1970-1980 årene, til tross for at WHO allerede i 1985 kom med anbefalinger vedrørende innholdet i den helsetjenesten som ble tilbudt gravide-, fødende- og barselkvinner og deres barn. Anbefalingene som WHO fremsatte var basert på at mange av intervensjonene som ble utført i denne helsetjenesten ikke var evidensbasert og derfor kunne føre til iatrogene tilstander hos kvinnene og deres barn. WHO påpekte at kvinnen har en sentral rolle i planleggingen, gjennomføringen og evalueringen av tjenesten, og at sosiale, emosjonelle og psykologiske faktorer er avgjørende for å forstå og implementere en hensiktsmessig perinatal helsetjeneste. Disse anbefalinger fulgte DNJ opp i sin utredning i 1993 om mødrehelsetjenesten mot år 2000. Utredningen vektla å fremme helhet og *kontinuitet* slik at mødrehelsetjenesten skulle bli "en kjede uten svake ledd". Svangerskap og fødsel oppfattes som en normal fysiologisk prosess for kvinnen.

SHD innfører med de nye Retningslinjene for svangerskapsomsorgen et nytt innhold i svangerskapsomsorgen, altså i det tilbudet kvinnen får gjennom hele svangerskapet. Innholdet i selve kontrollene skal endres i tråd med kunnskapsbaserte anbefalinger. De fysiske parametere skal vektlegges mindre, det skal bli en dreining mot kvinnens psykososiale behov.

Med sitt vedtak gir Stortingets nå klare føringer. Den norske fødselshjelp skal være desentralisert og differensiert og innholdet, oppfølgingen og omsorgen være i henhold til WHO`s Prinsipper for perinatal omsorg. En helsetjeneste etter disse prinsippene til kvinner som venter, føder barn og blir mødre er også i samsvar med forskning og jordmødrenes og kvinnenes ønsker og krav gjennom flere år

En helsetjeneste som vektlegger *kontinuitet* i den tjenesten jordmor yter, spesielt til lavrisiko gravide- og fødende kvinner, for at den gravide/fødende kvinnen og jordmor bl.a. skal lære hverandre å kjenne, er viktig, – men like viktig vil selve *innholdet* i den jordmortjenesten jordmor yter til disse kvinnene..

Nasjonalt råd for fødselsomsorg hevder at vi sannsynligvis står overfor et *paradigmesifte i det grunnleggende synet på normal fødsel*, både i Norge og internasjonalt.

WHO sier at ”*ved normal fødsel skal det være valide grunner til å gripe inn i den naturlige prosessen en gravid kvinnes fødsel er.*”

Dersom det er den fysiologiske tilnærming til graviditet og fødsel som skal iverksettes for å fremme normal fødsel for friske gravide kvinner, må dagens praksis i fødeavdelingene sannsynligvis tas opp til gjennomgang og vurdering? Er den vanlige praksis som ytes og event. intervensjoner i samsvar med forskningsbasert praksis?

Jordmødre og obstetrikere er sosialisert til risikovurdering og verstefallstenkning, så det kan by på store utfordringer å endre den medisinske intervensjons tilnærming til en mer fysiologisk tilnærming til gravide kvinners fødselsprosess.

Vil det følgende være en mulig måte å nærme seg denne utfordringen på?

I situasjoner hvor den fysiologiske prosess møter den medisinske modell, må praktikere som ønsker å støtte den fysiologiske prosess vise hvordan kvaliteten på deres praksis/tjeneste vil sikre optimal sikkerhet/trygghet for både mor og barn, og praktikere som heller til en mer medisinsk modell må forsvare en hver intervensjon som kan forstyrre fødselsarbeidet og fødselens fysiologiske prosess. I jussens språk vil det således føre til at en frisk kvinne, skikket for jordmorledet oppfølging og praksis, bli sett som ”uskyldig inntil bevist skyldig”. I et slikt scenario vil et utall av intervensjoner måtte forsvares. Praksiser som fører til øking av intervensjoner ville således måtte bli tatt opp til vurdering. En slik tilnærming ville kreve et multidisiplinert samarbeide og koordinering.

Et nytt faglige syn som ser svangerskap/fødsel som en normal fysiologisk prosess vil også kreve en ny sosialisering, en betydelig endring av verdier, holdninger og i kunnskapsgrunnlaget til alt helsepersonell som er involvert i svangerskapsomsorgen, fødselsomsorgen og barselomsorgen. Utdanningen og opplæringen av leger, obstetrikere, pediatere, jordmødre, barnepleiere etc. må, slik utvalget ser det, endres og til dels samkjøres.

Hva medfører det for leger og jordmødre i svangerskapsomsorgen at i kontrollene så skal de fysiske parametere vektlegges mindre, det skal bli en dreining mot kvinnens psykososiale behov? Hvilke psykososiale behov? Graviditeten og fødselens innflytelse som ”*a rite of passage*” for kvinnene er ofte ignorert og moderskapsrollen i samfunnet undervurdert.

Praksis som ytes skal demedikaliseres, antall intervensjoner skal reduseres. I den forbindelse er det ytret bekymring over dagens jordmødrenes manglende kompetanse innen flere jordmorfaglige ferdigheter/ kompetanser (Ressursgruppen 2005).

Selv om jordmødre alltid har hevdet, at for en kvinne med et normalt svangerskap skal jordmors innstilling/holdning være at ”en fødsel er en normal fysiologisk prosess til noe går galt”, så er jordmødre i dag sosialisert innen medisinsens risikovurdering og verstefallstenkning med sin intervensjons praksis.

Utfordringene for alle jordmødre blir å være villige til både avlæring, omstilling og endring. For hva vil det medføre for jordmor å yte kontinuitet i oppfølging av kvinnen gjennom svangerskapet, fødselen og barseltiden; å gi kvinnen en-til-en kontakt, å inngå partnerskap med kvinnen, å gi evidensbasert praksis, å fremme kvinnens graviditet/fødsel som en normal fysiologisk prosess?

Hva vil det medføre for jordmor at svangerskaps- og fødselsomsorgen skal desentraliseres og differensieres? Har alle jordmødre en felles forståelse av dette? Vil utdanningen av jordmødre forberede og kvalifisere jordmor til å utøve på et selvstendig grunnlag jordmorvirksomhet på alle nivå i fødselsomsorgen, i den perinatale helsetjenesten, umiddelbart etter fullført utdanning?

Hva med jordmødre i praksis - vil det være behov for etter- og videreutdanning pga. endringene som skal iverksettes?

Ovennevnte omorganisering av den perinatale helsetjenesten vil være en krevende, organisatorisk og juridisk prosess. Informasjonsbehovet hos de ulike fagprofesjoner, politikere og befolkningen vil være stort. Ingen av fagprofesjonene kan endre måten denne helsetjenesten blir levert på, på egen hånd

Den perinatale helsetjenesten vil kun endre seg dersom alle interessegrupper er involvert, og dersom alle kan bli profesjonelt interesserte og villige til å gjennomføre disse forandringene. Av den grunn vil alle profesjoner – jordmødre, allmennpraktikerne, obstetrikkerne, pediterne, anestesilegen, osv. – på alle nivåer, det være seg i praksis, ledelse, utdanning eller forskning, ha en vital og viktig rolle.

I tillegg vil det kreve mange forbedringer og reformer som myndighetene må iverksette ved sykehusenes helseforetak, i kommunehelsetjenesten og ved andre institusjoner, for å få dette til og for å sette helsepersonell, inklusiv jordmødre, i stand til å yte sitt beste. Det viser erfaringer fra endringsprosesser i den perinatale helsetjenesten i andre land.

Kvinnene og kvinnens organisasjoner og pressgrupper, så som Fødsel i fokus, Ammehjelpen, og andre kvinneorganisasjoner, vil spesielt ha svært viktige roller i den perinatale helsetjenestens endringsprosess.

4. BRUKERNES – KVINNENES – BEHOV FOR JORDMORVIRKSOMHET

4.1. Historisk tilbakeblikk – nasjonalt og internasjonalt

4.1.1. Fra hjemmefødsel til institusjonsfødsel

I begynnelsen av det 1900-århundrede var det i samfunnet generelt dårlige levekår, med dårlig ernæring og dårlige boforhold samt dårlige sanitære forhold. Grunntanken bak de kommunale fødehjemmene, som Katti Anker Møller var en av initiativtakerne til, konf. 3.1.2., var derfor at jordmor skulle gi oppfølging, omsorg og hensyn i den daglige situasjon for friske fødende kvinner (Blom 1988). Fødehjemmene skulle være ”ganske enkle og helst ha så lite klinik-utseende som mulig, konene må kunne glede seg til å komme dit”, mente fru Møller. Fødselsstiftelsene skulle ta seg av de ”unormale” fødsler (Blom 1988).

Katti Anker Møller mente videre at alt ansvar for slektens reproduksjon, fra veiledning i bruk av prevensjon til fødselshjelp og veiledning i amming og spedbarnstell, skulle utføres av kvinner, - av jordmødre. Jordmødrene skulle utvide sitt virkefelt til å omfatte alt dette og derfor måtte de få mer og annerledes utdanning (Blom 1988).

Den store søkningen til fødselsstiftelsene/kvinneklinikkene, konf. 3.1.2. og fødehjemmene viste at kvinnene stort sett ønsket disse institusjonene velkommen. Det var på grunn av ovennevnte sosiale forhold som førte til at kvinnene søkte til fødeinstitusjonene. De som arbeidet med å forbedre de fødendes situasjon, både menn og kvinner, forsøkte derfor å gi mødrene alternativer til å føde i hjemmet. Dette var en enklere og raskere måte å løse problemene på enn å satse på å forbedre boligforholdene og beholde fødslene i hjemmet. Oppholdet på fødeinstitusjonene var også kostnadsfritt i tråd med Mødreforsikringen (Blom 1988). Men noen av minussidene ved institusjonene ble etter hvert synlige, og de var sterkest på kvinneklinikkene (Blom 1988).

4.1.2. Kvinnenes reaksjoner på helsetjenesten som ble tilbudt dem

Kvinner fra ulike sosiale grupper som fødte på de store fødeklinikkene klaget allerede i begynnelsen av det 19-århundrede over den tjenesten de fikk der. De klaget på fødeværelsens hvite kulde, på at de lå alene, mangel på omsorg og kontakt med jordmor, på mange og fremmede mennesker på rommet. Det var altså ikke frykten for døden som opptok dem, men frykten for mangel på nærhet av jordmor og for nye og skremmende medisinske tiltak (Blom 1988).

I løpet av 1960-1980-årene vokste det frem en sterk internasjonal og nasjonal kvinnereaksjon og kritikk av det medisinske perinatale syn og den helsetjenesten som ble tilbudt. Det var en kritikk som startet i USA, hvor så å si alle kvinner fødte på sykehus forløst av leger, og som så omfattet kvinner i England, Danmark, Sverige, Tyskland, Frankrike og Norge. Kritikken av den medisinske perinatale helsetjenesten undertykkende effekt og manglende respons på kvinner og barns behov kom fra mange kvinner og kvinneorganisasjoner (Oakley 1977, WHO Rapport 1985, Kitzinger 1989, Martin 1987, Fødsel i Fokus 1985-88, Fastvold 1990, Oakley, Houd 1990, Haraldsen 1992).

Kvinnene reagerte også på at den helsetjenesten som bla.a. NOU 1984: 17 la opp til, og som ble tilbudt dem og deres barn i løpet av denne tiden, ble gitt flere steder og av mange personer og profesjoner (WHO Rapport 1985, Endresen 1986, Fødsel i Fokus 1991, Raphael-Leff 1991). I løpet av svangerskapet kunne kvinnen ha blitt sett av 20-28 personer, og under fødselen kunne kvinnen ha hatt mellom 9-15 forskjellige personer inne hos seg på fødestuen

(Endresen 1986, WHO Rapport 1985, Chalmers, Enkin og Keirse 1989). Kvinnene påpekte at de fleste fødende kvinner, ca. 75 %, vanligvis ikke kjenner den jordmoren som assisterer og hjelper dem under fødselen (WHO Rapport 1985, Fødel i Fokus 1991, Raphael-Leff 1991, Rasmussen 1999).

De to norske bruker organisasjonene, Ammehjelpen, og Fødsel i fokus, stiftet i 1985, har begge hatt stor innflytelse og fått til endringer i helsetjenesten til gravide-, fødende- og barselkvinner og deres barn.

4.2. Kvinner som vente, føder barn og blir mødre.

Kvinnene gir uttrykk for at de savner god og kontinuerlig jordmorkontakt og psyko-sosial støtte når de venter og føder barn, blir mødre (Brudal 1983, WHO Rapport 1985, Lind og Hoel 1989, Fastvold 1990, Fødsel i Fokus 1985, 1988, 1991, Rasmussen 1999, Statens helsetilsyn 1999).

Hva forskning viser

Det eksisterer betydelige bevis som peker mot et sett universelle krav eller standarder som alle kvinner ønsker av mødrehelsetjenesten de blir tilbudt.

De har sagt at de ønsker en tjeneste som tilbyr trygghet, som er fleksibel, er lett tilgjengelig og som reagerer på deres individuelle behov, som erkjenner deres partners rolle og som kommuniserer effektivt. De ønsker at informasjonene må bli bedre, slik at den tillater dem å gjøre innformerte valg. Og mer enn noe annet, kvinnene og deres partnere vil søke en tjeneste som respekterer dem, er personlig og vennlig, som gir dem kontroll og som får dem til å føle seg vel på den måten at de finner ro og velvære i miljøet som omgir dem, slik at de får tillit til den oppfølging og omsorg de får (Campbell, R., Macfarlane, A. 1994, Department of Health, 1993).

Ovennevnte samsvarer med det som kom frem på Legkvinnekonferansen om fødsels- og barselomsorgen som ble holdt på Hadeland i september 1999. Kvinnenes hovedbudskap fra konferansen vedrørende fødsels- og barselomsorgen var ønske om respekt, fleksibilitet og trygghet. I tillegg ytret kvinnene et sterkt ønske om kontinuitet i viktige relasjoner, hvor det ideelle ville være svangerskapsomsorg hos jordmoren som hjelper ved fødselen og at denne jordmoren er tilgjengelig i tiden etterpå. Kvinnene presiserte videre betydningen av en respektfull dialog og at det var viktig at helsepersonell hadde god *relasjonell kompetanse*. Den personlige forutsetningen for å lytte, vise omsorg og utøve faget i dialog med kvinnen er kompetanse som kan læres (Statens helsetilsyn 1999). Legkvinnene gjentok disse behovene og ønskene på den Nasjonal konferanse i Bergen: "Svangerskap og fødsel – i en kunnskapsbasert og differensiert helsetjeneste", arrangert av Nasjonalt råd for fødselsomsorgen i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet i jan. 2005.

Nå viser også forskning at kontinuitet i helsetjenesten av en fagperson som kvinnen kjenner er en viktig faktor for å oppnå et godt utfall av fødselen (Chalmers, Enkin, Keirse 1989, Flint, Poulengereis 1987, Robinson and Thomson 1991, HMSO 1991, 1992). Kontinuitet betyr at kvinnen har mulighet til å bygge opp et trygt og tillitsfullt forhold til jordmor i svangerskapet og at samme jordmor assisterer henne gjennom hele fødselen. Denne form for kontinuitet danner så grunnlaget for jordmors oppfølging og støtte til kvinnene m/barn i barseltiden (WHO's Rapport 1985, Flint, Poulengereis 1987, Chalmers, Enkin and Keirse 1989, HMSO 1992, Changing Childbirth 1993), konf. kap. 3.2.2.

Denne forskningen viser at kvinnenes behov og ønsker er felles og omfatter spesielt følgende tre grunnleggende forhold:

- behov for kontinuitet både i helsetjenesten som ytes av jordmor som gir den,
- rett til kontroll over egen kropp i alle stadier av svangerskap og fødsel,
- behov for medbestemmelse og valg av helsetjeneste tilbud og av fødested.

Kvinnenes rettigheter

Kvinnene er i henhold til Lov om helsetjenesten i kommunene av nov. 1982, ved endring i 1995, sikret jordmorhjelp i løpet av svangerskapet. Kommunene er i henhold til denne loven pålagt å ha jordmortjeneste. Lov om spesialisthelsetjenesten av 2. juli 1999 § 3-1 sikrer gravide kvinner hjelp ved fødeinstitusjon i forbindelse med nedkomst.

01. januar 2001 trådte Pasientrettighetsloven i kraft. Den gir kvinnene mange rettigheter i forhold til deres svangerskap og fødsel, bl.a. rett til helsehjelp, rett til medvirkning og informasjon, rett til samtykke og valgfrihet, rett til journalinnsyn og rett til å klage.

Helsepersonelloven som trådte i kraft 01.01.2001 gir også kvinnene rettigheter i det den pålegger helsepersonell å utføre sitt arbeide faglig forsvarlig og i henhold til sine kvalifikasjoner. Helsepersonell skal innhente bistand eller henvise kvinnene videre der dette er nødvendig og mulig. Kvinnene er sikret øyeblikkelig hjelp dersom det skulle være nødvendig, idet helsepersonell er pålagt å gi den helsehjelp de evner når det er påtrengende nødvendig.

FN's konvensjon om avskaffelse av alle former for diskriminering av kvinner, ble vedtatt av FN i 1979, ratifisert av Norge i 1981. Den er våren 2005 blitt inkorporert i Likestillingsloven. Den er en menneskeretts konvensjon som bl.a. gjør oppmerksom på morsrollens sosiale betydning og fastslår at kvinnens rolle i forplantningen ikke bør gi grunnlag for diskriminering.

Medias påvirkning av gravide og fødende kvinner

Den informasjon som blir formidlet til befolkningen om graviditet og fødsel har en tendens til å forsterke en stereotypisk oppfatning av obstetikk og perinatal medisin som heltedåder i hverdagen, eller som livsviktige aktiviteter, som enten redder kvinnene/barna fra den visse død eller redder dem som ved et medisinsk mirakel. Den oppfatningen de gravide kvinnene har av risikonivået, får innflytelse på deres valg i løpet av svangerskap og fødsel (Mead, M. 2004).

Dette er mulig dette er en av årsakene til at en del kvinner kanskje presser legene (obstetikerne) for å få keisersnitt. Kvinnene ønsker heller ikke rifter eller annet ubehag i forbindelse med fødselen, noe som også kan være en årsak til at de ønsker keisersnitt. I England er antall kvinner som har et spontant fødselsarbeid og fødsel, dvs uten intervensjoner, blitt redusert i løpet av 2001-2002. Spontane fødsler utgjorde da 45 %, mot 58 % i løpet av 1998-2001. Flere jordmødre slutter ved fødeinstitusjonene fordi de er bekymret over medikaliseringen av fødslene. Det er derfor fremmet krav om at forholdene ved fødeinstitusjonene må endres, slik at det kan ansettes flere jordmødre for at kvinnene kan få en-til-en oppfølging og omsorg.(MIDIRS 2003).

4.3. Oppsummering og konsekvenser

Kvinnene har helt siden begynnelsen av det 19-århundrede klaget over at de i institusjonene måtte ligge alene, de har klaget over manglende nærhet og kontakt med jordmor og over skremmende medisinske intervensjoner.

Organiseringen og struktureringen av den medisinske perinatale helsetjenesten, som ble iverksatt som følge av NOU 1984: 17, ble en helsetjeneste med for mange ledd. Denne helsetjenesten ble en tjeneste som ble for fragmentert for kvinner som venter, får barn og blir mødre. Kvinnene savnet kontinuitet, omsorg og kontinuerlig kontakt med jordmor. De har ønsket og bedt om nær jordmorkontakt – en-til-en kontakt i mange år.

Men kvinnene har også fremhevet betydningen av en respektfull dialog og at det er viktig at helsepersonell, inklusiv jordmor, har gode relasjonelle kompetanser.

Har jordmødre disse kompetansene eller er det behov for forbedring?

Forskning har dokumentert kvinnes behov for kontinuitet både i helsetjenesten som ytes og av jordmor som gir den, for kontroll over egen kropp i alle stadier av svangerskap og fødsel, og for medbestemmelse og valg av helsetjenestens tilbud og av fødested.

Vil jordmødre være villige til å følge opp kvinnene gjennom svangerskapet, fødselen og barseltiden?

Og hva omfatter det at kvinnen ønsker kontroll over egen kropp i alle stadier av svangerskap og fødsel?

Visse former for praksis er utvilsomt fordelaktig for kvinnene. Kontinuitet i oppfølging, sammen med fysisk, emosjonell og psykologisk støtte, er kjent å ha fordeler, eks. i å redusere bruk av smertestillende. Kan kvinnene nå regne med at mødrehelsetjenesten vil bli strukturert på en slik måte at denne støtten er tilgjengelig?

Er det den medisinske ”verstefallstenkning” og medias påvirkning som har ført til at kvinnene nå er mer redde, både for selve svangerskapet og for fødselen?

Er det god informasjon om fordelene med en fysiologisk tilnærming til svangerskap og fødselen som kan endre kvinnes oppfatning/innstilling til svangerskap og fødsel?

Kvinnene ønsker altså en helsetjeneste som er sikker og vel organisert, de ønsker helsepersonell som kommuniserer godt med dem og med hverandre, de ønsker klar, aktuell og hensiktsmessig informasjon og forståelse, og ønsker å bli behandlet med vennlighet og respekt.

Er dette en utfordring fra kvinnen jordmødre er villig til å ta?

5. SELVSTENDIG JORDMORVIRKSOMHET

5.1. Jordmors ansvar – Autorisasjon og autonomi

5.1.1. Lov om jordmødre av 19. desember 1898

Det har alltid vært stilt krav om kvalifikasjoner for å kunne praktisere som jordmor i Norge. Jordmorreglementet av 1810 krevde at jordmor skulle være eksaminert og prøvet, og i Lov om jordmødre av 19. desember 1898 var kravet lærebrev fra offentlig jordmorskole eller bevilling fra Kongen. En bevilling som ga jordmor rett til å ”drive næring som jordmor i Norge”. Vilkår om offentlig godkjenning av Sosialdepartementet for å utøve jordmorvirksomhet, ble i 1972 tilført Lov av 1898 om Jordmødre. Denne loven ble opphevet da kommunehelsetjenesteloven av 1982 trådte i kraft, 01.01.1984. Grunnen var at Jordmorloven av 1898 primært organiserte distriktsjordmortjenesten som den gang var knyttet til fylkeskommunen.

Jordmors kompetanse og myndighet omfattet den gang som nå yrkesgruppens institusjonaliserte kontroll – eller jurisdiksjon, dvs rettslig ansvar – vedrørende bestemte oppgaver. Jurisdiksjon oppstår bl.a. gjennom delegering av ansvar fra det offentlige. Jurisdiksjonens grenser er prinsipielt under konstant debatt (Ohnstad 1995). Det er disse grensestridene som både har påvirket vårt jordmoryrkets historie og som til dels påvirke vår virksomhet i dag. På 1800-tallet gikk diskusjonen på om jordmødre skulle få lov å anvende tangen. Et av argumentene fra legehold mot at jordmødre skulle få anvende tangen var at våre forkunnskaper var for dårlige til at vi kunne erverve oss kunnskaper om bruk av tang. Svenske jordmødre fikk tillatelse til å bruke tang i 1829 og finske jordmødre i 1879. Norske jordmødre fikk aldri tillatelse til å bruke tangen (Blom 1988).

5.1.2. Lov av 26. april 1985 om jordmødre

Den nye Lov av 26. april 1985 om jordmødre var en ren yrkeslov, på lik linje med lege- og tannlegeloven (Lov av 1980 om leger, Lov av 1980 om tannleger). Loven sa hvilke plikter og rettigheter jordmor hadde. Den gjaldt for enhver jordmor uavhengig av tjenesteforhold. Den innførte for jordmødre enerett til tittel samt enerett til jordmorvirksomhet. Dette forhindret ikke lege fra å yte samme tjeneste som jordmødre.

Enretten innebar at jordmor i sin yrkesutøvelse er selvstendig, dvs autonom, og er dermed i sin profesjonsutøvelse ikke å anse som legens medhjelper og er derved heller ikke underlagt legens instruksjon.

Loven innskjerpet videre jordmødres plikt til forsvarlig virksomhet, plikt til å yte øyeblikkelig hjelp, til journalføring, taushetsplikt og plikt til å la sin virksomhet underlegges Helsedirektoratets tilsyn (NOU 1993: 33). Jordmødre kunne også åpne, overta eller tre inn i privat virksomhet. Men denne form for jordmor tjenester måtte i så tilfelle kvinnen selv betalte (Rasmussen 1999).

Jordmorvirksomhet utøves innen svangerskaps-, fødsel- og barselomsorgen, og innen svangerskapsforebyggende tiltak. Jordmødre har dermed et funksjons- og arbeidsområde som lett lar seg avgrense fra øvrige profesjonsgruppers fagområde. Det var grunnen til at Jordmorloven av 1985 sikret jordmor enerett til utøvelse av virksomhet innen sitt fagområde (NOU 1993: 33).

Det ble i Jordmorloven av 26. april 1985 gitt forskriftshjemmel til å fastsette hvilke oppgaver som skulle omfattes av jordmødres enerett (NOU 1993: 33). Denne forskriftshjemmelen ble aldri benyttet.

Selv om den nye Jordmorloven var en ren yrkeslov, så dreide diskusjonen seg på slutten av det 19.-århundrede om jordmødre skulle få jurisdiksjon til å foreskrive/gi visse reseptpliktige medikamenter, utføre svangerskapskontroll, foreskrive/gi visse prevensjonsmidler, anlegge og suturere episiotomi og evt. rifter. Diskusjonen som pågikk dreide seg om hvilke oppgaver vi som jordmødre var/er kvalifisert for og har jurisdiksjon til å utføre på egen hånd, spesielt i forhold til allmennpraktiserende leger, men også i forhold til obstetrikere. Debatten oppstod fordi myndighetene ikke i anvendte ovennevnte forskrifthjemmelen i loven til å fastsette hvilke oppgaver som skulle omfattes av jordmødrenes enerett.

5.1.3. Lov av 02.07.1999 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).

Ovennevnte lov, samt tidligere Legelov og andre yrkeslover, er nå erstattet av Helsepersonelloven av 2. juli 1991, som trådte i kraft 01.01.2001. Jordmødre er definert som helsepersonell etter helsepersonelloven § 3.

I lovens § 48. *Autorisasjon* står det: ”Autorisasjonsordningen etter denne lov omfatter følgende grupper helsepersonell:k) jordmor, osv. .. Rett til autorisasjon etter søknad har den som: a) har bestått eksamen i vedkommende *fag* ved norsk universitet, høyskole eller videregående opplæring, b) har gjennomført praktisk tjeneste fastsatt i forskrift av departementet, c) er under 75 år og d) ikke er uegnet for yrket.”

Det er i denne forbindelse viktig å merke seg at det i Helsepersonelloven § 51. *Vilkår for spesialistgodkjenning* står: ”Departementet kan gi forskrift om vilkår for godkjenning av *autorisert* helsepersonell som spesialister innen et avgrenset del av det helsefaglige området, herunder at vilkårene skal gjelde for dem som allerede har spesialistgodkjenning ved forskriftens ikrafttredelse.

Gjennom den offentlige autorisasjonsordningen følger en rekke plikter og noen rettigheter. Disse er regulert bl.a. i helsepersonelloven og gir den autoriserte et selvstendig ansvar for sin yrkesutøvelse. Jordmødre er altså pålagt et særskilt ansvar gjennom en rekke pliktbestemmelser etter denne loven. Jordmødre har etter helsepersonelloven bl.a. plikt til forsvarlighet, meldeplikt, plikt til å yte øyeblikkelig hjelp, plikt til å tegne forsikring, taushetsplikt og dokumentasjonsplikt (Ohnstad 2004).

Den gjelder for enhver jordmor uavhengig av tjenesteforhold.

Det er Sosial- og helsedirektoratet som gir autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning mot nærmere fastsatt godtgjørelse, i henhold til Helsepersonellovens § 53.

5.1.4. Autorisasjon og faglig autonomi

Autorisasjon til jordmor blir gitt på bakgrunn av bestått jordmorutdanning som inntil 2004 var en 1-årig utdanning, med sykepleierutdanning som opptakskrav, samt bestått 1 års turnustjeneste. Autorisasjon skal sikre at jordmor har de nødvendige kvalifikasjoner for yrket. Med autorisasjon følger et selvstendig og personlig ansvar for å utføre sine arbeidsoppgaver forsvarlig. Det innebærer at det stilles krav om faglig og etisk høy standard hos den som er autorisert. Den som er autorisert har bl.a. et ansvar for å holde seg faglig oppdatert, og til å avstå fra å gi helsehjelp på områder som man ikke behersker eller er kompetent til.

Autorisasjon gir enerett til å benytte beskyttet tittel og rett til å utøve yrket innenfor rammer av forsvarlighet (Ohnstad 2004)

Jordmors kompetanse og faglige autonomi er knyttet til yrkesrollens innhold og jordmors virksomhet som beskrevet i Rdir. 80/155/EØS Artikkel 4, konf. 6.2.1. Innholdet i jordmoryrket fremkommer av innholdet i utdanningen som gir indikasjoner på hvilke kunnskaper og ferdigheter utdannelsen leder frem til. Hva en jordmor rent faktisk kan gjøre på selvstendig grunnlag, avhenger både av hennes foremelle og reelle kunnskaper og ferdigheter. Hovedmålet for utdanningen er svangerskapskontroll, fødsel og barsel, samt at det også er et mål at jordmor kan drive veiledning i familieplanlegging. Etter endt utdanning samt bestått turnustjeneste (dette er sannsynligvis gyldig ut år 2005, event. lengre), skal jordmor være kompetent til å utøve på et selvstendig grunnlag den jordmor virksomhet som beskrevet i ovennevnte Rdir. 80/155/EØF Artikkel 4. Myndighetene i Norge er i henhold til EØS-avtalen forpliktet til å legge til rette for at dette skjer.

Innen sitt faglige kompetansefelt er jordmødre autonome i den forstand at de ikke er underlagt arbeidsgivers (eller andres) instruksjonsmyndighet når det gjelder utførelsen av det faglige arbeidet. Det faglige kompetansefeltet fremgår av yrkesrollens innhold og beskrivelse i EØF-direktivene. Dette forutsetter at jordmor opptrer i samsvar med kravet til faglig forsvarlighet i helsepersonelloven § 4, og ikke går utover sin faglige kompetanse. Helsepersonelloven er i første rekke en personansvarslov. Jordmødre skal kunne reservere seg mot beslutninger som kan innebære uforsvarlig virksomhet. Kommunene og helseforetakene er ansvarlig for at helsetjenester som tilbys er forsvarlige. Arbeidsgiveransvaret innebærer bl.a. at man må sørge for rett person på rett plass, fordele oppgaver i samsvar med personellets kvalifikasjoner, utarbeide stillingsbeskrivelser, iverksette internkontroll, føre tilsyn og gi nødvendige direktiver. Helsepersonelloven erstatter ikke stillingsinstruksjoner som gis av arbeidsgiver. Men arbeidsgiver må ved utarbeidelse av stillingsinstruksjoner ta hensyn til helsepersonells lovpålagte plikter samt deres foremelle og reelle kvalifikasjoner (Ohnstad 2004).

Bestemmelser om enerett til bestemt yrkesutøvelse er ikke tatt inn i helsepersonelloven. Grunnen er at loven er generell og omfatter mange ulike yrkesgrupper. Ved forberedelsen av helsepersonelloven ble det også lagt til grunn at enerett til bestemt yrkesutøvelse for bestemte yrkesgrupper ikke nødvendigvis avspeiler faktisk kompetanse hos gruppen, noe som kunne bidra til å forsterke motsetninger mellom grupper istedenfor å tilrettelegge for fleksibel bruk av personellets kompetanse. Nå er det gjort unntak fra hovedregelen om ikke å regulere enerett for bestemte behandlingsmetoder, idet rekvireringsretten for reseptbelagte legemidler er begrenset til leger og tannleger, helsepersonelloven § 11. Jordmødre, sammen med helsesøstre er i henhold til Forskrift av 27. april 1998 om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek, med endring som trådte i kraft 1. juni 2002, gitt begrenset rekvireringsrett for prevensjonsmidler som er inntatt på særskilt liste fastsatt av Statens legemiddelverk. Den begrensede rekvireringsretten gjelder kvinner i alderen 16 til 19 år som ledd i yrkesutøvelsen i helsestasjon/skolehelsetjenesten i den kommunale helsetjeneste.

5.2. Jordmorvirksomhet i Norge – en kort oversikt

Den jordmorvirksomhet som jordmor har faglig og juridisk rett til å utøve er beskrevet i Rdir. 80/155/EØF Artikkel 4, konf. kap. 6.1.2. Denne virksomhet, som jordmor i henhold til Helsepersonelloven er *personlig* ansvarlig for å utøve faglig ansvarlig, skal hun kunne praktisere i sykehus, fødestuer, helsesentre, hjemmefødsler eller andre steder for jordmorvirksomhet, konf kap. 3.2.4.

Etter fullført jordmorutdannelse skal jordmor være kvalifisert til på selvstendig grunnlag å utøve jordmorvirksomhet både som selvstendig næringsdrivende eller som ansatt i den offentlige helsetjenesten.

Jordmødre i Norge i dag arbeider bl.a. med jordmorvirksomhet i kommunene, i primærhelsetjenesten. Hun kan arbeide ved helsestasjon eller som kommunejordmor, og tilby gravide kvinner svangerskapsomsorg og kontroll samt fødselsforberedende kurs.

Hun arbeider også i spesialisthelsetjenesten hvor jordmorvirksomhet utøves i kvinneklinikk, sykehus eller fødestue. Ca. 98 % av alle fødsler foregår i institusjon, så de fleste jordmødre arbeider i spesialisthelsetjenesten.

En del jordmødre driver jordmorvirksomhet som selvstendig næringsdrivende og kan tilby de gravide kvinnene som ønsker det å bistå dem under fødselen i deres hjem (hjemmefødsel).

5.3. Jordmorvirksomhet og ansvarsområder i andre land

Danmark

I Danmark arbeider jordmor i svangerskapet som regel en gang i uken, pga. at hennes arbeide her kombineres med hennes arbeide i sykehuset. Jordmor arbeider i svangerskapet i en konsultasjon, hvor de gravide kvinner kommer til oppfølging. Jordmor har som regel "sine egne" gravide kvinner, slik at kvinnen og jordmor lærer å kjenne hverandre, og jordmoren får et innblikk i hvordan kvinnen og hennes familie har det. Jordmor holder også fødselsforberedende kurs, samt har seksualveiledning, bl.a. til skoleelever.

I dag foregår ca. 98% av fødslene i Danmark på sykehus eller fødeklinikk og de resterende, knapt 2 %, i hjemmet. Den gravide kvinne velger selv hvor hun vil føde sitt barn og jordmor har plikt til å assistere kvinnen under fødselen enten den foregår i hjemmet eller på hospitalet. Jordmor følger opp kvinnen/barnet i barseltiden enten på sykehuset eller i hjemmet.

Jordmor kan også arbeide på sykehusavdelinger med syke gravide, med genetisk veiledning og på ultralydslaboratorier. Jordmødre underviser også jordmorstudentene i teori ved utdanningsstedene og i den kliniske opplæringen i praksis.

Jordmødrenes virksomhetsområde reguleres klart av en forskrift; et Cirkulære om jordmodervirksomhed som trådte i kraft i oktober 2001. Det er utarbeidet i henhold til Lov av 1978 om jordmødre og EU's Rådsdirektiver om jordmødre av 1980, og fastsetter følgende bestemmelser om jordmødres virksomhetsområder. Cirkulæret sier i § 1 noe om hva som er jordmors virksomhetsområder, og i § 2 og 3 hva hun har lov til å gjøre; legge episiotomi og suturere denne og rifter, anvende inhalasjonsanalgeseien "lystgass" i forbindelse med fødselen, anlegge steriltvannspapler, legge infiltrasjons- og overflateanalgesi av perineum og vagina, gi barnet K-tamin, gi kvinnene uteruskontraherende medikamenter etter fødselen og anlegge intravenøs kanyle på den fødende og gi isotonisk saltvann. Jordmødre har videre lov å ta blodprøver av kvinnen og barnet. På sykehus kan hun i henhold til § 4 og 5, på *delegasjon* fra ansvarlig lege anlegge pudendusblokkade, foreta amniotomi, anvende ri-fremmede medikamenter og gi anti-D immunoglobulin. Jordmor er etter § 6, 7 og 8, vider pliktig til å utøve sin virksomhet forsvarlig, henvise eller tilkalle lege ved sykelig tilstander eller komplikasjoner hos kvinnen, fosteret eller det nyfødte barn, samt bistå legen ved behandling eller i hans fravær gi øyeblikkelig hjelp.

Etter endt jordmorutdanning kan danske jordmødre søke om autorisasjon hos??

Sverige

Den svenske jordmor arbeider for kvinnes reproduktive helse innenfor et omfattende virksomhetsområde. Hun møter kvinner i løpet av hele deres livssyklus, fra den unge til den eldre kvinne. Jordmor kompetanse omfatter normal graviditet, fødsel, barseltid og antikonsepsjon. I tillegg har hun en spesiell kompetanse for kvinner med gynekologiske helseproblemer.

Sosialstyrelsen i Sverige har i Allmänna Råd, SOSFS 1995:5, utarbeidet kompetansebeskrivelse for sykepleiere og jordmødre. Her fremkommer de grunnleggende krav Sosialstyrelsen stiller til sykepleiere og jordmødres virksomhet. Den engelsk utgave *General Recommendations issued by the Swedish Board of Health and Welfare in 1995 of Midwives Description of required competence*, omhandler følgende for autoriserte jordmødre: - Professional/Specialist scope of activities and functions, - Duties: Preventive work; Nursing care; Tests, investigations, treatment and deliveries; Information, teaching and tutoring; Research and development work; Planning and management duties. The Health and Medical Services Act og The Act on Professional Obligation styrer videre både sykepleier og jordmors arbeide.

Den svenske jordmor har foreskrivningsrett for antikonsepsjonsmiddel.

Etter endt jordmorutdanning kan svenske jordmødre søke Sosialstyrelsen om Legitimation – rätt att praktisera som barnmorska.

England

I England arbeider jordmødre innenfor den Nasjonale helsetjenesten og i privat sektor, full tid eller deltid, i kommunen eller i sykehus eller i en kombinasjon av de to. I kommunen eller i sykehuset kan jordmor arbeide i team eller ha egen "caseload". Noen jordmødre velger å arbeide som *selvstendig næringsdrivende*, med mulighet til å tilby hjemmefødsel.

Karrieremuligheter finnes innenfor ledelse, forskning, undervisning eller innen avansert klinisk praksis som spesialistjordmor.

Jordmødres praksis er styrt av Nursing & Midwifery Council's (NMC) Midwives rules and standards av august 2004 og av NMC code of professional conduct: standards for conduct, performance and ethics av November 2004.

ICM er et regjeringsoppnevnt Council og jordmødre må etter bestått utdanning registrere seg her, noe som gir jordmor tillatelse/autorisasjon til å praktisere som jordmor. I henhold til NMC Midwives rules and standards skal jordmor bl.a.: - gi melding til lokal superviseringsmyndighet om hvor hun skal arbeide, - være ansvarlig for sitt praksisområde, - være ansvarlig for administrering av bestemte medisiner og følge lovgivningen vedrørende dette, - være ansvarlig for journalføring, - underkaste seg tilsyn. I henhold til NMC Code of professional conduct: standards for conduct, performance and ethics skal en "Registered nurse, midwife or specialist community public health nurse: - respect the patient or client as an individual, - obtain consent before you give any treatment or care, - co-operate with others in team, - protect confidential information, - maintain your professional knowledge and competence, - be trustworthy, - act to identify and minimise the risk to patients and clients."

5.5. Oppsummering og konsekvenser

Det har alltid vært stilt krav om kvalifikasjoner for å kunne praktisere som jordmor i Norge.

Jordmorreglementet av 1810 krevde at jordmor skulle være eksaminert og prøvet. Lov om jordmødre av 19. desember 1898 krevde lærebrev fra offentlig jordmorskole eller bevilling fra Kongen. Bevillingen ga jordmor rett til å ”drive næring som jordmor i Norge”.

Lov av 26. april 1985 om jordmødre var en ren yrkeslov, på lik linje med lege- og tannlegeloven av 1980. Loven sa hvilke plikter og rettigheter jordmor hadde. Den gjaldt for enhver jordmor uavhengig av tjenesteforhold. Den innførte for jordmødre enerett til tittel samt enerett til jordmorvirksomhet. Dette forhindret ikke lege fra å yte samme tjeneste som jordmødre.

Enretten innebar at jordmor i sin yrkesutøvelse er selvstendig, dvs autonom, og er dermed i sin profesjonsutøvelse ikke å anse som legens medhjelper og er derved heller ikke underlagt legens instruksjon.

Men norske myndigheter har aldri, i noe forskriftshjemmel, fastsatt hvilke oppgaver som skulle omfattes av jordmødres jurisdiksjon.

Med ratifiseringen og innføringen av EØS-avtalen er Norge nå forpliktet til å følge opp sektordirektivene for jordmødre og legge til rette for at jordmødre kan få utøve den virksomhet som er beskrevet i Rdir. 80/155/EØF Artikkel 4, konf. kap. 6.1.2., på selvstendig grunnlag.

I henhold til Helsepersonellovens § 48 a) *så har en jordmor som har bestått eksamen i jordmorfaget ved norsk (universitet) høyskole ..osv, rett til autorisasjon etter søknad. I denne loven anses altså jordmorfaget som et eget fag.* Dette er i samsvar med kravene i EØS-avtalens sektordirektiver for jordmødre 80/154/EØF, 80/155/EØF og 89/594/EØF, konf. 6.1.2., 6.1.3., 6.2.3.

Når utdanningen til jordmor er en utdanningsvei i *jordmorfaget* og til et eget yrke, jordmoryrket, kan da utdanningen av jordmødre defineres som en videreutdanning i sykepleie?

Utdannelsen skal sikre at jordmor har de nødvendige kvalifikasjoner for yrket, som etter søknad, gir henne rett til autorisasjon.

Gir den nye utdanningen til jordmor den kompetansen det er nødvendig at jordmor har for å kunne utøve sitt yrke faglig forsvarlig i forhold til de endringene som skjer i den perinatale helsetjenesten, konf. kap 3. ?

Vil utdanningen lære jordmorstudenten til å forholde seg til helsepersonellovens krav om kvalitetsikring, dokumentasjon, og tilsynslovens krav om internkontroll?

Holder den autoriserte jordmor seg faglig oppdatert, og avstår hun fra å gi helsehjelp på områder som hun ikke behersker eller er kompetent til?

Den begrenset rekvireringsrett for reseptbelagte legemidler som jordmødre nå er gitt i henhold til Forskrift av 27. april 1998 om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek, med

endring som trådte i kraft 1. juni 2002, fører til at hun ikke kan utøve den jordmorvirksomhet som beskrevet i Rdir. 80/155/EØF Artikkel 4 forsvarlig, i henhold til helsepersonelloven § 4.

For å kunne gi kvinner ”fullgod informasjon og råd om familieplanlegging” er det derfor nødvendig at jordmødre får utvidet denne begrensede rekvireringsretten til å gjelde alle kvinner uansett alder. Skal jordmor kunne ”treffe de nødvendige nødstiltak i legens fravær” og ”ta alle nødvendige initiativer i nødstilfeller og eventuelt foreta øyeblikkelig gjenopplivning av den nyfødte”, er det nødvendig at den begrensede rekvireringsretten utvides til også å omfatte andre reseptbelagte legemidler, som eks. uteruskontraherende medikamenter, isotonisk saltvann, etc.

Videre – skal jordmor kunne ”foreskrive/rekvirere eller gi råd om de undersøkelser som er nødvendig for tidligst mulig å diagnostisere risikosvangerskap” og ”henvise til lege ved tegn hos mor og barn som tyder på unormale forhold”, må hun ha henvisningsrett til instanser eller fagkompetanse dersom hun skal kunne utøve sin virksomhet forsvarlig i henhold til helsepersonelloven. Folketrygdeloven begrenser jordmors henvisning til instanser eller fagkompetanse som utløser refusjon. Det er uheørt at en slik rett, av betydning for kvinner og barns helse, skal begrenses av samfunnsøkonomiske hensyn.

Jordmødre i andre land, som Danmark, England, og New Zealand, er gitt rekvirerings- og administreringsrett av visse medikamenter, idet jordmødrene arbeider på alle nivå i den perinatale helsetjenesten. Jordmødrene innehar også henvisningsrett.

Myndighetene må avklarer hvilke oppgaver som faller inn under jordmors jurisdiksjon, for ellers vil disse uklare forhold lede til en konflikt mellom jordmødre og leger, som fra legehold betegnes som en profesjonskamp.

6. EØS-AVTALEN - KONSEKVENSER FOR JORDMORVIRKSOMHET OG JORDMORUTDANNING

6.1. Direktiver for medisinske yrkers virksomhet og etableringsrett

EØS-avtalen ble implementert i Norge i 1994 (24). Formålet med EØS-avtalen er bl.a. å fremme en vedvarende og balansert styrking av handel og økonomiske forbindelser mellom avtalepartene. For å nå målene som er satt skal samarbeidet omfatte: a) fritt varebytte, b) *fri bevegelse for personer*, c) *fri bevegelse for tjenester*, d) fri bevegelse for kapital, e) opprettelse av et system som sikrer at konkurransen ikke vris, og at reglene overholdes på samme måte, og f) nærmere samarbeide på andre områder, slik som *forskning og utvikling*, miljø, *utdannelse* og sosialpolitikk (Særskilt vedlegg nr. 1 til St.prp.nr. 100 (1991-92)).

Fri bevegelse for personer mellom EØS-land innebærer at en borger av et land fritt kan flytte til et annet av disse landene i en tre-måneders periode for å søke arbeide. Får vedkommende arbeide, kan han eller hun bli boende. Intensjonen er å øke samarbeidet og mobiliteten mellom forskjellige yrker innen Europa.

6.1.1. Gjensidig godkjenning av yrkeskompetanse for retten til fri bevegelse og for fri etablering.

Gjensidig godkjenning av yrkeskompetanse er av stor betydning for retten til fri bevegelse for personer og for fri etablering. EF/EØS har utviklet et regelverk for gjensidig godkjenning av autorisasjoner, bevilninger eller andre beviser for kvalifikasjoner til å utøve et yrke som er regulert ved lov, og som gis til de som har gjennomgått en høyere utdanning av minst tre års varighet og i mange tilfeller også en praksisperiode (St.prp.nr. 100 (1991-92)).

Den gjensidige godkjenning av yrkeskompetanse er regulert på to måter.

1. Gjensidig godkjenning av visse yrker innenfor helsesektoren, som leger, tannleger, sykepleiere, jordmødre og farmasøyter, samt veterinærer og arkitekter, er regulert av særlige bestemmelser for hvert yrke. Disse yrkesgruppene omfattes av særlige sektordirektiver. Direktivene om gjensidig godkjenning av eksamensbevis eller andre kvalifikasjonsbevis for disse nevnte yrkesgruppene, fastsetter de minstekrav til utdanningens varighet, nivå og innhold som må være oppfylt i det enkelte EØS-land som grunnlag for godkjenning i de øvrige EØS-land. Autorisasjon eller godkjenning i øvrige EØS-land gis av de kompetente myndigheter i det aktuelle land etter søknad.

2. Andre yrker som krever godkjenning og en høyere utdanning av minst 3 års varighet, er regulert i et generelt EF/EØS direktiv, Rdir 89/48. Det generelle direktiv om gjensidig godkjenning av bevis for høyere yrkeskompetanse, dekker de yrker som ikke er regulert av sektordirektivene. Direktivet omfatter følgende yrkesgrupper i helsesektoren som psykologer, fysioterapeuter, ortopedi-ingeniører, ergoterapeuter, radiografer, vernepleiere, bioingeniører, optikere og kiropraktorer, samt andre yrker som advokater, revisorer, førskolelærere, lærere, prester og translatører.

Med implementeringen av EØS-avtalen (St.prp.nr. 100 (1991-92)) i Norge i 1994 forpliktet myndighetene seg til at utdanningene for ovennevnte yrkesgrupper skal samordnes slik at det er mulig for yrkene og starte og å utøve sin virksomhet i andre land, som i sitt eget.

6.1.2. EØS Sektordirektiver for jordmødre – jordmorvirksomhet

Sektordirektiv Rdir 80/154/EØF om gjensidig godkjenning av diplomer, eksamensbevis og andre kvalifikasjonsbevis for jordmødre, herunder tiltak som skal lette den faktiske utøvelse av etableringsretten og adgang til å yte tjenester.

sier i sin innledning at Rådet for det Europeiske Fellesskap har Vedtatt Dette Direktiv på bakgrunn av følgende: - All forskjellsbehandling på grunnlag av nasjonalitet med hensyn til etablering er forbudt. – Det synes ønskelig å fastsette visse bestemmelser som skal lette den faktiske utøvelse av etableringsretten og adgang til å yte tjenester for jordmødre. – Det er fastsatt at det skal vedtas direktiver om gjensidig godkjenning av diplomer, eksamensbevis og andre kvalifikasjonsbevis. – Samtidig med den gjensidige godkjenning av diplomer fastsettes samordning av utdanningsvilkår for jordmødre. Samordningen er gjennomført ved direktiv 80/155/EØF . – Det er et lovfestet krav om å inneha diplom som jordmor før det gis adgang til å starte og utøve jordmorvirksomhet. – Med hensyn til god vandel og hederlighet, bør det skjelles mellom de krav som skal oppfylles ved første adgang til yrket og de som skal oppfylles ved utøvelsen av det. – Utøvelse av *jordmorvirksomhet* krever i alle medlemsstater et diplom, eksamensbevis eller annet kvalifikasjonsbevis for jordmødre. Denne virksomhet utøves av både *selvstendig næringsdrivende* og lønnsinntakere eller av samme personer i begge egenskaper i løpet av deres yrkeskarriere. For fullt ut å fremme den frie bevegelse for disse yrkesutøvere i Fellesskapet, er det derfor nødvendig å utvide anvendelsen av dette direktiv til også å omfatte jordmødre som er lønnsinntakere.

Kapitel 1 VIRKEOMRÅDE, Artikkel 1: Dette direktiv får anvendelse på *virksomhet som jordmor*, som definert av hver medlemsstat, *med forbehold for bestemmelsene i artikkel 4 i direktiv 80/155/EØF*, og som utøves under følgende yrkestitler i de respektive landosv. (Rdir 80/154/EØF Artikkel 1).

Sektordirektiv Rdir 80/155/EØF for jordmødre, Artikkel 4 Medlemsstatene skal påse at jordmødrene minst har rett til å starte og utøve følgende virksomhet:

- gi fullgod informasjon og råd om familieplanlegging;
- konstatere/diagnostisere graviditet og overvåke normale svangerskap, foreta de undersøkelser som er nødvendig for å overvåke utviklingen av normale svangerskap;
- foreskrive/rekvirere eller gi råd om de undersøkelser som er nødvendig for tidligst mulig å diagnostisere risikosvangerskap;
- lage program for de fremtidige foreldre forberedelse til sin rolle, sørge for en fullgod forberedelse til fødselen og gi råd om hygiene og ernæring;
- kunne følge opp, pleie og bistå kvinnen under fødselen og overvåke fosterets tilstand i livmoren ved hjelp av egnede kliniske og tekniske midler;
- forstå spontane fødsler, herunder om nødvendig foreta episiotomi og i nødsfall foreta forløsning ved setefødsel;
- gjenkjenne tegn hos mor og barn som tyder på unormale forhold som gjør det nødvendig med henvisning til lege, og å bistå legen om nødvendig, treffe de nødvendige nødstiltak i legens fravær, spesielt manuell morkakeløsning, eventuelt etterfulgt av manuell undersøkelse av livmoren;
- undersøke, følge opp og pleie den nyfødte, ta alle nødvendige initiativ i nødstilfeller og eventuelt foreta øyeblikkelig gjenopplivning;
- følge opp, pleie og overvåke moren etter fødselen og gi alle nødvendige råd om spedbarnstell med henblikk på å gjøre det mulig for moren å sikre den best mulige utvikling av det nyfødte barnet;
- gjennomføre behandling som er foreskrevet av lege;
- utarbeide de nødvendige skriftelige rapporter.

Jordmors selvstendig virksomhet er her relatert til kvinnens normale svangerskap, fødsel og barseltid med det nyfødte friske barn.

Artikkel 4 angir klart den virksomhet jordmor som et minimum skal ha rett til å starte og utøve. Denne definerte virksomhet gir videre indikasjoner på hva som er jordmors jurisdiksjon, dvs hvilke oppgaver jordmor er rettslig ansvarlig for (Ohnstad 1995).

6.1.3. EØS Sektordirektiv for jordmødre - jordmødres etableringsrett og adgang til å yte tjenester

Sektordirektiv Rdir 80/154/EØF om gjensidig godkjenning av diplomer, eksamensbevis og andre kvalifikasjonsbevis for jordmødre, herunder tiltak som skal lette den faktiske utøvelse av etableringsretten og adgang til å yte tjenester,

har i Kap V *Bestemmelser som skal lette den faktiske utøvelse av etableringsretten og adgangen til å yte tjenester for jordmødre.*

I del A. *Spesielle bestemmelser om etableringsrett*, omhandler Artikkel 7 og 8 hvordan medlemsstatene kan gå frem når det gjelder bevis for god vandel og hederlighet for personer som ønsker å starte den aktuelle virksomhet, og hva som kan gjøres dersom det har vært eller oppstår alvorlige og konkrete forhold som vil få følger for adgangen til å starte den aktuelle virksomhet. Artikkel 9 omhandler hvordan medlemsstatene kan gå frem vedrørende event. krav om fysisk eller psykisk helsetilstand før det gir adgang til å starte eller utøve virksomhet som nevnt i artikkel 1. Artikkel 11 omhandler saksbehandlingstid i forbindelse med den aktuelle persons adgang til å starte virksomhet som nevnt i artikkel 1. Artikkel 12 omhandler krav om edsavleggelse/taushetserklæring som medlemslandene måtte ha før det gis adgang til å starte eller utøve virksomhet som nevnt i artikkel 1.

I del B. *Spesielle bestemmelser om tjenesteytelser*, omhandler Artikkel 13 krav om at den person som skal yte tjenester er underlagt det respektive medlemsland rettigheter og plikter, samt er underlagt de yrkes- eller forvaltningsmessige disiplinære bestemmelser. Artikkelen omhandler videre at medlemsstatene kan kreve fra den aktuelle person dokumentasjon på diplom, eksamenbevis eller andre kvalifikasjonsbevis om kreves for å yte de aktuelle tjenester nevnt i dette direktiv.

I del C. *Felles bestemmelser for etableringsretten og adgangen til å yte tjenester*, omhandler Artikkel 15 medlemslandenes regler for bruk av den yrkestittel som er knyttet til virksomheten som nevnt i artikkel 1. Artikkel 16 omhandler medlemsstatenes plikt til å treffe de tiltak som er nødvendig for å gjøre det mulig for de aktuelle personer å innhente opplysninger om helse- og sosiallovgivningen i landet, og event. om dens yrkesetiske regler. Medlemsstatene skal vider påse at de aktuelle personer, i sin og pasientenes interesser, tilegner seg de språkkunnskaper som er nødvendig for å utøve yrkesvirksomhet i landet.

Norge er gjennom EØS-avtalen forpliktet til å følge opp sektordirektivene. Det innebærer at myndighetene må legge til rett for at jordmødre kan utøve virksomheten i Artikkel 4 i 80/155/EØF på et selvstendig grunnlag, konf. kap. 5

6.2. Direktiver for utdanning av medisinske yrker

6.2.1. Det generelle direktiv for utdanning av helsepersonell

Utdanning av følgende helseprofesjoner: psykologer, fysioterapeuter, ortopedi-ingeniører, ergoterapeuter, radiografer, vernepleierer, bioingeniører, optikere og kiropraktorer, omfattes av det generelle direktiv 89/48. Dette er utdanninger som gir yrkeskompetanse oppnådd v/ eksamen etter minst 3 års høyere utdanning, og gjelder yrkesområder der det kreves offentlig autorisasjon/godkjenning i mottagerland – og som ikke reguleres av et sektordirektiv.

6.2.2. Sektordirektiver for utdanning av spesielle medisinske yrker

EØS-avtalen omfatter Sektordirektiver for 7 spesifikke yrkesområder: lege, tannlege, jordmor, farmasøyt, sykepleier, veterinær og arkitekt (St.prop.nr. 100 (1991-1992)). Hver gruppe har sine egne direktiver, hvor det er angitt minstekrav til varighet og innhold i utdanningene samt angitt tiltak som skal lette utøvelse av etableringsretten og adgang til å yte tjenester.

6.2.3. Sektor direktiver for utdanning av jordmødre

Sektordirektiv Rdir 80/154/EØF om gjensidig godkjenning av diplomer, eksamensbevis og andre kvalifikasjonsbevis for jordmødre, herunder tiltak som skal lette den faktiske utøvelse av etableringsretten og adgang til å yte tjenester,

har i Kap. II *Diplomer, eksamensbevis og andre kvalifikasjonsbevis for jordmødre* Artikkel 2, følgende

1. Hver medlemsstat skal godkjenne de diplomer, eksamensbevis og andre kvalifikasjonsbevis som utstedes til medlemsstatenes statsborgere av de øvrige medlemsstater, som er oppført i Vedlegget til og som er i samsvar med artikkel 1 nr. 1, 3 og 4 i direktiv 80/155/EØF, og som oppfyller ett av følgende vilkår:

- minst 3-årig heltidstudning til jordmor på universitets-/høgskolenivå
- minst 3-årig heltidsutdanning til jordmor på ikke universitets-/høgskolenivå, som garanterer tilsvarende kunnskapsnivå, *samt etterfølges av en attestert gjennomført og godkjent yrkespraksis på 2 år, Artikkel 4*
- minst 2-årig eller 3600 timers heltidsutdanning til jordmor som krever diplom, eksamensbevis m.v. for sykepleiere i alminnelig sykepleie som er nevnt i bilaget til direktiv 77/453/EØF
- minst 18 måneder eller 3000 timers heltidsutdanning til jordmor som krever diplom, eksamensbevis m.v. for sykepleiere i alminnelig sykepleie som er nevnt i bilaget til direktiv 77/753/EØF, *samt etterfølges av en attestert gjennomført og godkjent yrkespraksis på 1 år, Artikkel 4.*

Kap. III *Ervervede rettigheter* Artikkel 5 krever 1. at for de av medlemsstatenes statsborgere som har diplom, eksamensbevis, etc. som ikke oppfyller alle minstekrav til utdanning som er fastsatt i artikkel 1 i Rdir. 80/155/EØF, skal godkjenne som tilstrekkelig bevis de diplomer, eksamensbevis, etc. for jordmødre som er utstedt av disse medlemsstater senest seks år etter at dette direktiv ble meddelt dem, vedlagt en attest som bevitner at disse statsborgere faktisk og rettmessig har utøvet virksomhet som jordmor i minst tre år i løpet av de fem år som går forut for utstedelsen av attesten.

2. For de av medlemsstatenes statsborgere som har diplom, eksamensbevis, etc. som oppfyller alle minstekrav til utdanning, som nevnt ovenfor, men som i henhold til artikkel 2 i dette direktiv bare skal godkjennes dersom de er vedlagt den attest for yrkespraksis som er nevnt i artikkel 4, godkjennes om tilstrekkelig bevis de diplomer, eksamensbevis, etc. for jordmødre

som er utstedt av disse medlemsstater før ikrafttredelse av dette direktiv, vedlagt en attest som bevitner at disse stasborgere faktisk og rettmessig har utøvet virksomhet som jordmor i minst to år i løpet av de fem år som går forut for utstedelsen av attesten.

I Kap. IV *Bruk av akademisk tittel* angir Artikkel 6 hvordan medlemsstatene skal gå frem for at statsborgere skal ha rett til å bruke sin rettmessige ervervede akademiske tittel.

Sektordirektiv Rdir 80/155/EØF (20) om samordning av lover og forskrifter om adgang til å starte og utøve jordmorvirksomhet

har i Artikkel 1 pkt. 1. Medlemsstatene skal for adgang til å starte og utøve virksomhet som jordmor under de titler som er nevnt i artikkel 1 i direktiv 80/154/EØF, kreve et diplom, eksamensbevis eller annet kvalifikasjonsbevis for jordmødre som omhandler det som er nevnt i Vedlegget i dette direktiv og som garanterer at den aktuelle person i løpet av sin utdanning har ervervet seg kunnskaper innenfor definert fagområder samt tilstrekkelig klinisk erfaring.

Artikkel 1 pkt. 3. Den heltids jordmorutdannelsen som er nevnt ovenfor, skal minst omfatte de fagene som er nevnt i det utdanningsprogrammet som er oppført i Vedlegget.

Den jordmorutdannelsen som krever diplom, eksamensbevis m.v. for sykepleiere i alminnelig sykepleie, skal minst omfatte de av fagene i utdanningsprogrammet i Vedlegget som ikke omfattes av en tilsvarende undervisning i sykepleierutdannelsen.

Artikkel 1 pkt. 4. Den teoretiske og tekniske undervisningen som er nevnt i del A i Vedlegget, skal være avpasset etter og samordnet med den kliniske jordmorundervisning som er nevnt i del B i samme Vedlegg, slik at kunnskaper og erfaringer som er nevnt i pkt. 1 kan erverves på tilfredsstillende måte.

Sektordirektiv for jordmødre Råds direktiv 89/594/EØF Artikkel 27 har endret del B i Vedlegget, og omhandler det den kliniske undervisning i utdanningsprogrammet minst må omfatte. Artikkelen angir kvantifiseringskrav for antall gravide kvinner, antall fødekvinne, antall barselkvinne og nyfødte barn jordmorstudenten må følge opp og overvåke i løpet av utdanningstiden.

Vedlegg til Sektordirektiv Rdir 80/155/EØF Artikkel 1 og Råds direktiv 89/594/EØF Artikkel 27 med Vedleggets del B gjengis her i sin helhet:

UTDANNINGSPROGRAM FOR JORDMØDRE

Utdanningsprogrammet for å få diplom, eksamensbevis og annet kvalifikasjonsbevis for jordmødre, omfatter følgende to deler:

A. TEORETISK UNDERVISNING

a) *Grunnleggende fag*

- | | |
|--|---|
| 1. Grunnleggende anatomi og fysiologi | 14. Seksualundervisning og familieplanlegging |
| 2. Grunnleggende patologi | 15. Mors og barns rettsbeskyttelse |
| 3. Grunnleggende bakteriologi, virologi og parasittologi | |
| 4. Grunnleggende biofysikk, biokjemi | |

- og radiologi
- 5. Pediatri, særlig med hensyn til nyfødte
- 6. Hygiene, helseforebyggende medisin, tidlig diagnostisering av sykdommer
- 7. Ernæring og diettikk, særlig med hensyn til kvinner, nyfødte og spebarnet
- 8. Grunnleggende sosiologi og sosialmedisinske spørsmål
- 9. Grunnleggende farmakologi
- 10. Psykologi
- 11. Undervisningsprinsipper og -metoder
- 12. Helse- og sosiallovgivning og helsevesenets organisering
- 13. Yrkets etikk og lovgivning

b) *Spesielle fag for jordmorvirksomhet*

- 1. Anatomi og fysiologi
- 2. Embryologi og fosterets utvikling
- 3. Svangerskap, fødsel og barselperiode
- 4. Gynekologisk og obstetriske patologi
- 5. Forberedelse til fødselen og til foreldrerollen, herunder psykologiske aspekter
- 6. Fødselsforberedelse (herunder kjennskap til og bruk av teknisk utstyr i obstetrikken)
- 7. Analgesi, anestesi, gjenopplivning
- 8. Den nyfødtes fysiologi og patologi
- 9. Pleie og tilsyn med det nyfødte barn
- 10. Psykologiske og sosiale faktorer

B. KLINISK UNDERVISNING

Denne undervisning skal foregå under hensiktsmessig tilsyn:

- 1. Rådgivning for gravide kvinner, innbefattet minst 100 prenatale undersøkelser.
- 2. Tilsyn med og pleie av minst 40 fødende kvinner.
- 3. Studenten skal selv ta imot barnet ved minst 40 fødsler; når dette antall ikke kan nås på grunn av mangel på fødende, kan antallet reduseres til minimum 30, forutsatt at studenten deltar aktivt i arbeidet ved ytterligere 20 fødsler.
- 4. Aktiv deltakelse i arbeidet ved setefødsler. Dersom dette ikke er mulig på grunn av for få setefødsler, kan utdanning foregå i simulert situasjon.
- 5. Praktisk gjennomføring av episiotomi og innføring i sutur. Innføringen skal omfatte teoretisk undervisning og klinisk praksis. Praksis i sutur omfatter sutur av snittene etter en episiotomi og enkle perineale rifter og kan foregå i en simulert situasjon, dersom dette er uunngåelig.
- 6. Tilsyn med og pleie av 40 kvinner som er utsatt for risiko i forbindelse med svangerskapet, fødselen eller i tiden etter fødselen.
- 7. Tilsyn med og pleie av (herunder undersøkelse av) minst 100 kvinner som nettopp har født, og deres friske nyfødte barn.
- 8. Observasjon og pleie av nyfødte som trenger særlig pleie, herunder for tidlig og for sent fødte samt undervektige eller syke nyfødte.
- 9. Pleie av kvinner med gynekologisk og obstetriske sykdommer.
- 10. Innføring i pleie innenfor medisin og kirurgi. Innføringen skal omfatte teoretisk undervisning og klinisk praksis.

Disse kliniske kvantifiseringskravene vektlegges av autorisasjonsmyndigheter i andre europeiske land ved søknad om godkjenning og arbeidstillatelse i disse landene av norske jordmødre.

Sektordirektiv Rdir 80/155/EØF Artikkel 2 har bestemmelser om at Kommisjonen kan foreta periodisk vurdering av resultatene av de *forskjellige utdanningsveier* som er fastsatt i direktiv 80/154/EØF Artikkel 2, konf. ovenfor, og avhengig av resultatene av vurderingene fremme endringsforslag.

6.2.4. Råds direktiv 2001/19 – om endring av direktiver for medisinske yrker

Rådsdirektive 2001/19/EF – om endring av det generelle Rådsdirektiv 89/48 (konf. 6.2.1.) og endring av de Sektordirektiv som gjelder følgende yrker: sykepleiere, tannleger, veterinærer, jordmødre, farmasøyter og arkitekter.

Det er innført endring i godkjenning av diplomer, eksamener etc. utstedt fra tidligere nevnte nasjonale utdanningsinstitusjoner i ovennevnte direktiver, for jordmor nevnt i Rdir. 80/154/EØF Artikkel 3. Den er fjernet. Nå er det, for jordmor Rdir. 80/155/EØF redegjørelsen i Vedlegget A. Teoretisk undervisning og B. Klinisk undervisning i 89/954/EØF Artikkel 27, som skal legges til grunn for godkjenning av diplom, eksamensbevis etc. i de respektive medlemsland.

Disse endringene omfatter som nevnt også de Rdir. som omhandler sykepleier yrket, og disse endringene er tatt inn i ovennevnte beskrivelser av *utdanningsveier* for utdanning av jordmødre.

6.3. Oppsummering og konsekvenser

Sektordirektivene for jordmødre beskriver klart hvilken *jordmorvirksomhet* Norge i henhold til EØS-avtalen er forpliktet til å sørge for at jordmødre får starte og utøve på et selvstendig grunnlag.

De har klare bestemmelser som skal lette utøvelsen av etableringsretten og adgangen til å yte tjenester for jordmødre

Det fremgår av de sektordirektiv som omhandler jordmødre at jordmoryrket er et selvstendig yrke med en spesifisert jordmorvirksomhet som jordmødre har rett til å starte og å utøve

Sektordirektivene beskriver forskjellige utdanningsveier for *utdanning* av jordmødre, noen med forskjellige tilleggskrav, for at diplom, eksamensbevis etc. skal bli godkjent i andre land.

De beskriver også det teoretiske og kliniske innholdet utdanningsprogrammet som en minimum 3-årig heltidsutdanning til jordmor minst må omfatte.

Det fremgår av de sektordirektiv som omhandler jordmødre og utdanning at jordmoryrket er et eget fag.

Er utdanningsveien en jordmorutdanning som krever diplom, eksamensbevis etc. for sykepleiere i alminnelig sykepleie, skal det teoretiske innholdet i utdanningsprogrammet til jordmor minst omfatte de fagene som ikke er omfattet av en tilsvarende undervisning i sykepleierutdanningen.

Den utdanningsvei som skal kvalifisere jordmor til på selvstendig grunnlag å gi faglig forsvarlig jordmorvirksomhet, må derfor som et minimum være i samsvar med innholdet i disse sektordirektivene.

7. JORDMORUTDANNING

7.1. Jordmorutdanning i et historisk perspektiv

7.1.1. En enhetlig sykehusintern jordmorutdanning – 1 år

Historisk har utdanningen til jordmor vært en enhetlig utdanning. I 1818 ble den første jordmorutdanning opprettet i Norge. Før den tid, fra 1748, var jordmødre blitt utdannet i København. Utdanningen av leger startet her i landet i 1811, sykepleierutdanningen i 1868 og fysioterapiutdanningen i 1897. Fra 1830 og utover 1900-tallet var jordmorutdanningen 1 årig. Fødselsinstitusjonene i Oslo og Bergen ble opprettet henholdsvis i 1818 og 1861 for opplæring spesielt av jordmødre, senere også leger, samt å betjene fattige kvinner (Konf. kap 3). Flere ganger i løpet av denne tiden ble det ytret misnøye med den 1-årige jordmorutdanningen både fra leger og jordmødre. Sverige fikk utvidet sin enhetlige jordmorutdanning til 2 år i 1926, Danmark i 1927 og Finland i 1934. I 1934 fremmet International Confederation of Midwives (ICM) forslag om 3-årig jordmorutdanning. Den 1-årige jordmorutdanningen i Norge varte til etter II. Verdenskrig.

7.1.2. En jordmorutdanning med sykepleierutdanning som opptakskrav - senere egen jordmorutdanning atskilt fra sykehuset

Etter II. Verdenskrig, i 1946, ble det igjen nedsatt en komitè som skulle behandle jordmorutdanningen. Den leverte sin innstilling i 1948. På bakgrunn av komitèens innstilling bestemte Sosialdepartementet at opptakskravene til jordmorutdanningen skulle være sykepleierutdanning fra offentlig godkjent sykepleierskole iverksatt fra 1952. Denne endringen i jordmorutdanningen skjedde også i flere andre land i Europa, også i land som til da hadde hatt enhetlige 3-årige jordmorutdanninger.

7.1.3. Midlertidige vilkår av 15. mars 1969 om utdanning av jordmødre - 48 ukers jordmorutdanning med 1 års turnustjeneste

I 1965 oppnevnte myndighetene en ny jordmorutdanningskomitè. Et flertallsforslag og et mindretallsforslag ble fremlagt i St.meld.nr. 83 (1966-67) Om utdanning av jordmødre. Flertallet gikk inn for en 1-årig (48 ukers) jordmorutdanning som bygde på sykepleierutdanning og mindretallet for en selvstendig enhetlig jordmorutdanning på 3 ½ år. Flertallets forslag ble vedtatt og Sosialdepartementet innførte Midlertidige vilkår for jordmødre 15. mars 1969, iverksatt høsten 1969.

De nye vilkårene medførte at de to jordmorskolene i landet skulle ha egen skoleadministrasjon og ikke være tilknyttet Kvinneklinikkene. Skolene fikk sine egne rektorer og i Bergen ble navnet Statens jordmorskole. Studentene ble nå studenter på heltid og kunne søke departementet om utdanningsstipend for økonomisk støtte til utdanningen (Haram, K., Bergsjø, P. (red.) 1987).

Midlertidige vilkår delte studieåret i to avsnitt, hvor I. avsnitts skriftlige eksamen måtte være bestått før studenten kunne fortsette i annet avsnitt. Teoriundervisningen var til sammen 12 uker og praksis omfattet 36 uker, med en sideløpende undervisning på 196 timer. Praksis fordelte seg med 10 uker på helsestasjon for svangre kvinner samt mor og barn, og med 26 uker på føde- og barselavdeling. Midlertidige vilkår hadde bl.a. et omfattende svangerskapsomsorgsprogram, både teoretisk og praktisk, for studentene. Men med et kvantifiseringskrav om 50 fødsler i løpet av studieåret for studenten og få praksissteder i svangerskapsomsorgen til å erverve seg kunnskaper og ferdigheter her, ble dette fag og praksisområdet i utdanningen ikke imøtekommet i henhold til krav i Midlertidige vilkår. For å

gi studentene tilstrekkelig praktisk erfaring til å erverve seg de forventede kvalifikasjoner ble det innført krav om 1 års praktisk tjeneste, turnustjeneste, som underordnet jordmor, etter bestått jordmor eksamen. Etter bestått turnustjeneste kunne jordmor søke Sosialdepartementet om bevilling som jordmor. En bevilling som ga jordmor rett til å ”drive næring som jordmor i Norge”. Vilkår om offentlig godkjenning av Sosialdepartementet for å utøve jordmorvirksomhet, ble i 1972 tilført Lov av 1898 om Jordmødre.

Både i 1975 og i 1979 fremmet jordmorskolene i Bergen og Oslo forslag om en 3-semester jordmorutdanning. Forslagene vant ikke gehør hos myndighetene.

7.2. Utdanning av jordmødre i høgskolesystemet

I 1977 gjorde myndighetene vedtak om at jordmorskolene, sammen med andre helsefaghøgskoler, skulle innpasses i det regionale høgskolesystemet og administrativt overføres fra Sosialdepartementet (SD) til Kirke- og utdanningsdepartementet (KUD).

7.2.1. Forskrifter for utdanning av jordmødre av 17. november 1980 - 45 ukers jordmorutdanning med 1 års turnustjeneste

Sosialdepartementet fastsatte med Forskrifter for utdanning av jordmødre av 17. november 1980 nye rammer for jordmorutdanningen og overførte det administrative ansvaret for utdanningen til KUD fra 1. januar 1981. Opptakskrav var fortsatt eksamen fra 3-årig sykepleierhøgskole samt 1 års praksis som sykepleier. Utdanningens lengde var redusert fra 48 uker til 45 uker. Forskriftens § 1. Mål, anga hvilke kunnskaper og ferdigheter jordmødrene skulle kunne etter endt utdanning. Videre inneholdt § 9 de teoretiske emner og hvilke praksisområder utdanningen skulle omfatte. Teori utgjorde 1/3 og praksis 2/3, ca. 30 uker, av det totale undervisningsprogrammet for jordmorutdanningen. Hovedfaget, jordmorlære, skulle omfatte ca. 2/3 av den samlede undervisningen. Det samlede teoretiske pensum omfattet ca. 4000 sider. Utdanningen var delt i to semestre og studenten måtte ha bestått skriftlig eksamen fra I. semester for å kunne fortsette utdanningen. Studenten måtte ha bestått praksis og avsluttende eksamen i jordmorfaget for å kunne starte turnustjenesten. I løpet av de første 14 ukene i turnusåret skrev studenten en Hovedoppgave som måtte være bestått for å kunne søke Sosialdepartementet om autorisasjon som jordmor. Kvantiseringskravet for antall fødsler var tatt bort, men kravet om 1 års turnustjeneste etter bestått eksamen var opprettholdt.

Overføringen av det administrative ansvaret for jordmorutdanningen til KUD førte til at ansvaret for utdanning og turnustjeneste ble fordelt på to departement. KUD fikk ansvar for jordmorutdanningen, mens SD hadde ansvar for organisering og innhold i jordmorkandidatenes turnustjeneste. Studentene kunne nå søke Statens lånekasse om lån til utdanningen på høgskolen.

I 1982 og 1984 fremmet jordmorhøgskolene i Bergen og Oslo igjen forslag om en 3-semester jordmorutdanning, p.g.a. en økende teoretisk kunnskapsmengde og problemer med praksisplasser for jordmorstudentene. Ingen av forslagene fikk gjennomslagskraft overfor myndighetene.

I forbindelse med at Helsedirektoratet sluttet seg til handlingsprogrammet i NOU 1984: 17, konf. 3.1.4., fikk jordmorhøgskolene i juni 1986 tilsendt brev med informasjon fra Helsedirektorat om nytt Helsekort for gravide, nytt forbedret system for helsekontroll av gravide og fødende kvinner og Transport av fødende kvinner og syke nyfødte. Denne informasjonen ble inkorporert i undervisningen til studentene.

Innføringen av ny Lov av 26. april 1985 om jordmødre, med sin klare presisering av jordmors lovpålagte virksomhetsplikter og rettighet, konf. 5.1.2., fikk selvfølgelig konsekvenser for innholdet i jordmorutdanningen.

Likeledes fikk WHO Rapport "Having a baby in Europe" i 1985, konf. kap. 3.2.1., innflytelse på undervisningsopplegget innen jordmorfaget. Spesielt hadde WHO's "Appropriate technology for birth" fra 1985 (Summary Rapport 1985), konf. kap. 3.2.2., med sine anbefalinger for jordmors praksis/virksomhet til kvinner som venter og føder barn innflytelse på de faglige emner i undervisnings programmet. WHO Summary Rapport av 1985 kom med anbefalinger i forhold til utdanning og opplæring av helsepersonell: *"The training of people in birth care should aim to improve their knowledge of its social, cultural, anthropological and ethical aspects."*

I 1985 fremmet jordmorhøgskolene i Bergen og Oslo igjen et forslag om en 3-semester jordmorutdanning, p.g.a. ovennevnte økende teoretisk kunnskapsmengde for jordmorstudentene. Forslaget fikk igjen ingen gjennomslagskraft overfor myndighetene.

I 1987 opprettet myndighetene den tredje jordmorhøgskolen, i Tromsø. Den skulle ta opp 20 studenter.

Bøkene, "Effectiv Care in Pregnancy and Childbirth, Volume 1 & 2," (Chalmers, I., Enkin, M. and Keirse, M.J.N.C.), som kom i 1989, kom med anbefalinger om evidensbasert praksis og med opplysning om hvilken praksis som til da var dokumentert forsvarlig, hadde også innflytelse på innholdet i jordmorutdanningen.

7.2.2. 3-semester utdanning av jordmødre – prøveprosjekt med evaluering, 1992-1993

I løpet av 1990-1992 skjedde det en samlokalisering av alle helsefagutdanningen med andre fagutdanninger. Utdanningene flyttet sammen i egne Høgskoler.

Våren 1992 anmodet Kirke-, undervisnings og forskningsdepartementet (KUF) Rådet for høgskoleutdanning i helse- og sosialfag om å utarbeide en rammeplan for jordmorutdanning på 3 semestre uten turnusår. Rammeplanen ble ferdig høsten 1992. Høringsrunde førte til at 45 ukers jordmorutdanning og 1 års turnustjeneste ble opprettholdt.

Høsten 1992 ble jordmorutdanningen ved den Regionale høgskolen i Bergen av KUF innvilget å gjennomføre et prøveprosjekt med 3-semester (60 uker) utdanning uten turnustjeneste med 30 uker teori og 30 uker praksis. Det ble således det teoretiske innholdet som fikk større omfang, mens den kliniske praksis ble som tidligere. Sent høsten 1993 kom krav fra Sosial- og helsedepartementet om ½ års (24 uker) turnustjeneste for jordmorstudentene utdannet etter 3 semesters utdanningsmodell. Jordmorutdanningen i Bergen utdannet ytterligere et kull jordmorstudenter etter 3-semester utdanningsmodell + ½ års turnustjeneste. Hovedoppgaven som studentene skulle skrive ble nå innlemmet i utdanningsåret.

Etter forsøket med 3 semesters jordmorutdanning ved Høgskolen i Bergen studieåret 1992 – 1993, utførte utdanningen selv evaluering av utdanningsprogrammet: a) i løpet av utdanningen av studentene, b) etter avsluttet utdanning, av studentene og av kontaktjordmødre.

Statens helsetilsyn utførte to evalueringer av utdanningsprogrammet – a) 1 mnd. etter jordmorkandidatens turnusstart, av overjordmødre ved turnusstedet – spørreskjema u.s., b) 3-4 mnd. etter jordmorkandidatens turnusstart, av et utvalg av overjordmødre – intervju u.s.

Konklusjonene fra evalueringene:

- fra den jordmorutdanningen utførte selv: 3 semesters utdanning ga bedre kvalifiserte jordmødre med større funksjonsdyktighet enn den tidligere 2 semester utdanningen;
- fra Statens helsetilsyn evaluering: 3 semesters utdanning ga ikke den nødvendige funksjonsdyktighet som jordmor. Først etter 4 mnd. tjeneste etter fullført utdanning mestret jordmorkandidaten en normal fødsel samt oppfølging av det nyfødte barn.

Resultatet fra evalueringene av disse to prøveprosjektene førte til at jordmorutdanningen i Bergen måtte gå tilbake til utdanningstilbudet på 45 ukers jordmorutdanning, og at SHD opprettholdt kravet om 1 års godkjent turnustjeneste for å kunne søke om å få offentlig godkjenning som jordmor i Norge.

I januar 1995 uttrykker overjordmødrene ved 12 sykehus i et brev til Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet bekymringer angående jordmorutdanningen. Bekymringene uttrykkes i forhold til usynliggjøring av jordmorutdanningen i høgskolesystemet, jordmorutdanningens innhold, opptakskrav og nye turnusjordmødrenes utrygghet.

7.2.3. Undervisning og veiledning av jordmorstudentene i praksis

Frem til 1969 inngikk jordmorelevne som en del av bemanningen ved avdelingene på Kvinneklinikkene. Elevene ble undervist og veiledet av jordmødrene i avdelingen og av utdanningens instruksjonsjordmødre. Jordmorelevne fulgte de samme forelesningene som medisiner studentene som en sideløpende undervisning og hadde i tillegg egne undervisnings dager. Ved skoleårets slutt avla elevene en skriftlig eksamen og en muntlig eksamen hvor klinikkens professor var eksaminator og avdelings overlege, sammen med en privatpraktiserende obstetriker/gynekolog, var sensorer.

Etter 1969 ble den teoretiske undervisningen lagt til egne teoriblokker og studiedager. Studentene kunne derfor nå være borte fra avdelingen i lange perioder og kunne derfor ikke regnes som arbeidskraft. Kvinneklinikkene måtte ansette flere jordmødre og barnepleiere for å kompensere tap av arbeidskraften (Haram, K., Bergsjø, P. (red.) 1987).

Undervisning, veiledning, oppfølging og evaluering av studentene i praksis ble fortsatt utført av jordmødrene i praksis og av skolens lærere. Et godt samarbeide mellom skolens lærere og jordmødrene i praksis var en forutsetning for studentenes læring i praksis. Midlertidige vilkår hadde innført praktisk/teknisk prøve som studentene måtte avlegge på slutten av annet avsnitt, en prøve eller eksamen som var en utfordring for alle involverte parter, ikke minst for studentene.

Fra 1981, med jordmorhøgskolen som en del av Høgskolesystemet, skjedde det etter hvert endringer i skolens lærere/lektors delaktighet i den praktiske undervisning og veiledning av jordmorstudentene. Studentene skulle nå ha praksis fra flere spesifiserte praksis områder. Lærerne/lektorene deltok fortsatt en del i den praktiske undervisningen, oppfølgingen og evalueringen av studentene. Men mye av ansvaret falt på jordmødrene i praksis. Studentene måtte ha bestått praksis for å kunne starte turnustjenesten. Antall studenter var nå økt, så jordmorhøgskolen trengte flere praksissteder til den praktiske opplæringen av studentene. Det

ble etablert nye samarbeids relasjoner mellom høyskolene og de nye praksisstedene for gjennomføring av undervisning, veiledning, oppfølging og evaluering av studentene. Dette førte til at jordmorutdanningen fikk et desentralisert undervisningsopplegg. Gjennomføringen av det kliniske undervisnings programmet til studentene var avheng av et godt samarbeide mellom jordmorhøgskolen og praksisstedet.

I 1994, med Norges ratifisering av EØS-avtalen og innføring av sektordirektivene for jordmødre, konf. kap. 6.2.3., medførte dette endringer i både den teoretiske og kliniske undervisningen for jordmorutdanningen. I praksis måtte studentene dokumentere at de kvantifiserte læresituasjonen som direktive påla dem, var gjennomført, konf. kap.6.2.3. Med en klinisk undervisning på 28-30 uker i løpet av studieåret på 45 uker var det ikke mulig for studenten å imøtekomme disse kvantifikasjonskravene, og flere studenter oppnådde ikke kravet bl.a. om 40 fødsler.

Innføringen av Lov om universiteter og høyskoler av 1995 medførte nye krav til lærerne/lektorene ved jordmorutdanningen. Undervisningen skal være forsknings basert og de må drive FOU-virksomhet. Krav om lektorkompetanse forsterkes, samt at Kultur-, utdannings- og forskningsdepartementet (KUF) krever at lærerne/lektorene dokumenterer tid brukt i teoretisk og klinisk undervisning i oppsatte arbeidsplaner. De samtidig oppfordret til å vurdere gjeldende undervisningsmetoder, både i teori og klinisk undervisning, for å bli mer effektive.

Jordmødrene i praksis må nå stå for gjennomføringen av den kliniske undervisning, veiledning, oppfølging og evaluering av studentene. Høgskolelærernes/lektorenes samarbeide med praksisstedet og jordmødrene i praksis varierer mellom utdanningsinstitusjonene, idet det er høyskolen som er ansvarlig for at jordmorstudenten oppnår den kompetanse som utdanningen skal gi. Generelt skjer høyskolene og praksisstedenes samarbeide om studentene ved at praksisstedene har ansatt en praksisveileder som koordinere og administrer det kliniske undervisnings opplegget av jordmorstudentene. Jordmødrene i praksis blir kontaktjordmor for en eller flere studenter og står for den daglig undervisningen, veiledningen og oppfølgingen av studentene. Høgskolelærerne/lektorene følger opp studentene på andre måter. Både jordmorutdanningens lærere/lektorer og praksisstedets jordmødrene skulle ønske at det faglig samarbeide hadde vært tettere.

Lærerne/lektorene forsøker i sin teoretiske undervisning å etterkomme WHO`s faglige krav og anbefalinger, bl.a. om betydningen av evidensbasert praksis, og å fremme fysiologisk svangerskap og fødsel for kvinnen og å forholde seg kritisk og reflektert til egen praksis for å imøtekomme Helsepersonellovens krav om å utøve forsvarlig praksis.

I sin kliniske praksis i sykehus møter jordmorstudentene en annen virkelighet, hvor praksis som ytes i er preget av risikofokusering og ”verste fallstenkning”. Studentene opplærers – sosialiseres – kanskje derfor til en jordmorvirksomhet som muligens gjør dem usikre og utrygge på egen kompetanse i å følge opp å fremme en fysiologisk fødsel for en frisk gravid kvinne.

Det er mulig at disse forhold utgjør noen av årsakene til at det oppstår et gap mellom teori og praksis for studentene.

7.2.4. Utdanning av jordmødre og kravet om turnustjeneste

Følgende lover har hatt/har krav om turnustjeneste for jordmor *etter fullført jordmorutdanning* for å kunne søke Sosial- og helsedepartementet om godkjenning/autorisasjon til å praktisere som jordmor:

I Lov av 26. april 1985 om jordmødre § 1 sto det: ”Den som har fullført jordmorutdanning ved norsk høyskole og fastsatt praktisk tjeneste har rett til å bli godkjent som jordmor med mindre vedkommende er usikket til å utføre yrket.”

Forskrift av 21. desember 1987 om praktisk tjeneste (turnustjeneste), endret juni 1994, for å bli godkjent som jordmor, var retningsgivende for denne lovpålagte tjenesten.

I 1990 ble det av Sosial- og helsedepartementet utarbeidet et Veiledningshefte om turnustjeneste for jordmorkandidater. I følge veiledningsheftet er turnustjenesten ikke en fortsettelse av jordmorstudiet ved høyskolen, men en praktisk trening for den nyutdannede jordmorkandidat. Veiledningsheftet skisserer turnustjenestens mål, innhold, organisering og gjennomføring. Hensikten med turnustjenesten er

”å gi fremtidige jordmødre funksjonsdyktighet til å påta seg oppgaver overfor gravide kvinner, fødende kvinner, barselkvinner og deres nærmeste, samt barn fra fosterstadiet og utover i de første ukene etter fødselen. Turnustjenestenes organisering og innhold må ta hensyn til dette. Det bør søkes en best mulig kombinasjon av turnuserfaring fra perinatal omsorg i kommunehelsetjenesten og poliklinikk, så vel som føde- og barselavdeling.”

Det er turnusstedet som skal vurdere om kandidaten utøver faglig forsvarlig jordmorvirksomhet. Vurderes kandidaten til ikke å gjøre det når turnustjeneste skal avsluttes, må kandidaten ta deler av eller hele turnustjenesten om igjen.

Et pilotprosjekt utført av Fylkeslegen i Hordaland i 1997 viste at oppfølgingen og veiledning av jordmorkandidater varierer fra sykehus til sykehus (Fylkeslegen 1997). Fylkeslegen tok derfor initiativ til å få utarbeidet både Evalueringskriterer som turnusstedet kunne bruke i sin oppfølging og evaluering av turnusjordmor og Evalueringskriterier som turnusjordmor kunne bruke til evaluering av turnusstedet. Det er uklart om disse Evalueringskriteriene er blitt brukt av turnusstedene.

Bestemmelsene i Jordmorloven av 1985 med nevnte forskrift ble opphevet da Helsepersonelloven trådte i kraft.

I Helsepersonelloven av 02.07.1999, konf. 5.1.3., står det bl.a. i § 48. *Autorisasjon*: Rett til autorisasjon etter søknad har den som: a) har bestått eksamen i vedkommende *fag* ved norsk universitet, høyskole eller videregående opplæring, b) har gjennomført praktisk tjeneste fastsatt i forskrift av departementet, c) er under 75 år og d) ikke er uegnet for yrket.”

Vedrørende pkt. b) så er det Forskrift av 21. desember 2000 om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for helsepersonell som er retningsgivende for de yrkene dette gjelder: leger, fysioterapeuter, jordmor, ortopediingeniør, kiropraktor.

Veiledningsheftet om turnustjeneste for jordmorkandidater av 1990 fra SHD gjelder fortsatt. Det har relevans for de jordmorkandidater som ikke har gjennomført sin turnustjeneste.

7.2.4.1. Statens helsetilsyns utredning om turnustjeneste 1998

Med bakgrunn i et forprosjekt om turnustjenesten i helsepersonellutdanningene som Statens helsetilsyn avsluttet i 1996, nedsatte Statens helsetilsyn i 1997 en arbeidsgruppe som skulle

vurdere behovet for turnustjenesten som vilkår for offentlig godkjenning som jordmor. Vurderingen skulle være i forhold til det regelverk som gjaldt på den tiden og ulike utdanningsmodeller for utdanning av jordmødre. Gruppen vurderte 4 ulike utdanningsmodeller, inklusiv en 4-års jordmorutdanning uten sykepleie. Arbeidsgruppen fremla sin rapport i mars 1998.

Arbeidsgruppen vurderte bl.a. om jordmorutdanningen på 45 uker med 1 års turnustjenesten var i samsvar med EØS-direktivene for jordmødre, i det begrepet turnus ikke blir brukt i EØS-direktivene. Videre vurderte gruppen nevnte utdanningsmodell i forhold til jordmorutdanninger i land det var naturlig å sammenligne med. Gruppen tok også opp problemer i forhold til omorganiseringen av grunnutdanningen i sykepleie, som hadde ført til at nyutdannede sykepleiere manglet tilstrekkelig kompetanse i sykepleieferdigheter som er sentrale for jordmorutdanningen. Arbeidsgruppen refererer utviklingstrekk i fødselsomsorgen og samfunnet generelt som påvirker jordmorutdanning og nevner i den forbindelse at Helsetilsynet høsten 1996 har utarbeidet faglige krav til fødeinstitusjoner på forskjellig nivå. At fødestuer skal ledes og bemannes av jordmødre nevnes, samt at det vil kreve økt kompetanse av jordmødre. Arbeidsgruppens vurdering av turnustjenesten som en del av utdanningen er uklar, i det den ser turnustjenesten som en del av en utdanningsprosess som leder frem til autorisasjon (konf. 6.2.3.).

Arbeidsgruppens konklusjon er bl.a. at **tid** i klinisk praksis, uansett praksisopplærings form/type, er den viktigste faktoren for at jordmorstudenten/jordmorkandidaten skal oppnå tilfredsstillende funksjonsdyktighet som jordmor. I tillegg må denne praksisopplæringen ledsages av *systematisk undervisning, veiledning og evaluering*.

I sin vurdering av ulike utdanningsmodeller for den fremtidige jordmorutdanning utreder arbeidsgruppen konsekvensene av sine modellforslag i forhold til kvalitetsforbedring av utdanningen behov for veilednings- og undervisningspersonell; økonomi og administrasjon; samt oppfylling av EØS-direktivenes krav.

Gruppen anbefaler utdanningsmodellen på 2 års jordmorutdanning, dvs en utdanning med en klinisk undervisning på 40 uker og uten turnustjeneste, i det gruppen vurderer den til å være i samsvar med EØS-direktivene; subsidiært 3 semestre med 6 måneders turnustjeneste. Denne utdanningsmodell hadde 30 uker med praksisstudier, dvs klinisk undervisning, og 24 uker med tilrettelagt praktisk tjeneste (turnustjeneste). Arbeidsgruppen anbefaler disse to utdanningsmodellene til tross for at Statens helsetilsyn tidligere evaluering av prøveprosjektet i 1993, på 3-semester jordmorutdanning m/ ½ års turnustjeneste (dvs. til sammen 54 uker i klinisk praksis), kom frem til at det så vidt resulterte i funksjonsdyktige jordmødre, konf. 7.2.2.

Rapporten ble sendt på høring i 1998. Om lag 70 % av høringsinstansene støttet arbeidsgruppens anbefalinger. Helsetilsynet anbefalte i sitt oversendelsesbrev til SHD 1 ½ årig utdanning uten turnus.

7.2.4.2. Helsedepartementets tilråding vedrørende jordmorutdanning og turnustjeneste 2001

I et brev av 16.10.2001 fra Sosial- og helsedepartementet (SHD) til Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet (KUF) tilrår SHD at dagens modell for jordmorutdanning i all hovedsak videreføres. Dagens modell er da 45 ukers jordmorutdanning med 1 års turnustjeneste.

Bakgrunn for SHD tilråding er resultatene fra tidligere arbeidsgruppe rapporter fra 1996 og 1998, med analyser av turnustjenesten og ulike utdanningsmodeller for utdanning av jordmødre. Det fremkommer i ovennevnte brev at SHD i brev til KUF av des.1999 har anbefalt at jordmorutdanningen endres til et 2-årig løp uten turnus. Det har imidlertid oppstått uenighet mellom de to departement om hvilket departement som skulle bære de økonomiske konsekvensene ved en slik utdanningsmodell, som er stipulert til å koste 7 millioner kroner. Begge departement er derfor innstilt på å videreføre dagens utdanningsmodell dersom den tilfredstiller EØS Sektordirektiver for utdanning av jordmødre.

I SHD`s vurdering av Sektor direktiv 80/154/EØF om gjensidig godkjenning av diplomer, eksamensbevis og andre kvalifikasjonsbevis for *jordmødre*, osv. og sektordirektiv 80/155/EØF om samordning av lover og forskrifter om adgang til å starte og utøve jordmorvirksomhet, konf. 6.1.2. og 6.2.3., konkludere SHD med at deres fortolkning av direktivene fører til at dagens jordmorutdanningsmodell tilfredstiller deres krav. Dette er mulig fordi skoleåret, som KUF har ansvaret for, og turnusåret, som SHD har ansvar for, sees under ett – og pga., i henhold til SHD`s argumentasjon, fordi jordmorkandidatene skal skrive en hovedoppgave i løpet av turnustjenesten som høgskolen har ansvaret for å følge opp. SHD mener at det er fagmyndighetenes fortolkning av de to direktivene som skal legges til grunn, og at SHD har ansvaret for de direktivene som regulerer jordmorutdanningen.

SHD omtaler så vidt St.meld. nr. 27 (2000-2001) Gjør din plikt – krev din rett. Det påpekes at Stortinget har sluttet seg til hovedkonklusjonene i meldingen om at dagens lengde på grunnutdanninger enten skal videreføres eller forkortes, at status *for videreutdanninger* ikke er avklart enda og at det åpnes for at det kan bli to typer mastergrader.

SHD trekker videre frem Den Norske Jordmorforenings (DNJ) og Norsk Sykepleierforbunds argumenter for at utdanningen må bli en 2-årig utdanning, bl.a. at den medisinsk/teknologiske utvikling har bidratt til økt kompleksitet innen jordmødrenes arbeidsområde; befolkningens forventninger og krav til jordmortjenestene har økt; jordmødre har fått nye ansvarsområder og arbeidsoppgaver innen svangerskapsomsorgen de senere år. Videre er begge organisasjonene kritiske til dagens utdanningsmodell og stiller spørsmål om den tilfredstiller EØS-direktivene. I tillegg mener organisasjonene at studentene ikke får tilstrekkelig praktisk erfaring fra primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, ved at det gis fritak i turnustjenesten fra f.eks. kommunehelsetjenesten og nyfødtafdelingen.

Ingen av organisasjonene har, hevder SHD, beskrevet hvordan disse svakheter på en bedre måte kan bli ivaretatt i en toårig utdanningsmodell innen høgskolesystemet. Det gjelder bl.a. hvordan høgskolene gjennom avtaler med praksisstedet skal sørge for gode veilednings- og evalueringsrutiner.

I sin vurdering vedrørende sin tilråding om videreføring av dagens utdanningsmodell fremholder SHD at spørsmålet om fremtidig modell for jordmorutdanning preges av at ulike aktører vektlegger ulike problemområder og løsninger. *Det har vært liten reell vurdering av om innholdet i dagens utdanning dekker de behov helsetjenesten har for å møte gravide og fødendes behov for jordmortjeneste.*

Det er i liten grad belyst på hvilken måte andre strukturelle/organisatoriske rammebetingelser vil sikre at innholdet ivaretas på en bedre måte. Argumentasjonen om at

jordmortjenesten har fått flere og mer selvstendige arbeidsoppgaver er i liten grad dokumentert.

Etter SHD vurdering er det sentrale spørsmål i denne saken: hvordan sikre god praksisopplæring, og hvordan sikre godt samspill mellom teoretisk og praktisk opplæring. Ervervelse av praktiske ferdigheter og en reflekterende holdning til faglige problemstillinger er en nødvendig forutsetning for å oppnå nødvendige kompetanser som jordmor.

SHD trekker her frem en del vesentlige forhold når det gjelder praksisopplæring av jordmorstudentene/kandidatene. Dette er forhold som er av betydning enten praksisopplæringen foregår som en integrert del av den teoretiske og kliniske undervisningen i jordmorutdanningen i høgskolen eller som en turnustjeneste. For det første *jordmorstudenten/kandidaten gjennom praktisk arbeid og under veiledning, opplæring og supervisjon skal få nødvendig erfaring og erverve seg praktisk dyktighet for selvstendig å kunne utføre jordmorvirksomhet i tråd med krav i helsepersonelloven om forsvarlig virksomhet.* Det er derfor av avgjørende betydning at kvaliteten på praksisstedet er tilfredsstillende. Videre påpeker SHD at *det er viktig å balansere hensynet til faglig bredde og behovet for tid og mengdetrening.* Praksisopplæringens lengde må ved den enkelte avdeling og samlet være tilstrekkelig slik at jordmorstudenten/kandidaten får trening i å fungere selvstendig. *Hvilke ferdigheter studentene i praksis og kandidaten i turnus skal tilegne seg må derfor bli mer spesifikke og følges opp mer systematisk innen utdanningsmodellen.*

Det er SHD oppfatning at ovennevnte oppnås best ved at kvaliteten på turnustjenesten til jordmorkandidatene forbedres. Dette skal gjøres ved hjelp av forskrifter og konkrete krav som skal sikre mer systematisk veiledning og evaluering av kandidatene underveis i turnusperioden, og evaluering av turnusstedet og selve turnustjenesten.

SHD reiser derfor tvil om en styrket eller utvidet praksisperiode organisert av høgskolen innenfor et utdanningsløp som er øket til 1 ½ eller 2 år er bedre enn en oppgradering og kvalitetsikring av turnustjenesten. SHD tilrådte derfor at dagens modell for jordmorutdanning ble videreført.

7.2.4.3. En vurdering av Helsetilsynets utredning om turnustjenesten i jordmorutdanningen og Sosial- og helsedepartementets tilrådinger

Som vurderingskriterier er her brukt sektordirektivene for jordmødre, konf. 6.1.2., 6.1.3., 6.2.3., 6.2.4.

Både Helsetilsynets utredning om turnustjenesten i jordmorutdanning (Rapporten) og Sosial- og helsedepartementets (SHD) tilrådinger har *beskrevet* forskjellige utdanningsmodeller for utdanning av jordmødre, inklusiv modeller med turnustjeneste. Ingen av dem kommer inn på eller fokuserer på *den jordmorvirksomhet* som jordmor som et minimum *etter endt utdanning*, uansett utdanningsmodell, *skal ha rett til å starte og utøve*, konf. Rdir. 80/155/EØF Artikkel 4

SHD er i henhold til ratifiseringen av EØS-avtalen og nevnte sektordirektiver for jordmødre forpliktet til å sørge for at jordmødre kan starte og utøve denne jordmorvirksomhet. SHD har i sin tilråding til KUF om utdanningsmodell overhode ikke tatt stilling til dette.

Det som Rapporten og SHD benevner utdanningsmodeller eller utdanningsløp for utdanning av jordmødre, er i Rdir 80/155/EØF Artikkel 2 betegnet/benevnt som *utdanningsveier*, konf. 6.2.3.

Diplom, eksamensbevis og andre kvalifikasjonsbevis som utstedes til medlemsstatenes statsborgere må *være i samsvar med Rdir. 80/155/EØF Artikkel 1 alle pkt. som inkl. Vedlegg A. Teoretisk og B. Klinisk undervisning i Rdir. 89/954/EØF Artikkel 27, for de respektive utdanningsveier* for å bli godkjent av de øvrige medlemsstater, konf. 6.2.3.

SHD tilråding om 45 ukers jordmorutdanning med 1 års turnustjeneste er derfor ikke i samsvar med sektordirektivene for jordmødre. Rdir 80/154/EØF Artikkel 2 har ingen *utdanningsvei* på 1 år – 45 uker. For jordmor å få godkjent diplom, eksamensbevis eller andre kvalifikasjonsbevis i en av medlemsstatene krever dette en *bestått eksamen* fra en *utdanningsvei* på f.eks. minimum 18 måneder eller 3000 timers heltidsutdanning til jordmor, m/ diplom, med eksamensbevis m.v. for sykepleiere i alminnelig sykepleie som er nevnt i bilaget til direktiv 77/753/EØF, *samt som er etterfulgt av en attestert gjennomført og godkjent yrkespraksis, dvs. som etter bestått jordmoreksamen, på tilfredsstillende måte har utført all jordmorvirksomhet på et sykehus eller annen helseinstitusjon godkjent for dette formål, i en periode fastsatt til 1 år, Artikkel 4, konf. 6.2.3.*

De utdanningsveier for utdanning av jordmødre som krever diplom, eksamensbevis m.v. for sykepleiere i alminnelig sykepleie som er nevnt i bilaget til direktiv 77/753/EØF, skal i henhold til Rdir. 80/155/EØF Artikkel 1, pkt. 3, minst omfatte de av fagene i utdanningsprogrammet i Vedleggets del A. Teoretiske undervisning, konf. 6.2.3., som ikke omfattes av en tilsvarende undervisning i sykepleierutdannelsen.

Verken Rapporten eller SHD vurderer eller drøfter hvilke fag i ovennevnte Vedleggs del A. Teoretiske undervisning for jordmorutdanning, det kan være relevant for nye jordmorstudenter å ha avlagt eksamen i, i sykepleierutdannelsen. Rapporten nevner at jordmorstudentene manglet tilstrekkelig kompetanse i sykepleieferdighet som er sentrale for jordmorutdanningen, uten å presisere nærmere hvilke ferdigheter dette gjelder. Begge vurderer praksisopplæring av jordmødre inngående og da hovedsakelig i forhold til turnustjenestens praksisopplæring. Rikelig klinisk erfaring på den enkelte avdeling, tid og mengdetrening for jordmorstudentene/kandidatene slik at hun/han oppnå funksjonsdyktighet for selvstendig å kunne utøve jordmorvirksomhet, nevnes av begge.

Men ingen av dem vurderer hvordan deres foreslåtte utdanningsvei på henholdsvis 2 år og 1 år, med 40 eller 30 uker praksisstudier, skal kunne organisere, tilrettelegge undervisning, veiledning etc, for den kvantifiserte kliniske undervisning i Vedlegg del B. Klinisk undervisning i Rdir. 80/155/EØF Artikkel 1, endret i Rdir. 89/594/EØF Artikkel 27, konf. 6.2.3.

Dette er meget beklagelig, spesielt fordi SHD presiserer at det har vært gjort liten reell vurdering av ulike aktører om *innholdet* i dagens utdanning dekker de behov helsetjenesten har for å møte gravide og fødendes behov for jordmortjeneste. SHD nevner i denne forbindelse selv ikke noe om at Stortinget har fattet vedtak etter Statens helsetilsyns forslag om nivåinndeling av fødeinstitusjonene, og at fødselsomsorgen skal desentraliseres og differensieres, og praksis være evidensbasert, konf. 3.3.1.

Rapporten nevner Statens helsetilsyns foreslåtte nivå inndeling av fødeinstitusjonene ganske kort, men den får frem at fødestuer skal ledes og bemannes av jordmødre og at dette vil kreve økt kompetanse av jordmødre. I vurderingen av ulike utdanningsveier for utdanning av jordmødre berøres dette ikke.

Læresituasjonene i Vedlegg del B. Klinisk undervisning i Rdir. 80/155/EØF Artikkel 1, endret ved Rdir 89/549/EØF Artikkel 27, antyder noe om hvilke *kompetanser* det er viktig for jordmødre å være dyktige i. Det samme antyder den jordmorvirksomhet jordmødre som et minimum har rett til å starte og utøve i henhold til Rdir 80/155/EØF for jordmødre, Artikkel 4, konf. 6.1.2. Hvilke *spesifikke sluttkompetanser* det er viktig at jordmor erverver seg under utdanningen for å kunne utøve sin virksomhet forsvarlig har verken Rapporten eller SHD tatt opp til vurdering.

Disse vurderingene reiser tvil hos utvalget om Rapportens foreslåtte utdanningsvei på 2 år for utdanning av jordmødre vil imøtekomme samfunnets krav, de gravide og fødendes behov for jordmortjeneste og kravene i sektordirektivene Rdir 80/154/EØF, Rdir 80/155/EØF og R.dir 89/594/EØF. Spesielt er utvalget bekymret for om Rdir 80/155/EØF Artikkel 1 Vedlegg del A. Teoretisk undervisning og R.dir 89/594/EØF Artikkel 27 Vedlegg del B. Klinisk undervisning, vil bli ivarettatt.

7.3. 2-årig utdanning av jordmødre uten turnustjeneste fra 2004

I brev fra Utdannings- og forskningsdepartementet (UFD) av 09.12.2002 til Høgskolene i Akershus, Bergen og Tromsø og til Den Norske Jordmorforening og Norsk sykepleierforbund fremkommer det at UFD i samråd med Helsedepartementet (HD) har vedtatt en ny modell for jordmorutdanning. "Videreutdanningen" vil bli utvidet med ett år til et 2-årig løp. Samtidig vil dagens 1-årige turnustjeneste falle bort. *Det ble bestemt å utarbeide en rammeplan for jordmorutdanningen som for andre høgskoleutdanninger med krav om autorisasjon for yrkesutøvelse.*

Det var da 4 år siden anbefalingen, i Statens helsetilsyns utredning om turnustjenesten som vilkår for offentlig godkjenning som jordmor, om en 2-årig jordmorutdanning var gjort kjent og kun 1 år siden SHD's begrunnede tilrådninger til KUF om en jordmorutdanning på 45 uker med 1 års turnustjeneste, var blitt formidlet. I løpet av disse 4 år er det skjedd store endringer innen svangerskap- og fødselsomsorgen. Stortinget har fattet vedtak om at Statens helsetilsyns foreslåtte nivåinndeling av fødeinstitusjonene skal gjøres gjeldende og at fødselsomsorgen skal desentraliseres og differensieres, konf. 3.3.1. Nye retningslinjer for svangerskapsomsorgen skal òg innføres.

Innen høyere utdanning har Kvalitetsreformen (St.meld. nr. 27 (2000-2001) Gjør din plikt – krev din rett), med bakgrunn i Bologna deklarasjonen av 1999, ført til store endringer for utdanninger på universitet- og høgskolenivå. Et av endringsforslagene er bl.a. at profesjonsutdanningene innen helsefagene skal bli kompatible med tilsvarende utdanninger i Europa for å stimulere til *økt mobilitet* mellom studenter og lærere.

Det er derfor underlig å konstatere at det i tiden før ovennevnte brev (fra UFD 09.12.02) ble mottatt av bl.a. DNJ, ikke ble tatt noen forhåndskontakt fra UFD til DNJ. Det ble således ikke gjort noen forespørsel om denne utdanningsvei fortsatt var sett som hensiktsmessig i forhold til myndighetenes foreslåtte endringer i helsetjenesten til gravide-, fødende- og barselkvinner med nyfødte barn, og i henhold til endringer innen høyere utdanning i Europa, som kunne vedrøre utdanningen av jordmødre.

7.3.1. Rammeplan med forskrift for jordmorutdanning

Etter Departementets anmodning oppnevner Universitets- og høgskolerådet en arbeidsgruppe bestående av representanter fra høyskolene og praksisfeltet, som i løpet av 2003 utarbeider en ny Rammeplan for en 2-årig jordmorutdanning uten turnustjeneste. I henhold til arbeidsgruppens mandat skal rammeplanen bl.a. definere kandidatens sluttkompetanse, være i tråd med gjeldende EU-direktiv for utdanningen, ta hensyn til brukernes behov og et event. ønske om innpassing i et masterstudium ikke gå på bekostning av målsettingen om å utdanne velkvalifiserte yrkesutøvere. Våren 2004 vedtok så myndighetene ved UFD den nye Rammeplan med forskrift for jordmorutdanning. Den tidligere lovpålagte 1-årige turnustjenesten falt dermed bort. Rammeplanen trådte i kraft høsten 2004.

Det vises her til Rammeplan med forskrift for jordmorutdanning.

Samme høst startet det en ny jordmorutdanning i Tønsberg. Den nye 2-årig jordmorutdanningen blir gitt som et deltids studium over 3 år.

7.3.2. En vurdering av Rammeplan med forskrift for jordmorutdanning

Til en innledende vurdering av den 2-årige jordmorutdanningen uten turnustjeneste er som vurderingskriterier brukt sektordirektivene for jordmødre, konf. 6.1.2., 6.1.3., 6.2.3., 6.2.4.

UFDs benevnelse av jordmorutdanningen i brev av 09.12.02, som en "videreutdanning" i sykepleie, er ikke i samsvar med Rdir 80/155/EØF Artikkel 2, konf. kap. 6.2.3. Den nye 2-årige jordmorutdanningen er *en av utdanningsveiene* nevnt i Rdir 80/154/EØF Artikkel 2 som utdanner til jordmor yrket. Utdanningsveien er i samsvar med EØS-avtalens krav.

Opptakskravene til denne nye jordmorutdanningen vedrørende sykeplerutdanningen er uklare. Forskrift til rammeplan for jordmorutdanningen, § 7, har som opptakskrav bachelorgrad i sykepleie eller tilsvarende, autorisasjon som sykepleier i Norge og minst 1 års yrkespraksis som sykepleier. Rammeplanen har som opptakskrav fullført grunnutdanning i sykepleie. Opptakskravet til den nye utdanningsvei for utdanning av jordmødre er basert på at studenten, i tillegg til sin bachelorgrad i sykepleie, også har et eksamensbevis for sykepleie i alminnelig sykepleie som omfatter Rdir. 77/753/EØF Artikkel 1 Vedlegg A. Teoretisk undervisning a) Sykepleie, b) Grunnleggende fag, c) Samfunnsfag og B. Klinisk undervisning i Sykepleie innen spesifiserte områder.

Eksamensvitnemålet fra sykepleierutdanningen skal i henhold til Rdir. 2001/19, Artikkel 9, bevitne dette, både for å danne grunnlag for opptak til en jordmorutdanning og for å få godkjenning i andre land.

Kravet om 1 års sykepleierpraksis spesifiseres ikke nærmere.

Rammeplanen sier at de teoretiske studiene skal tilfredsstillere kravene i Rdir. 80/155/EØF Artikkel 1, pkt. 3, Vedleggets del A. Teoretisk undervisning, konf. 6.2.3. Det kreves altså ikke at noen av fagene i denne teoretiske undervisningen er blitt omfattet av en tilsvarende undervisning i sykepleierutdanningen, noe den skulle ha gjort i henhold til Rdir. 80/155/EØF Artikkel 1, pkt. 3, konf. kap. 6.2.3.

Et slikt omfattende teoretisk undervisningsprogram som i henhold til Rammeplanen skal gjennomføres er det, i henhold til Rdir. 80/155/EØF Artikkel 1, pkt. 3, kun en heltidsutdannelse til jordmor på minimum 3 år som kan inneholde.

Dette teoretiske undervisningsprogram er derfor betenkelig, også fordi Rammeplanen har utvidet Rdir. 80/155/EØF Artikkel 1, pkt. 3, Vedleggets del A. Teoretisk undervisning med 7 nye fagområder, bl.a. innen andre områder av kvinne- og reproduktiv helse. Et av Rammeplanen hovedemner er forskning, fagutvikling og grunnlagstenkning, inkludert fordypningsoppgave som utgjør 30 studiepoeng, 20 uker, av den teoretiske delen på 40 uker.

Hvordan denne svært utvidede teoretiske undervisningen skal kunne gjennomføre i løpet av de resterende 20 uker teori, kan utvalget vanskelig se.

Rammeplanen har også økt kravet til antall fødsler i Rdir. 80/155/EØF Artikkel 1, pkt 4./Rdir. 89/594/EØF Artikkel 27 Vedlegg B. Klinisk undervisning pkt. 3, hvor antall fødsler er økt fra 40 til 50 fødsler, men som event. kan reduseres til minimum 40 forutsatt aktiv deltagelse av studenten ved ytterligere 30 fødsler. De andre kvantifiserte læringsområdene spesifisert i denne kliniske undervisningen må studenten også dokumentere er oppnådd. I tillegg er denne kliniske undervisningen økt med ytterligere 10 kliniske læringsområder, noen med kvantifiserings krav.

Hvordan denne svært utvidede kvantifiserte kliniske undervisningen og opplæringen skal kunne gjennomføres i løpet av brukerrettede praksisstudier på 40 uker, kan utvalget vanskelig se. Spesielt fordi Rammeplanen videre presiserer at studenten skal ha praksis både i primær- og spesialisthelsetjenesten, og at praksisstudiene skal organiseres slik at studenten får kontinuitet i omsorgen for kvinner gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. Videre fordi Rammeplanen ikke sier noe om at det skal utarbeides gjensidig forpliktende samarbeidsavtaler mellom utdanningsinstitusjon og praksisfelt hvor også ansvars- og oppgavefordeling avklares og beskrives. Hvilken betydning det som står i forskriftenes § 3 Praksis derfor vil få, er ganske uklart.

Rammeplanen sier ikke noe om hvilke *spesifikke kompetanser* jordmorstudenten skal ha ervervet seg i løpet av den 2-årig utdanningen, kompetanser som skal sette jordmor i stand til på selvstendig grunnlag å kunne utføre jordmorvirksomhet i samsvar med Rdir. 80/155/EØF Artikkel 4, konf. 6.1.2., og krav i helsepersonelloven om forsvarlig virksomhet, konf. 5.1.3.

I tiden 1995 - 2002 utarbeidet ICM jordmors kompetanser innen seks fagområder. Disse kunne ha vært retningsgivende for mulige kompetanser Rammeplanen fremsatte at jordmorstudenten skulle ha ervervet seg etter fullført utdanning.

7.3.3. ICM`s definisjon av jordmors kompetanser

I samsvar med ICM hensikt, ICM/WHHO/FIGO`s internasjonale Definisjon av Jordmor, ICM Internasjonale Etske Kode av 1993 (Vedlegg 1), ICM Global Vision for Women and Their Health av 1996 (Vedlegg 2) og anmodninger fra medlemsorganisasjonene, har ICM utviklet og definere de viktigste kompetanser for jordmødre.

ICM`s grunnleggende kompetanseområder for Jordmorpraksis er svært detaljerte, så her gjengis kun kompetanseområdene. Presiseringene av kompetansene innen hvert kompetanseområde er gjengitt i Vedlegg 5.

Kompetanseområder:

Allmenn kunnskaper, ferdigheter og adferd fra sosialvitenskapene, offentlig helse og helseprofesjonene

Kompetanse 1:

Jordmødre har nødvendige kunnskaper og ferdigheter fra samfunnsvitenskapene, medisin, folkehelsevitenskap og etikk for å kunne yte kulturelt relevant og tilpasset omsorg og støtte av høy kvalitet til kvinner, nyfødte og familien.

Pregravid tjeneste og metode for familie planlegging

Kompetanse 2:

Jordmødre yter kultursensitiv helseinformasjon og yter servise av høy kvalitet til alle i samfunnet i den hensikt å fremme planlagte svangerskap, familiehelse og positiv holdning til moderskap og familiedanning.

Oppfølging og rådgiving i løpet av svangerskapet

Kompetanse 3:

Jordmødre yter kultursensitiv svangerskapsoppfølging og støtte av høy kvalitet for å fremme optimal helse gjennom svangerskapet. Dette omfatter også tidlig oppdagelse og behandling eller henvisning ved sykdom eller komplikasjoner.

Oppfølging og rådgiving i løpet av fødselsarbeidet og fødselen

Kompetanse 4:

Jordmødre yter kultursensitiv oppfølging og støtte til kvinner gjennom fødselsprosessen, legger til rette for en hygienisk og sikker fødsel, samt håndterer utvalgte akutte situasjoner for å sikre kvinnens, familiens og barnets helse.

Postnatal oppfølging av kvinnene

Kompetanse 5:

Jordmødre yter helhetlig, kultursensitiv barseloppfølging av høy kvalitet til kvinner og deres familie.

Oppfølging av det nyfødte barn (opptil 2 måneders alderen)

Kompetanse 6:

Jordmødre yter helhetlig oppfølging av høy kvalitet for det i utgangspunktet friske barnet fra fødsel til to måneders alder.

Disse viktige kompetansene (konf. Vedlegg 5) for grunnleggende jordmorpraksis er basert på verdiene, visjonene, strategiene og handlingene som brukes av dem som skjøtter helsebehovene til kvinnene og barneoppfostrende familier. Medlemsorganisasjoner er anbefalt å bruke disse kompetansene etter behov i eget land, i utdanningen, i vedtekter/ reglement og utvikling av praksisstandarder for jordmødre samt i den politikk som trengs for å styrke jordmorfaget/jordmorvirksomheten.

ICM har også utarbeidet “Guidelines for Establishing a Midwifery Education Program” (Vedlegg ..) og “Qualification and Competencies of Midwifery Teachers” (Vedlegg..) som medlemsorganisasjonene er anbefalt å bruke i sine respektive land.

7.4. Jordmorutdanninger i Europa og andre land

England

I begynnelsen av 1980-årene, med innføringen av EU-avtalen i England, var utdanningen av jordmødre en utdanning på 1-2 år som bygde på sykepleier utdanningen. En enhetlig jordmorutdanning ble på den tiden kun gitt ved 1 – 2 institusjoner. Innføringen av sektordirektivene for jordmødre førte til endring i utdanningen av jordmødre. Det ble vedtatt at jordmorutdanningen skulle legges om til en enhetlig utdanning. Den første enhetlige jordmorutdanningen i England startet som en polyteknisk utdanning i Oxford i slutten av 1980-årene.

I løpet av årene som har gått har det i England vært en stor økning i den 3-årig jordmorutdanningen, noe følgende eksempel viser:

1991	3 års utdanning v/	125 utdanningsinstitusjoner
	18 mnd utdanning v/	2371 utdanningsinstitusjoner
1998	3 års utdanning v/	753 utdanningsinstitusjoner
	18 mnd utdanning v/	901 utdanningsinstitusjoner.

Denne økning i en 3-årig jordmorutdanning har betydd at jordmorutdanningene har kunne satse på jordmødrenes spesielle utdannings behov og utvikle en egen holistisk, kvinnesentrert tilnærming for den jordmortjenesten de yter, noe som har styrket profesjonen betydelig (Fitness for Practice 1999). Jordmorutdanningen består nå av 50 % teori og 50 % praksis.

Den teoretiske undervisningen følger kravene til fag og emner i Rdir. 80/155/EØF Artikkel 1, pkt 3 Vedlegg A. Teoretisk undervisning konf. kap. 6.2.3, samt krav relatert til teoretisk innhold fra NMC og RCM's standards.

I den praktiske opplæringen følger og krever utdanningen gjennomføring av kvantifiserings kravene i Rdir. 80/155/EØF Artikkel 1, pkt 4/89/594 Artikkel 27 Vedlegg B. Klinisk undervisning, konf. kap. 6.2.3.

Den enhetlige profesjonsutdanning for utdanningen av jordmødre er nå på 3 - 4 års varighet på universitetsnivå (Fitness for Practice 1999, University of Brighton 2002). I tillegg tilbys et 18 måneders jordmorutdanningsprogram til sykepleiere, som blir gitt forskuttert godkjenning for 18 måneder av deres sykepleierutdanning (Fitness for Practice 1999), konf. kap. 8.4.

I 1998 ble det av Standing Nursing and Midwifery Advisory Committee for England reist tvil om det 18 måneders utdanningsprogrammet var formålstjenlig, idet det ble antydnet at det var en økonomisk dyr måte å utdanne jordmødre på. Pga. jordmormangel i mødrehelsetjenesten kom en frem til at dette utdanningsprogrammet var en hensiktsmessig måte å takle denne jordmormangelen på, så begge utdanningsprogram er opprettholdt (Fitness for Practice 1999).

Opptakskravet til jordmorstudiet er for den enhetlige utdanningen at studenten har studiekompetanse, at karakterene er innenfor en viss nivå for minst fem fagområder, inklusiv engelsk, matematikk og et naturvitenskapelig fag. Konkurransen om å bli tatt opp som student er stor, så flere søkere har bedre forkunnskaper enn det som er krevd.

For endringer i utdanningen av jordmødre, konf. kap. 8.4.

Danmark og Holland

Utdanningen av jordmødre har i begge disse land vært enhetlige – vanligvis på 3 år, fra det ble opprettet jordmorutdanninger i disse land.

I Danmark er opptakskrav til jordmorutdanningen for sykepleiere, sykepleierutdannelse med 9 måneders praksis som sykepleier innenfor gynekologi eller neonatologi. Søkeren må dokumentere kunnskaper i enkelsk. Det opptas 2 sykepleiere for året ved hver av de tre jordmorutdanningene.

Begge lands jordmorutdanninger er i samsvar med sektordirektivene for jordmødre, konf. kap. 6.

Jordmorutdanningen i begge land har nå gjennomgått endringer for å få dem til å stemme overens med kravene i forhold til de endringer som nå skjer i det høyere utdanningssystem i Europa konf. kap. 8.4.

New Zealand

I 1979 og i alle år fram til 1990 var utdanning til jordmor kun en mulighet innen sykepleierutdanningen.

I 1990 gjenvant jordmoryrket i New Zealand sin status som en autonom profesjon. The Nurses Amendment Act av det året stadfestet den profesjonelle og formelle atskillelsen av jordmorfaget fra sykepleie, og etablerte jordmorvirksomhet og sykepleie som atskilte og forskjellige profesjoner i New Zealand.

Jordmorutdanningen er nå enhetlig 3-årig Bachelor of Midwifery utdanning. Det er 5 polytekniske utdanningsinstitusjoner som gir jordmorutdanning, dvs utdanning ved utdanningsinstitusjoner som kan sammenlignes norsk høyskole. Teori og praksis utgjør 50 % hver. Utdanningen har krav om minimum 30 fødsler.

Jordmorutdanningens programinnhold skal revideres nå i 2005. I den anledningen har the Midwifery Council of New Zealand, nyopprettet i 2003, og hvis medlemmer er valg av helseministeren, bedt Royal College of Midwives medlemmer om deres synspunkt på 9 spesifiserte områder innenfor teori og praksis. Bl.a. er medlemmene blitt spurt om antallet på 30 fødsler skal økes, og om det er andre ferdigheter det er nødvendig å kvantifisere i utdanningsprogrammet, etc. Forespørselen er gått ut på "nettet" og medlemmene kan svare via e-mail eller pr. post.

Sykepleie og annen utdanning eller erfaring, gir real kompetanse som blir vurdert for opptak til jordmorutdanningen. De gjennomfører alle en kortere jordmorutdanning. Autoriserte sykepleiere vil vanligvis fullføre minst 2 år av det totale program.

Sverige og Finland

I begge disse land har utdanningen til jordmor vært sett som en spesialistutdanning innen sykepleie. Jordmorutdanningen har således bygd på sykepleierutdanningen og vært på 1 ½ år.

Finland har nå lagt om sin jordmorutdanning for at den skal stemme overens med kravene i forhold til de endringer som nå skjer i det høyere utdanningssystem i Europa, konf. kap. 8.4.

Sverige bygger fortsatt sin jordmorutdanning på sykepleierutdanningen, konf. kap. 8.4.

7.5. Oppsummering og konsekvenser

Fra 1818 og frem til 1952, i en tidsperiode på 134 år, var utdanningen til jordmor en enhetlig utdanning som førte frem til en selvstendig yrkesfunksjon. Jordmoryrket var det første selvstendig kvinneyrket i Norge. I hele denne tiden var jordmorutdanningen i Norge primært 1 år, mens jordmorutdanninger i Europa på slutten av denne tidsperioden økte til 2-3 år.

Fra 1952 og i alle år frem til i dag, i 53 år, har utdanningen til jordmødre hatt som opptakskrav sykepleierutdanning og 1 års uspesifisert sykepleierpraksis. Dette *paradigmeskifte i utdanningen av jordmødre* som skjedde i 1952, skjedde også i Europa og i andre land i verden.

Frem til 1969 var jordmorutdanningen en sykehusintern utdanning. Fra dette året ble utdanningen lagt til egen skole, med et eget utdanningsprogram for teori og praksis for en utdanning på 48 uker. Et kvantifiseringskrav om minimum 50 fødsler ble innført. I tillegg et krav om 1 års turnustjeneste for å kunne få autorisasjon som jordmor.

I 1980 ble utdanningen av jordmødre innlemmet i høgskolesystemet sammen med de andre helsefagutdanningene. Jordmorutdanningen fikk samme året nye forskrifter for utdanningen som nå var blitt redusert til 45 uker. Kvantifiseringskravet om 50 fødsler ble fjernet, men kravet om 1 års turnustjeneste før autorisasjon som jordmor kunne gis, ble opprettholdt. KUF hadde nå det administrative ansvar for jordmorutdanningen, mens SD hadde ansvaret for jordmorkandidatenes praktiske opplæring i turnustjenesten.

Opptakskravet til jordmorutdanningen var fortsatt fullført sykepleierutdanning, i tillegg var det nå kommet krav om 1 års uspesifisert praksis som sykepleier.

Jordmorutdanningene søkte myndighetene i flere ganger i løpt av 1980-årene om å få utvide utdannings lengde, pga den faglige og medisinsk-tekniske utviklingen, uten å vinne gehør.

Fra 1969 og til ut på 1980-tallet deltar jordmorutdanningens lærer/lektorer i større og mindre grad i undervisningen, veiledningen, oppfølgingen og evaluering av jordmorstudentene sammen med jordmødrene i praksis. Fra begynnelsen av 1990 årene ble det jordmødrene i praksis som primært utførte dette. Lærerne/lektorene følger opp studenten på andre måter. Det ble nå på en måte "et skille" mellom den teoretiske høgskoleundervisningen og den kliniske undervisningen på sykehusene.

Et prøveprosjekt i 1993 på 3-semester jordmorutdanning uten turnustjeneste og Statens helsetilsyns utredning i 1998 om turnustjenesten som vilkår for offentlig godkjenning som jordmor, konkluderte med at tid i klinisk praksis for å oppnå funksjonsdyktighet som jordmor var nødvendig. Staten helsetilsyn anbefaler likevel for SHD en jordmorutdanningen på 3 semestre uten turnustjeneste.

EØS-avtalen ble ratifisert i Norge i 1994, så sektordirektivene for medisinske yrker, inklusiv jordmoryrket, hadde nå krav om utdanningenes lengde, innhold og nivå som de respektive utdanninger nå måtte tilpasse seg for å være i samsvar med dem.

I oktober 2001 tilrår SHD overfor KUF at jordmorutdanningen på 45 uker med 1 års turnustjeneste videreføres. SHD hevder at deres fortolkning av sektordirektivene for jordmødre tilsier at denne utdanningsveien er en jordmorutanningutdanning på 2 år.

I sin videre argumentasjon for tilrådingen fremhever SHD studentenes behov for tid og mengdetrening for å erverve seg praktisk dyktighet for selvstendig å kunne utføre jordmorvirksomhet i henhold til helsepersonellovens autorisasjons krav. SHD gjør ingen nærmere tolkning/vurdering av sektordirektivene for jordmødre.

Året etter, i desember 2002, vedtar UFD i samråd med HD en ny modell for jordmorutdanningen, "videreutdanningen" utvides med ett år til 2 år. 1 års turnustjeneste faller bort. En arbeidsgruppe utarbeider ny Rammeplan med forskrift for jordmorutdanningen som trer i kraft høsten 2004.

Opptakkravene til jordmorutdanningen i Rammeplan med forskrift for jordmorutdanningen er ganske uklare. Hvilken tilleggskompetanse skal det kreves for de studentene som ikke har bachelorgrad i sykepleie? Skal fullført grunnutdanning i sykepleie, uansett eksamens årstallet, godkjennes som *tilsvarende* i henhold til forskriftens § 7? Vil eksamen fra Sykepleierutdanningen omfatte og bevitne den Teoretiske og Klinisk undervisning i Rdir. 77/753/EØF Artikkel 1, som Rdir. 2001/19, Artikkel 9 krever?

Den nye Rammeplan med forskrift for sykepleierutdanningen gir i § 7 dispensasjon fra § 1 Innhold og § 3 Praksis, så eksamensvitnemål fra sykepleien kan muligens ikke omfatte kravene i nevnte Teoretisk og Klinisk undervisning. Vil dette medfører at det kan være viktige fag og emner og kliniske undervisnings områder, søkere til jordmorutdanningen ikke har gjennomgått?

Forventningene til denne nye jordmorutdanningen er stor. Det forventes at utdanningen skal gi mer tid til å integrere teori og praksis, dessuten at denne tidsøkningen skal føre til økt kompetanse for jordmor innen andre områder av kvinne- og reproduktiv helse.

I følge Rammeplanen for jordmorutdanningen så skal den Teoretiske undervisningen omfatte alle fag i Rdir. 80/155/EØF Artikkel 1, pkt. 3, Vedleggets del A. Det er ingen krav om at noen av fagene skal være omfattet av en tilsvarende undervisning i sykepleierutdanningen.

Rammeplanen har i tillegg økt den teoretiske undervisningen med 7 nye fagområder innen kvinne- og reproduktiv helse. Andre fagområder, som forskning, fagutvikling og grunnlagstenking, inklusiv fordypningsoppgave, utgjør 20 uker.

Antall uker til teori i den nye Rammeplanen utgjør 40 uker. I forhold til den "gamle" jordmorutdanningen så er antall uker til teori som skal omfatte alle fagene i Rdir. og de nye 7 fagområdene, derfor kun økt med 2 - 3 uker.

Den Kliniske undervisningens kvantifiserte læringsområder i Rdir. 89/594/EØF Artikkel 27 Vedlegg B har Rammeplanen også økt. I tillegg er de utvidet med 10 nye læringsområder.

Antall uker i praksis i den nye Rammeplanen utgjør 40 uker. I forhold til den "gamle" jordmorutdanningen så er antall uker i praksis kun økt med 10 - 12 uker. Det var i den "gamle" utdanningen ikke mulig for studentene å imøtekomme kvantifiserings kravene i direktivene nevnt ovenfor, og flere studenter nådde dem heller ikke.

Vil det vær mulig for studenten å oppnå læring innen *alle* de kvantifiserte læringsområdene som Rammeplanen omhandler, samt de nye, i løpet av 40 uker praksis? Vil 40 uker i klinisk

praksis gi studenten tilstrekkelig tid til, under veiledning, undervisning og mengdetrening, å erverve seg faglig og praktisk dyktighet?

Hvorfor har HD nå fraveket sitt krav om, at praksisopplæringens lengde og studentenes behov for tid og mengdetrening må være tilstrekkelig, for at de skal kunne erverve seg praktisk dyktighet for selvstendig å kunne utføre jordmorvirksomhet?

Praksisstudiene skal i tillegg organiseres slik at studentene får kontinuitet i omsorgen for kvinnen gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. Hvilken mulighet er det til å få dette til innen en praksistid på 40 uker?

Det omfattende teoretiske og kliniske utdanningsprogrammet som Rammeplan med forskrift for jordmorutdanning legger opp til, er *til dels* relevant for å utdanne jordmødre som skal inneha de kvalifikasjoner en jordmor må ha, for å på selvstendig grunnlag kunne utøve forsvarlig jordmorvirksomhet.

Men - er det mulig å gjennomføre dette omfattende teoretiske og kliniske undervisningsprogram i løpet av en utdanningslengde på 2 år – 80 uker? *Et utdanningsprogram som i sitt omfang inneholder mye mer teoretisk og klinisk undervisning enn det en heltidsutdanning på minst 3 år som et minimum skal inneholde, i henholde til sektordirektivene for jordmødre.*

Hvordan er det tenkt at gapet mellom teori og praksis skal lukkes i den 2-årige jordmorutdanningen?

Rammeplanen for jordmorutdanning definerer ikke konkret hvilke kompetanser jordmorstudenten skal ha ervervet seg etter fullført utdanning. Hvilke kompetanser jordmorstudenten har ervervet seg er derfor uklare. Vil de være i samsvar med ICM's viktige jordmor kompetanser?

Både UFD og HD definerer og omtaler utdanningen til jordmødre som en "videreutdanning" i sykepleie. Dette er ikke i samsvar med sektordirektivene for jordmødre. I EØS-avtalen er jordmoryrket et av de medisinske yrker som har egne sektordirektiv. Defineringen er heller ikke i samsvar med Helsepersonellovens krav til autorisasjon, hvor kravet er bestått eksamen i jordmorfaget, for å få autorisasjon som jordmor.

Mener virkelig UFD og HD at jordmorfaget utgjør en avgrenset del av det sykepleiefaglig området, og at jordmødre derfor helst skulle ha, i henhold til Helsepersonelloven § 51, *spesialist godkjenning* og ikke autorisasjon?

I så tilfelle –spesialistgodkjenning i hva? Obstetrisk sykepleie?

UFD's Rammeplan med forskrift for jordmorutdanning er nå uklar i forhold til innholdet i den sykepleierutdanning som utgjør et opptakskrav til jordmorutdanningen. Den krever heller ikke at noen av fagene og emneområdene i jordmorutdanning skal være omfattet av en tilsvarende undervisning i sykepleierutdanningen.

Hvorfor utgjør da sykepleierutdanningen et opptakskrav til jordmorutdanningen?

Hvordan kan UFD og HD, gitt disse fakta, definere utdanningen av jordmødre som en "videreutdanning" i sykepleie?

I de fleste land i Europa og i mange andre land i verden er jordmorfaget profesjonelt og formelt atskilt fra sykepleie, og jordmorvirksomhet og sykepleie er to atskilte og forskjellige profesjoner.

Vil den nye jordmorutdanningen på 2 år kvalifisere jordmor til å møte de utfordringene som det nye paradigmeskiftet innen fødselsomsorgen medfører?

Vil den imøtekomme behovene til kvinner som venter, føder barn og blir mødre?

Hvilken jordmorvirksomhet vil utdanningen sosialisere jordmorstudenten til å utøve?

Vil den kvalifisere studenten til å utøve jordmorvirksomhet på alle nivå innenfor en desentralisert og differensiert perinatal helsetjeneste etter endt utdanning?

Ingen andre land i Europa, som Norge ønsker å sammenligne seg med, har en utdanning av jordmødre på 2 år etter sykepleierutdanningen, bortsett fra Spania og Portugal.

Det er nødvendig at den nye 2-årige jordmorutdanningen blir grundig evaluert.

8. EUROPEAN HIGHER EDUCATION AREA

8.1. Den Europeiske dimensjon i Høyere utdanning i Norge – internasjonale konvensjoner og avtaler

Norge har gått inn for å fremme den nødvendige Europeiske dimensjon i høyere utdanning, spesielt innenfor utvikling av undervisningsplaner, inter-institusjonelt samarbeide, mobilitets skjema og integrerte program for studering, praksistrening og forskning (The Bologna Process from a Norwegian Perspective, 2005).

8.1.1. Lisboa konvensjonen

I 1997 ratifiserte 27 land Lisboa konvensjonen. Det er en avtale som er inngått mellom land i UNESCO og Europarådet for å legge til rette for større akademisk mobilitet mellom landene. Norge ratifiserte konvensjonen i april 1999 og konvensjonen trådte i kraft for Norge 1. juni 1999 (NAIC). Ytterligere 14 land har undertegnet den, deriblant USA, Storbritannia, Australia og Canada, de fire største eksportørene av undervisningstjenester.

Ratifisering av Lisboa konvensjonen medfører at:

- det sikrer at studenter i internasjonal studentutveksling får uttelling for utdanning de tar med seg hjem fra andre land
- det etableres et nasjonalt informasjons senter som skal tilby råd ved godkjenning av utenlandsk utdanning/kvalifikasjoner
- høyere utdanningsinstitusjoner skal utstede *Diploma Supplement* til sine studenter for å fremme gjenkjennelse/godkjennelse.

Det er viktig å merke seg at høyere utdanning nå er og vil fortsette å være en handelsvare. Handel med undervisningstjenester har blitt et element i verdenshandelen. The General Agreement on Trade in Service – GATS – er et avtalesystem under World Trade Organisation – WTO – som også omfatter handel med undervisningstjenester (Per Nyborg UHR'S Representantskap 28.mai 2002).

Forutsetning om kvalitet i utdanningen, dvs kvalitetsikring og kontroll, ligger implisitt i Lisboa-konvensjonen, men kvalitet er kommet mye mer i fokus i løpet av de år som er gått siden den ble etablert, bl.a. gjennom Bolognaprosessen og Code of Good Practice in International Education. (Per Nyborg UHR'S Representantskap 28.mai 2002)

8.1.2. Bologna deklarasjonen - prosessen

I 1999 møttes utdanningsministere fra 29 land og universitetsledere fra hele Europa i Bologna for å drøfte den videre utviklingen av høyere utdanning i Europa. Visjonen om utvikling av et europeisk område for høyere utdanning innen 2010 ble nedfelt i ministrenes erklæring fra møtet, den såkalte Bolognaerklæringen. Utviklingen kalles Bolognaprosessen.

Bolognaprosessen inneholder ti satsningsområder eller målsetninger på veien mot et felles utdanningsområde. Satsningsområdene overlapper hverandre, eller de er en forutsetning for hverandre, men alle er også viktige i seg selv. Bolognaprosessen inneholder blant annet et mål om innføring av et sammenliknbart gradssystem med to hovednivåer for å lette overgangsmulighetene mellom landene. Dette er i sin tur en forutsetning for å nå målet om økt mobilitet for studenter og ansatte i høyere utdanning. Bedre kvalitetssikring og økt institusjonssamarbeid er også et av satsningsområdene.

Alt tyder på at Det europeiske området for høyere utdanning kan bli en realitet, ikke med en felles utdanningspolitikk, men med et mangfold av nasjonale utdanningssystemer som lærer seg å spille sammen.

Mellom ministermøtene ledes arbeidet med prosessen av en oppfølgingsgruppe (*Bologna Follow-up Group*, bestående av alle medlemsland og sentrale utdanningsorganisasjoner) og et styre. Norge har en sentral rolle ved å inneha vervet som nestleder i både oppfølgingsgruppen og i styret frem til ministermøtet i 2005. I tillegg er det opprettet et eget sekretariat for prosessen, for tiden betjent av Norge.

Satsningsområder definert i Bologna erklæringen

1. Innføring av et lett forståelig og sammenlignbart gradssystem (med Diploma Supplement)
2. Inndeling av gradssystemet i to hovednivåer (two-cycles system)
3. Innføring av et system med studiepoeng - ECTS
4. Fremme mobilitet for studenter og ansatte
5. Fremme europeisk samarbeid om kvalitetssikring
6. Fremme den europeiske dimensjon i høyere utdanning (Vedlegg 4).

8.2. Kvalitetsreformen – St.meld. nr. 27 (2000-2001) Gjør din plikt – Krev din rett

Alle ønsker høy kvalitet i utdanningen og større muligheter for studentmobilitet. I Norge har det kommet til uttrykk gjennom Kvalitetsreformen, som kan ses på som den norske oppfølgingen av Bolognaprosessen. Kvalitetsreformen ble iverksatt ved samtlige høyere utdanningsinstitusjoner i Norge ved studiestart høsten 2003.

Med Kvalitetsreformen i høyere utdanning og med implementering av ny revidert Lov om Universitet og høyskoler av 12. mai 1995 i 2002, ble det innført flere reformer for alle utdanninger på universitets og høyskolenivå i Norge, også for helsefagutdanningene. Dette er bl.a.

- ny gradsstruktur: Bachelor grad – 3 år
Master grad - 2 år
PhD grad - 3 år = forskerutdanning,
- nytt karaktersystem m/ boksatavkarakterer
- nytt studiepoengsystem - ECTS
- modulisering av undervisningen
- evidensbasert undervisning
- mappe-evaluering, m.fl.

Endringene Kvalitetsreformen legger opp til, er i stor grad som følge av eller i tråd med Bolognaprosessen. Viktige deler av reformen er innføring av ny gradsstruktur med bachelor- og mastergrader, og innføringen av Diploma Supplement, samt overgang til studiepoeng etter ECTS-modellen (European Credit Transfer System). Opprettelsen av NOKUT og bedre kvalitetssikring ved utdanningsinstitusjonene er også i samsvar med satsningsområdene i Bolognaprosessen.

Kvalitetsreformen førte i 2002 til endring av Lov av 12. mai 1995 nr. 22, i kraft 01.01.1996, om universiteter og høyskoler. Loven beskriver hvilke undervisningsinstitusjoner som faller inn under loven samt institusjonens virksomhet, styringsstruktur og ansvarsforhold. Loven inneholder bestemmelser bl.a. om studentenes rettighet og plikter i forhold til studieopptak,

undervisning, rett til å gå opp til eksamen og godskriving av grad, yrkesutdanning og fag. Videre regulerer loven klagerett, bortvisning og utestegning. Loven slår dessuten fast at ”Institusjoner under denne lov skal gi høyere utdanning som er basert på det fremste innen forskning, kunstnerisk utviklingsarbeid og erfaringskunnskap. Institusjonene skal drive forskning og faglig utviklingsarbeid og/eller kunstnerisk utviklingsarbeid.” Intensjonene er videre at institusjonene skal legges til rett for gode studieløp med bedre yrkesinnretning enn i dag, samt fremme internasjonalt studiesamarbeid med økt student- og lærer mobilitet.

Bachelor grad – Diploma Supplement

Anerkjennelse (godkjennelse) av titler er viktig for å fremme fri bevegelse, mobilitet, av studenter og kandidater i Europa. For bedre å forstå Europas regler vedrørende anerkjennelse av diploma, må det først gjøres et skille mellom anerkjennelse i akademisk hensikt, (dvs. dersom du ønsker at din tittel skal bli anerkjent fordi du ønsker å fortsette dine studier) og anerkjennelse i profesjonell hensikt (dvs. dersom du ønsker at din tittel skal bli anerkjent fordi du ønsker å arbeide innen en viss profesjon) (Recognition of diplomas in European Union).

Diploma Supplement (DS) er et dokument som utgjør et vedlegg til eksamensbeviset fra en høyere utdanningsinstitusjon. DS har til hensikt å gi tilstrekkelige uavhengige data for å bedre internasjonale ”transparency” og rettferdig akademisk og profesjonell gjenkjennelse av kvalifikasjoner (diploma, degrees, certificates etc.). Det er utarbeidet for å gi en beskrivelse av type, nivå, kontekst, innhold og status til studiene som det ble arbeidet med og som ble vellykket fullført av personen navngitt på det originale kvalifikasjonsbevis som dette DS er et vedlegg til. Det skal være fri for en hver verdibedømmelse, tilsvarende erklæringer eller antydninger om noen form for godkjennelse. Informasjon innenfor alle åtte områdene, som DS omfatter, skal gis. Hvor det ikke gis informasjon, skal det begrunnes hvorfor (Vedlegg 12).

Ny gradsstruktur – Bachelor- og Mastergradsstudier

Ved å etablere et utdanningssystem som er basert på to hovednivå (two main cycles), så vil adgang til andre nivå kreve en vellykket fullføring av første nivå’s studier på minimum 3 år. Graden som blir tildelt etter første nivå skal også være relevant for det europeiske arbeids marked som et egnet bevis på kvalifikasjons nivå. Andre nivå vil føre til mastergrad som i flere land i Europa (CRE).

NOKUT, Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen, har med hjemmel i UFD`s Forskrift om akkreditering, evaluering og godkjenning etter lov om universiteter og høyskoler og lov om private høyskoler, fastsatt *Forskrift om kriterier for akkreditering av institusjoner og standarder og kriterier for akkreditering av studietilbud i norsk høyere utdanning*. Forskriften inneholder standarder og kriterier for akkreditering av studietilbud som Bachelorgradsstudier og Mastergradsstudier (NOKUT).

Forskriftens § 3 – 2 angir at for Bachelorgradsstudier at studiet må være knyttet til et eget bachelorgradsreglement. Det må foreligge en studieplan som må inneholde informasjon om særtrekkene ved bachelorgradsstudiet og hva det kvalifiserer til, samt hvilken kompetanse studiet gir i forhold til videre studier og arbeidsliv. Videre må undervisningspersonalet og sensorenes kvalifikasjoner tilfredsstillende gjeldende krav for undervisning og sensurering på universitets- og høyskolenivå. Institusjonen hvor studiet gis må ha et stabilt fagmiljø knyttet til bachelorgradsstudiet. Størrelsen på fagmiljøet må være tilpasset den undervisning, veiledning og det FOU-arbeid som må utføres for å videreutvikle faget og sikre den faglige kvaliteten i studietilbudet. Minst 20 % av fagmiljøet bør normalt ha førstestillingskompetanse.

Forskriftens § 3-3 angir at for Mastergradsstudier så må studietilbudet oppfylle UFD`s forskrift om krav til mastergrad.

Forskrift om krav til mastergrad (Vedlegg 13) sier bl.a. at Mastergrad i henhold til § 3 (120 poengs omfang) skal være en reel faglig fordypning utover lavere grad, og det forutsettes en like høy faglig standard som i dagens høyere grads studier. Mastergrader av dette omfang kan enten være disiplinbasert (tilsvarende "gamle" hovedfag) eller yrkesrettet. Studier av denne type skal normalt gi nødvendig grunnlag for forskerutdanning. Det er Universitetene som nå gir denne graden. Høgskolene må søke UFD om godkjenning. Studieprogrammet må i så fall først være kontrollert og revidert av NOKUT.

Forskriften sier videre at Mastergrader fastsatt med hjemmel i § 5 (90 eller 120 studiepoengs omfang) forutsettes å være erfaringsbaserte. Det kreves minst to års yrkespraksis. Mastergraden gir normalt ikke grunnlag for opptak til forskerutdanning.

Når det gjelder Mastergrader i henhold til § 4 (300 studiepoengs omfang), så vises det til St.meld. nr. 11 (2001-2002) Kvalitetsreformen Om vurdering av enkelte unntak fra ny gradsstruktur i høyere utdanning, konf. her kap. 8.2.2.

Forskrift om kriterier for akkreditering av institusjoner og standarder og kriterier for akkreditering av studietilbud i norsk høyere utdanning i § 3-3 om Mastergradsstudier sier også at Studieplanen må inneholde informasjon om type mastergrad, etc., inkl. at studieplanen må synliggjøre hva som er studietilbudets kjerne (dvs. fagets avgrensning mot beslektede områder må synliggjøres) og at studiet må gi kunnskap om og erfaring med bruk av vitenskapelig metode, og være egnet til å utvikle forståelse, refleksjon og modning. Videre så må studietilbudet ha tilstrekkelig infrastruktur, undervisningspersonalet og sensorene må ha tilstrekkelig kompetanse, inkl. ha fast ansatte med kompetanse innenfor studiets kjerneområder, og et flertall av de ansatte i faglig stilling må ha førstestillingskompetanse, derav minst 25 % med professorkompetanse. For erfaringsbaserte mastergradsstudier vektlegges også fagtilsattes erfaring fra feltet, fagmiljøets nettverk mot praksisfeltet, ledelse og deltakelse i forskningsprosjekter, forsøk- og utviklingsarbeid og erfaring fra tilhørende grunnutdanning på feltet. Fagmiljøet som er knyttet til mastergradsstudiet må dessuten drive aktivt FoU-arbeid innenfor studiets fagområde. I tillegg må nasjonalt og internasjonalt samarbeid med andre fagmiljøer innenfor mastergradsstudiets fagområder dokumenteres.

ECTS – European Credit Transfer System

Et poengsystem er en systematisk måte som beskriver et utdanningsprogram ved å knytte poeng til dets komponenter (moduler, enheter, etc.). Definisjonen av poeng i høyere utdanningssystem kan være basert på forskjellige parametere, som studentens arbeidsinnsats/mengde, lærings resultat og kontakt timer.

ECTS er et studentsentrert system basert på studentens arbeidsinnsats/mengde som er nødvendig for å oppnå utdanningsprogrammets mål, mål som helst er spesifisert i klare lærings resultat og kompetanser som skal erverves.

Studentens utførelse/resultat er dokumentert av et lokalt/nasjonalt graderings-/karaktersystem. Det er god praksis å tildele en ECTS gradering/karakter, spesielt i tilfeller med overføring av poeng. ECTS graderings/karakterskala rangerer studentene. Graderingen/karakterene er tildelt studentene hvor *bestått* gradering/karakterer er som følger: A, B, C, D, E , mens F er *ikke* *bestått* (ECTS).

8.2.1. Bologna prosessen fortsetter - Praha 2001 og Berlin 2003

To år etter møtet i Bologna møttes ministrene igjen i Praha i 2001, deretter i Berlin i 2003. Antall medlemsland har økt til 40. De siste ministermøte var i Bergen, 19. og 20. mai 2005.

Satsningsområder definert i Praha-kommunikatet

7. Livslang læring

8. Høyere utdanningsinstitusjoner og studenter

9. Styrking av tiltrekningskraften til Det europeiske området for høyere utdanning

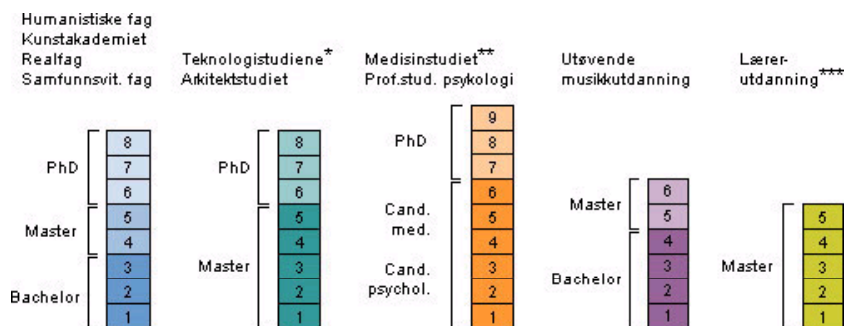
Satsningsområde definert i Berlin-kommunikatet

10. Doktorgradsstudier og synergien mellom *Det europeiske området for høyere utdanning og Det europeiske forskningsrom* ("Realising the European Higher Education Area", Berlin 2003). (Vedlegg 4)

Det er viktig å merke seg at som følge av tilslutningen til det two-cycle system i Bologna Deklarasjonen, så pågår det allerede nå en omfattende omstrukturering av det Europeiske høyere utdannings landskap ("Realising the European Higher Education Area", Berlin 2003).

Betydning av den sosiale dimensjonen av Bologna prosessen er det lagt stor vekt på, i det den bl.a. har til hensikt å styrke sosial sammenheng og redusere sosiale- og kjønns ulikheter både på nasjonalt og Europeisk nivå (Berlin 2003 "Realising the European Higher Education Area").

For å vise hvilke konsekvenser den nye gradstrukturen har hatt for forskjellige utdanninger i det høyere utdanningssystem, vises i Tabellen nedenfor forskjellige studiers oppbygging ved NTNU:



8.2.2. Gradssystemet - two cycles - og sektordirektiver for utdanning av helsepersonell og medisinske yrker

I forbindelse med de endringene gradssystemet i Kvalitetsreformen førte med seg, kom Undervisnings- og forskningsdepartementet senere samme år med St.meld. nr. 11 (2001-

2002) Kvalitetsreformen. Om vurdering av enkelte unntak fra ny gradsstruktur i høyere utdanning, og St.meld. nr. 16 (2001-2002) Kvalitetsreformen. Om ny lærerutdanning. Mangfold – krevende – relevant.

St.meld. nr. 11 omhandler utdanninger som det er fremkommet vil bli problematisk å innlemme i den nye gradsstrukturen, hvor lavere grad har et omfang på 3 år og høyere grad et omfang på 2 år. Forskerutdanning er fortsatt 3 år. *Integrert studium* betegner studier som ikke er oppdelt i lavere og høyere grad. Konf. her også Forskrift om krav til mastergrad § 4. St.meld. nr. 16 omhandler lærerutdanningene i ny gradsstruktur.

St.meld. nr. 11 påpeker at for flere av utdanningene som omtales, eksisterer det autorisasjonsordninger og lover som benytter betegnelsen på den akademiske graden. Flere utdanninger har også, i henhold til EØS-avtalen, egne sektordirektiver som regulerer utdanningens omfang, bl.a. lege, tannlege, veterinær, farmasøyt samt arkitekt.

Departementet har i sin vurdering av omfanget av utdanningene lagt til grunn at flest mulig av studiene skal inngå i hovedmodellen, med maksimalt fem år for høyere grad. Departementet finner det nødvendig å gjøre unntak for de kliniske studiene som i dag er lengre enn fem år. Overgangen til ny gradsstruktur innebærer likevel nytt innhold i og ny organisering av studiene.

For å passe inn i den nye gradsstrukturen, hvor mastergraden er en høyere grad som kreves for å utøve en del yrker, ble en del utdanninger bedt om å redusere sitt omfang til 5 år, bl.a. jus.-, arkitekt- og teologistudiet. Medisin, psykologi og veterinærstudiet får beholde et utdanningsomfang på 6 år.

Begrunnelsen fra UFD var bl.a. at

”de kliniske studiene krever omfattende teoretiske og praktiske ferdigheter i diagnostisering og behandling. Av hensyn til pasient-/klientbehandlingen må slike utdanninger holde så høyt faglig nivå at uteksaminerte kandidater har høy funksjonsdyktighet.”

Videre: ”Redusert studietid av den kliniske utdanningen (av bl.a. leger) vil få negative konsekvenser for funksjonsdyktigheten til de uteksaminerte kandidatene.”

Det ble også henvist til de respektive yrkers EU-direktiv og deres krav.

Det ble bemerket følgende for utdanning av psykologer:

”EU-direktivet som regulerer yrkesutøvelsen for psykologer i EØS-området, er det generelle direktiv 89/48/EØF, noe som gjør at Norge ikke er bundet opp til et bestemt omfang for psykologistudiet.”

Derfor het det:

”Profesjonsstudiet i psykologi skal gi klinisk kompetanse som grunnlag for autorisasjons som psykolog. Opplæring i praktiske ferdigheter er tidkrevende, også fordi det følger av fagets egenart at studentene må følge pasienter og klienter over en lang tidsperiode. Dette er også en klinisk utdanning hvor redusert studietid vil få negative konsekvenser for funksjonsdyktigheten til de uteksaminerte kandidatene.”

For utdanningen av veterinærer ble det bemerket:

”EU-direktivene som regulerer yrkesutøvelsen for veterinærer i EØS-området, setter en minimumsgrense på 5 år for utdanningen og krav om hvilke fag og emner som skal

inngå.”

Videre: ”Dette er også et av de kliniske studiene, hvor studiet må gi omfattende opplæring i diagnostisering og behandling av dyr.”

For utdanning av leger:

”Redusert studietid vil gi mindre pasientkontakt i studiet, noe som igjen får betydning for turnustjenesten etter studiet. Dette er en av de kliniske utdanningene hvor redusert studietid vil få negative konsekvenser for funksjonsdyktigheten til de uteksaminerte kandidatene.”

St.meld. nr. 16 påpeker at Kvalitetsreformen innebærer ny gradsstruktur for de fleste utdanninger, hvor hovedregelen er at lavere grad vil være en 3-årig bachelorgrad og en høyere grad en 2-årig mastergrad. St.meld. nr 16. tar for seg flere lærerutdanninger og tilrår at 3-årig førskole-, yrkesfag- og faglærerutdanning gir bachelorgrad. Allmennlærerutdanningen og dagens faglærerutdanning i praktiske og etiske fag fastsettes som 4-årige yrkesutdanninger. Studenten kan få en bachelorgrad etter 3 år, men får undervisningskompetanse etter 4 år. Det bør legges til rette for valg i 4. studieåret som gjør at studentene enten kan ta studieenheter som ikke inngår i en mastergrad, eller studieenheter som helt eller delvis kan inngå i en mastergrad. Dette pga. de skjærpede kompetansekravene i skole og samfunn som tilsier at kvaliteten i utdanningen må styrkes.

8.2.2.1. Gradssystemets two cycles - og sektordirektiver for jordmødre

St.meld. nr. 11 (2001-2002) omhandler profesjonsutdanninger på universitetsnivå og St.meld. nr. 16 (2001-2002) omhandler lærerutdanninger på høghskolenivå.

Utdanning av jordmødre som et redusert klinisk studium

Som for flere av profesjonsutdanningen i St.meld.nr. 11, så regulerer EU-sektordirektiver yrkesutøvelsen for jordmødre i EØS-området. I henhold til sektordirektivene er utdanningen til jordmor en egen profesjonsutdanning, konf. kap. 6. Rdir. 80/155/EØF setter også krav om hvilke fag og emner og *hvilken klinisk undervisning* som skal inngå i utdanningen. Eksamensvittemålet skal i henhold til Rdir. 2001/19 bevitne dette for at utdanningen skal bli godkjent i andre land.

Profesjonsstudiet i jordmorvirksomhet skal gi klinisk kompetanse som grunnlag for autorisasjon til å starte og utøve i det minste den jordmorvirksomhet som er angitt i Rdir. 80/155/EØF Artikkel 4, konf. kap.

Opplæringen i praktiske ferdigheter er svært tidkrevende, også fordi det følger av jordmorfagets egenart at studenten må følge kvinnen over en lang tidsperiode dvs. med kontinuitet i oppfølging i løpet av svangerskap, fødsel og barseltiden med barn, konf. kap.Det er også et klinisk studium hvor studiet bl.a. må gi omfattende opplæring i diagnostisering og øyeblikkelig hjelp behandling av gravide-, fødende- og barselkvinner og det nyfødte barn.

Den kliniske undervisningen og opplæringen skal dessuten sørge for at de kvantifiseringskrav som er fastsatt for flere fagsituasjoner i det kliniske utdanningsprogrammet som et minimum skal oppnås, Rdir. At disse fagsituasjonene er kvantifisert viser at de praktiske ferdighetene/kompetansene de inneholder krever ganske mange øvelser for at studentene skal

bli dyktige og kvalifiserte. Eksamensvitemålet skal i henhold til Rdir. 2001/19 bevitne at disse kvantifiserte kliniske krav er oppnådd for at utdanningen skal bli godkjent i andre land.

St.meld. nr. 11 (2001-2002) ga til kjenne, i henhold til innføringen av den nye gradsstrukturen, at reduisert studietid for disse kliniske studiene med omfattende kliniske undervisning, vil få negative konsekvenser for funksjonsdyktigheten til de uteksaminerte kandidatene.

I den nye Rammeplan med forskrifter for jordmorutdanning på 2 år (80 uker), uten turnustjeneste, er selve studietiden blitt utvidet med 35 uker i forhold til den "gamle" jordmorutdanningen på 45 uker. De 45 ukene i denne "gamle" utdanningen var fordelt med 17 uker teoretisk undervisning og 28 uker klinisk undervisning. I løpet av denne kliniske undervisningen var det ikke mulig for jordmorstudentene å oppnå de kvantifiseringskrav fastsatt for flere fagsituasjoner i det kliniske utdanningsprogrammet. Etter endt utdanning gjennomførte jordmorstudenten så en praktisk tjeneste, turnustjeneste, på 45 uker. *For å oppnå den kliniske kompetansen som var grunnlaget for autorisasjon var således praksisopplæringen på til sammen 73 uker.*

I den nye Rammeplanen på 2 år, er de 80 ukene fordelt med 40 uker teori og 40 uker klinisk undervisning. Den kliniske undervisningen i studiet er således økt med 12 uker. Men utvalget vurderer den nye utdanningen av jordmødre som en klinisk utdanning som har fått reduert den kliniske/praktiske opplæringen med 33 uker, noe som vil få negative konsekvenser for funksjonsdyktigheten til de uteksaminerte studentene.

Av hensyn til de gravide-, fødende- og barselkvinnene og deres nyfødte barn må utdanningen av jordmødre holde så høyt faglig nivå at uteksaminerte studenter har høy funksjonsdyktighet. Den kliniske praksisopplæringens lengde må ved den enkelte avdeling og samlet være tilstrekkelig slik at jordmorstudenten gjennom klinisk undervisning, praktisk arbeide under veiledning og supervisjon, kan få nødvendig trening og erfaring og slik erverve seg funksjonsdyktighet for selvstendig å kunne utøve jordmorvirksomhet i tråd med krav i helsepersonelloven om forsvarlig virksomhet. *Det blir derfor viktig å ta hensyn til studentens behov for tid og mengdetrening.*

Utdanning av jordmødre i forhold til bachelor- og mastergrad

Opptakskravet til jordmorutdanningen er bachelorgrad i sykepleie eller tilsvarende, autorisasjon som sykepleier i Norge og minst ett års yrkespraksis som sykepleier, konf. kap.

I forhold til den nye gradsstrukturen så vil denne utdanningsveien for utdanning av jordmødre bli som følger:

- 3-årig sykepleierutdanning, som gir graden bachelor i sykepleie og autorisasjon som sykepleier,
- 1 års praksis som sykepleier
- 2-årig jordmorutdanning som gir autorisasjon som jordmor, men ingen grad.

For en student som ønsker å bli jordmor tar det altså nå til sammen 6 år for å oppnå autorisasjon som jordmor, men disse 6 årene, eller de til sammen 5 utdanningsårene, gir studenten ingen grad.

Reelt vil studenten få to autorisasjoner, en som sykepleier og en som jordmor. Dessuten vil studenten få en bachelorgrad i sykepleie.

At utdanning til et autorisert yrke/et fag skal kreve bachelorgrad og autorisasjon innen et annet yrke/fag som opptakskrav, er ikke i tråd med Bologna prosessen/Kvalitetsreformens intensjoner eller med de endringene som det nye gradssystemet har ført med seg, tvert om.

Utdanningen til jordmor er i dag ikke innpasset i det ny gradssystemet for høyere utdanning i Norge.

I henhold til EU-sektordirektiver som regulerer yrkesutøvelsen for jordmødre i EØS-området, Rdir. 80/154/EØF, Rdir. 80/155/EØF, Rdir. 89/549, Rdir. 2001/19, så er ikke Norge bundet opp til å ha/innføre denne utdanningsvei for jordmorstudiet. Norge har full anledning til å velge en annen utdanningsvei for utdanning av jordmødre, en utdanningsvei som kan innpasses i det nye gradssystemet.

Innføringen av et sammenlignbart gradssystem med to hovednivåer for utdanning bl.a. innen et autorisert yrke/et fag, skal, ifølge Bologna prosessen/Kvalitetsreformen, lette overgangsmuligheter mellom landene slik at det kan fremme internasjonalt samarbeide med økt student- og lærermobilitet.

Når utdanningen til jordmor, i det gradssystemet det her legges opp til for utdanninger på høyere utdanningsnivå, ikke er/får være et eget yrke/fag som fører frem til en grad, hvilke konsekvenser vil det få for et internasjonalt samarbeide og utveksling innen utdanningen?

8.3. Tuning Educational Structures in Europe

8.3.1. Tuning prosjektet – fase I – metodikk og modell

Bologna prosessen henvender sig ikke bare til nasjonale regjeringer med ansvar for utdanningssystemet i sine respektive land. Prosessen henvender seg også til høyere utdanningssektor, det enkelte universitet, dere organisasjoner og nettverk. Mange universitet har startet forberedelser av Bologna reformene i sine institusjoner før de ble tillatt å gjøre så av sine regjeringer.

Sommeren 2000 tok en gruppe europeiske universitet utfordringen i Bologna deklarasjonen og designet ovennevnte pilot prosjekt, som nå støttes av Europa Kommissjonen og er en del av et Socrates program.

Tuningprosjektet bidrar til realisering av Bologna deklarasjonen. Prosjektets hensikt er å identifisere referansepunkter for generelle og fagspesifikke kompetanser som avslutning på første og andre syklus, dvs bachelor- og mastergrad, innenfor flere fagområder. Først innenfor Business Administration, Kjemi, Educationa Sciences, Geologi, Historie, Matematikk og Fysikk. Læringsresultat blir beskrevet som uttrykk for kompetanser, dvs. det studenten vet/kan eller er i stand til å demonstrere etter fullføring av en læringsprosess. Dette gjelder både fagspesifikke kompetanser og generelle/felles kompetanser, som kommunikasjonsferdigheter og lederskap (Vedlegg 6).

The Tuning methodology

Tuningprosjektet har i sitt rammeverk designet en metode for å forstå utdanningsprogramm og for å gjøre dem sammenlignbare. Fem tilnærings punkter ble valgt:

1) Generic (generell akademisk) kompetanse, 2) Fag-spesifikk kompetanse, 3) ECTS rolle som et akkumulerings system, 4) Tilnærminger til læring, undervisning, vurdering og utførelse og 5) Kvalitetsøkingsen/forhøyelsens rolle i utdannings prosessen (basert på et system av en indre institusjonell kvalitetskultur).

I første fase av Tuning prosjektet ble de tre første punktene vektlagt. Fjerde og femte punkt fikk mindre oppmerksomhet pga tids-begrensning, men de fikk en sentral plass i andre fase av prosjektet (2003-2004).

The Tuning Modell

Tuningprosjektet har videre utviklet en modell for å designe, planlegge og implementere utdanningsprogram tilbudt innen en institusjon, eller felles av to eller flere institusjoner. Hovedstegene i prosessen med å designe et studie program eller et (internasjonalt) integrert program/felles grad må følge Tuningmodellens punkter (Vedlegg 6).

8.3.2. Tuning prosjektet – fase II – kvalitetsikring og benchmarking

Den andre fasen av Tuningprosjektet (2003-2004) er basert på resultatene fra den første fasen (2000-2002). I sin andre fase vil prosjektet konsolidere sine funn sammen med en rekke interessegrupper, utvide sitt område av pretilsluttede og kandidatland, til andre fagfelt og overføre sin metodologi til Socrates-Erasmus Thematic Networks (Vedlegg 6).

Fase II av prosjektet vil gi spesiell oppmerksomhet til Tuning punkt 4) Tilnærminger til undervisning, læring, vurdering og utførelse i forhold til punkt 5) Kvalitetsøkning/styrking. Tuning ser kvalitet som en integrert del av utdanningsprosessen.

Aktivitetene i fase II av Tuning prosjektet konsentrerer seg altså bl.a. om å godkjenne og konsolidere resultatene fra punkt 1) og 2) i fase I av prosjektet og å invitere eksisterende og fremtidige Socrates Erasmus Thematic Networks til å implementere Tuningmetodikken i deres fagområder. Videre vil det arbeides med metodikken som brukes for å måle studentenes arbeidsmengde, samt å arbeide med å etablere en forbindelse mellom kompetanser og ECTS . Fase II av Tuning prosjektet skal videre åpne Tuningprosessen for nye fagfelt.

I Tuningprosjektets fase I ble hovedsakelig universitet i den tradisjonelle betydning valgt ut. Dette ble gjort for å forene best de fagområdene som var utvalgt og for å ha sammenlignbare institusjonstyper i forskjellige land. Godt kartlagte fagområder fra fem vitenskapelige felt ble valgt for å unngå videre komplikasjoner for prosjektet. Det var forventet at the benchmarking av profesjonell profilering og ønsket resultat, uttrykt ved kunnskap, ferdigheter og kompetanser, ville bli lettere for disse disiplinene.

Nå når denne tilnærmingen har vist seg vellykket, er det en ny utfordring å anvende Tuningresultatene på typer av fagområder som er annerledes. I fase II av prosjektet vil Tuningmetodikken bli implementert i to nye fag områder: et interdisiplinært program hvor *European Studies* er blitt valgt og en anvendt science/vitenskap, hvor *Sykepleie* er blitt valgt. Disse skal kunne tjene som eksempler for sammenlignbare typer av fagområder (Vedlegg 6).

8.3.2.1. Midwifery Benchmark Statement

The Quality Assurance Agency for Higher Education i UK tok i 2001 initiativ til utarbeidelse av Benchmark statement for flere helsefag utdanninger, bl.a. for Fysioterapi, Ergoterapi, Jordmor, Sykepleie, Radiograf, Health Visitors, Dietetiker (Vedlegg 7).

Faglige vurderings kriterier er et hjelpemiddel til å beskrive innhold og kjennetegn på studier og opplæringsprogram i helsefag. De representerer også generelle forventninger om standarden på bedømmelse av kvalifikasjoner oppnådd på et visst nivå, og uttrykker de egenskaper og den dyktighet som de som innehar slike kvalifikasjoner skal være i stand til å demonstrere.

Faglige vurderings kriterier blir brukt til forskjellige formål. Primært er de en viktig ekstern referanse kilde når nye program blir designet og utviklet. De gir generell veiledning til å uttrykke lærings resultat forbundet med programmet, men er ikke en spesifikasjon på et detaljert undervisningsprogram. Vurderings kriteriene sørger for variasjon og fleksibilitet i program design og oppmuntrer til innovasjon innenfor et vedtatt almen begrepsmessig rammeverk.

Arbeidet med å utvikle benchmark statement for disse helsefagutdanningene foregikk i fagspesifikke grupper. *Etter hver kom et felles rammeverk til syne, som illustrerte på den ene siden den felles kontekst som utdanning og opplæring av helsefag personell hviler på og, på den andre siden, den unike profesjons spesifikke kontekst som programmene er organisert innenfor.*

Disse benchmark statement beskriver innhold og standard på studieprogram i jordmorvirksomhet som fører frem til vitnemål i faget, utstedet av høyere utdanningsinstitusjoner. Det som karakteriserer kriteriene i både det felles rammeverket og i de profesjons spesifikke fagområdene, er tydeliggjøringen av akademiske og praktiserende standards knyttet til vitnemålet. Denne dualitet reflekterer betydningen av det akademiske vitnemål som en vei for å oppnå autorisasjon av myndighetene. Terskels standardene som er utarbeidet fastsetter forventninger til helsepersonell som begynner i sin første stilling rett etter kvalifisering/autorisasjon.

Disse benchmark statement inkorporerer lærings resultat og kompetanser som kreves for profesjonell praksis definert av myndighetene og profesjonsorganisasjonen (her vil det være Den Norske Jordmorforening). De omfatter også kravene i Rdir. 80/155/EØF Artikkel 4. Standarden beskrevet i disse statement henviser følgelig både til akademiske og praktiserende egenskaper og dyktighet.

International Confederation of Midwives (ICM) og International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO) og World Health Organization (WHO) definisjon av jordmor, konf. kap. 3.2.4., gir en nøyaktig sammenfatning av innholdet i jordmorvirksomhet som et anvendt akademisk fag, understøttet av naturvitenskapelig/biologiske fag og sosialvitenskapelige fag, i særdeleshet psykologi og sosiologi. Imidlertid er faget ikke drevet av slik påstand (propositional) kunnskap alene, fordi dets mestring krever dyktighet i et utall av kognitive, affektive og psykomotoriske ferdigheter. Det er integrasjonen av disse understøttende elementene, gjennom en koherent planlegging av programmer, som etablerer grunnlaget for jordmødre til å gi en tjeneste/oppfølging som er kvinnesentrert og retter oppmerksomheten på den forutsetning at barnefødsel er (normalt) en naturlig, fysiologisk og viktig begivenhet i kvinnens liv.

Jordmors rolle sentrerer seg også om kvinnen i familie sammenheng. Oppfølging av familien i løpet av kvinnens svangerskap, fødsel og barseltid er sentral i definisjonen av disiplinen og som sådan står grensene til disiplinene/profesjonen i forbindelse med andre helse og sosial tjeneste profesjoner.

Utdanning og opplæringsprogram i jordmorvirksomhet som fører frem til autorisasjon er i UK bygget opp omkring universitet og praksisbasert læring. En solid (god) organisering av disse to elementene, setter studentene i stand til å utvikle autonomi og selvtillit, og til å komme ut fra utdanningen som dyktige praktikere med evne til å arbeide effektivt i kvinnenes hjem, fødestuer, sykehus, helsesentre, eller andre steder som en del av et allmenn basert helse- og sosialtjeneste team.

8.4. Utdanning av jordmødre innen høyere utdanning i Europa og internasjonalt

England

I England går når utdanningen av jordmødre mot full universitets integrering, noe som anerkjenner jordmorfagets økende kompleksitet og det ansvar og den autonomi jordmødre har (QAAHE 2001). Flere utdanningsinstitusjoner i England tilbyr nå bachelor grad i jordmorfaget, BSc Degree in Midwifery, av 3 – 4 års varighet, samt gir tilbud om et 1-2 års Masterprogram in Midwifery (Fitness for Practice 1999, University of Brighton 2002).

Utdanning av jordmødre på 18 måneder (78 uker) som bygger på fullført sykepleierutdanning, fører også frem til en bachelor grad i jordmorfaget. I denne utdanningen utgjør 2/3 klinisk praksis, da det gis uttelling for avlagt eksamen i visse fag fra sykepleierutdanningen, konf. kap. 7.4.

Noen av universitetene har lagt om for å imøtekomme kravet om ECTS i høyere utdanning, andre holder på å omstille seg.

Undervisningsprogrammene for utdanning av jordmødre ved de forskjellige universitet er utviklet for å imøtekomme kravene til Jordmors Kompetanser (Nursing and Midwifery Council, NMC, 2002), EU's sektordirektiver for jordmødre, QAA Midwifery benchmark statement (QAA i UK, 2001) og andre som Midwives rules and standards (NMC 2004) og Valuing Practice: A Springboard for Midwifery Education (Royal College of Midwives, RCM, 2003).

Danmark

Fra høsten 2001 har Danmark hatt en enhetlig jordmorutdanning på 3 ½ år som gir en Profesjonsbachelor i jordmoderkundskap Bachelor Degree in Midwifery (B.M.).

Utdanningen er en semesteroppdelt utdannelse svarende til 210 ECTS-poeng. Av disse utgjør den kliniske undervisningen 105 ECTS-poeng som vil si 70 uker.

Undervisningsprogrammene for utdanning av jordmødre ved de forskjellige utdanningsstedene er utviklet for å imøtekomme kravene i Lov om Jordmødre av 13. desember 1978, Cirkulære om jordmodervirksomhet av 8. august 2001, EU sektordirektiver for jordmødre, Lov om Mellemlange Vidergående Uddannelser av 31. mai 2000, Bekendtgørelsen om uddannelsen til professionsbachelor av 19. februar 2001.

Opptakskravet til jordmorstudiet er for den enhetlige utdanningen er basert på Adgangskrav og utvælgelseskriterier. Adgangskravet krever at studenten har studiekompetanse, mens utvælgelseskriteriene er basert på et kvoterings system. Hver kvote har krav om eksamen i forskjellige fag som kjemi, engelsk, dansk, samfundsfag, etc. Konf. ellers kap. 7.4.

Finland

Ved Arcada – Nylands svenske yrkeshögskola tilbys fra og med 01.01.2005 en jordmorutdanning på 4 ½ år, 270 ECTS-poeng. Den praktiske utdanningen utgjør 120 ECTS-poeng som vil si 80 uker. Utdanningen gir en Bachelor of Midwifery.

Det virker som undervisningsprogrammene for utdanning av jordmødre er tilrettelagt for å imøtekomme kravene i EU's sektordirektiver for jordmødre. Studenten skal lære å gi evidensbasert oppfølging til kvinner, familier samt nyfødte barn.

Holland

Ved Verloskunde Academie i Amsterdam gis en 4-årig jordmorutdanning fra august 2004. Utdanningen fører frem til Diploma Verloskunde.

Fra september 2003 gis ved Academische Medisch Centrum Universiteit Amsterdam en 2-årig universitets utdanning som fører til Master of Science Verloskunde.

Undervisningsprogrammene for utdanning av jordmødre virker som det er tilrettelagt for å imøtekomme kravene i EU sektordirektiv for jordmødre, og fra helsetjenesten og fra det nye utdanningssystem i Europa. Utdanningen er tilrettelagt for at studenten skal utvikle *best practice* basert på *evidence based medicine*. I tillegg skal de utvikle *competentie* og forberede seg på *life long learning*.

Det virker som om opptakskravene og utvelgelsesprosedyren til jordmorutdanningen følger visse krav.

Fra september 2003 er det mulig for jordmødre å ta en 2 årig Master of Science Verloskunde ved Academisch Medisch Centrum Universiteit van Amsterdam.

New Zealand

I New Zealand er det siden 1992 vært tilbudt en enhetlig jordmorutdanning på 3 år som fører til Bachelor in Midwifery. Undervisningsprogrammet for utdanning av jordmødre er utviklet i samarbeid mellom brukerne, jordmorprofesjonen (representert ved New Zealand College of Midwives) og utdannings institusjonene.

For mer informasjon om jordmorutdanningen i New Zealand vises det til kap. 7.4.

Utdanningen av jordmødre i New Zealand gir videre tilbud om master program som fører til Master of Midwifery og også doktorgrads program som fører til Doctor of Philosophy / Professional doctorate.

Sverige

Ved Karolinske Institutet i Stockholm tilbys jordmorutdanning på 1 ½ år, hvor opptakskravet er sykepleierutdanning på 3 år, autorisasjon som sykepleier og minst 1 års praksis som sykepleier.

Utdanningen til jordmor gir 90 ECTS poeng og eksamen fører til Graduate Diploma in Midwifery. Dersom studenten vil ta kandidateksamen kreves det at hun tar 1 ½ år til. Eksamen fører til Bachelor of Medical Science in Reproductive and Perinatal Health Care. Studenter ved andre helsfagutdanninger kan også ta denne kandidateksamen.

8.5. Oppsummering og konsekvenser

Kvalitetsreformen – St.meld. nr. 27 (2000-2001) Gjør din plikt – Krev din rett, ble implementert i høyere utdanningsinstitusjoner i Norge høsten 2003. Forandringene den innførte, reflekterte flere av anbefalingene i Bolognaprosessen (Vedlegg 4).

Reformen medførte innføring av et nytt gradssystem med bachelor og mastergrad, Diploma Supplement (Vedlegg), et poeng system basert på ECTS modellen (European Credit Transfer System) som også medført innføringen av et nytt bokstav karaktersystem, med A – E som bestått, F som ikke bestått.

Opprettelsen av NOKUT (Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen) og bedre kvalitetsikring ved utdanningsinstitusjonene er også satsningsområder Kvalitetsreformen innfører, i tråd med Bolognaprosessen. Intensjonene er også at institusjonene skal legge til rette for gode studieløp med bedre yrkesinnretning enn i dag, samt fremme internasjonalt studiesamarbeid med økt student- og lærer mobilitet.

Innføringen av det nye gradssystemet med to hovednivå (two main cycles), bachelorgrad og mastergrad, krever en vellykket fullføring av første nivå bachelorgrad studier på minimum 3 år for å få adgang til andre nivå, mastergrad studier på 2 år. Bachelorgraden som blir tildelt etter første nivå skal også være relevant for det europeiske arbeids marked som et egnet bevis på kvalifikasjons nivå.

Det skilles mellom to typer Master. Den ene kan enten være disiplinbasert (tilsvarende ”gamle” hovedfag) eller yrkesrettet. Studier av denne type skal normalt gi nødvendig grunnlag for forskerutdanning. Det er Universitetene som nå gir denne graden. Høgskolene må søke UFD om godkjenning. Studieprogrammet må i så fall først være kontrollert og revidert av NOKUT.

Den andre forutsettes å være erfaringsbaserte. Det kreves minst to års yrkespraksis for opptak til den. Denne mastergraden gir normalt ikke grunnlag for opptak til forskerutdanning.

I forbindelse med de endringene gradssystemet i Kvalitetsreformen førte med seg, vurderte UFD i to St.meld. i 2000-2001, utdanninger som det var problematisk å innlemme i den nye gradsstrukturen.

I UFDs vurdering av omfanget av utdanningene ble lagt til grunn at flest mulig av studiene skulle inngå i hovedmodellen, med maksimalt 5 år for høyere utdanning.

For å passe inn i den nye gradsstrukturen, hvor mastergraden er en høyere grad som kreves for å utøve en del yrker, ble en del utdanninger bedt om å redusere sitt omfang til 5 år, bl.a. jus-, arkitekt- og teologistudiet.

Medisin, psykologi og veterinærstudiet, utdanninger som i henhold til EØS-avtalen, har egne sektordirektiver som regulerer utdanningens omfang, fikk beholde et utdanningsomfang på 6 år.

Begrunnelsen fra UFD var bl.a. at ”*de kliniske studiene* krever omfattende teoretiske og praktiske ferdigheter i diagnostisering og behandling. Av hensyn til pasient-/klientbehandlingen må slike utdanninger holde så høyt faglig nivå at *uteksaminerte kandidater har høy funksjonsdyktighet.*” ”*Redusert studietid av den kliniske utdanningen vil få negative konsekvenser for funksjonsdyktigheten til de uteksaminerte kandidatene.*”

De andre utdanningene som UFD vurderte var lærerutdanningene. UFD anbefalte at 3-årig førskole-, yrkesfag- og faglærerutdanning skulle gi bachelorgrad. Allmennlærerutdanningen og dagens faglærerutdanning i praktiske og etiske fag, ble fastsatt som 4-årige yrkesutdanninger. Studenten kan få en bachelorgrad etter 3 år, men får undervisningskompetanse først etter 4 år.

Utdanningen av jordmødre reguleres også av EØS-avtalens sektordirektiver. Profesjonsstudiet i jordmorvirksomhet skal gi klinisk kompetanse som grunnlag for autorisasjon til å starte og utøve i det minste den jordmorvirksomhet som er angitt i Rdir. 80/155/EØF Artikkel 4, konf. kap. 6.1.2.

Opplæringen i praktiske ferdigheter i jordmorstudiet er svært tidkrevende, fordi det følger av jordmorfagets egenart at studenten må følge kvinnen over en lang tidsperiode, dvs. med kontinuitet i oppfølging i løpet av svangerskap, fødsel og barseltiden med barn. Det er også et klinisk studium hvor studiet bl.a. må gi omfattende opplæring i diagnostisering og event. øyeblikkelig hjelp behandling av gravide-, fødende- og barselkvinner og det nyfødte barn.

I den nye Rammeplanen på 2 år, er de 80 ukene fordelt med 40 uker teori og 40 uker klinisk undervisning. I den "gamle" jordmorutdanningen hadde jordmorstudentene 28 uker klinisk undervisning, og gjennomførte etter endt utdanning en praktisk tjeneste, turnustjeneste, på 45 uker. Utvalgets vurdering er at den nye utdanningen av jordmødre, som en klinisk utdanning, har fått reduisert den kliniske/praktiske undervisningen og opplæringen med 33 uker. *Den kliniske kompetansen som er grunnlaget for autorisasjon oppnådde studentene tidligere etter en praksisopplæringen på til sammen 73 uker.* Noen jordmorstudenter trengte lengre tid i klinisk praksis enn dette før autorisasjon ble gitt.

Den reduserte kliniske utdanningstiden vil etter utvalgets mening få negative konsekvenser for funksjonsdyktigheten til de uteksaminerte jordmorstudentene.

Utdanningen til jordmor er heller ikke innpasset i det ny gradssystemet for høyere utdanning i Norge.

Utdanningen av jordmødre er nå som følger:

- 3-årig sykepleierutdanning, som gir graden bachelor i sykepleie og autorisasjon som sykepleier,
- 1 års praksis som sykepleier
- 2-årig jordmorutdanning som gir autorisasjon som jordmor, men ingen grad.

For en student som ønsker å bli jordmor tar det altså nå til sammen 6 år for å oppnå autorisasjon som jordmor, men disse 6 årene, eller de til sammen 5 utdanningsårene, gir studenten ingen grad. Reelt vil studenten få to autorisasjoner, en som sykepleier og en som jordmor. Dessuten vil studenten få en bachelorgrad i sykepleie.

Dette utdanningsopplegget - at utdanningen til et autorisert yrke/et fag skal kreve bachelorgrad og autorisasjon innen et annet yrke/fag som opptakskrav, er ikke i tråd med Bolognaprosessen/Kvalitetsreformens intensjoner eller med de endringene som det nye gradssystemet har ført med seg, tvert om.

I henhold til EU-sektordirektiver som regulerer yrkesutøvelsen og utdanningen for jordmødre i EØS-området, så er ikke Norge bundet opp til å ha/innføre denne utdanningsvei for

jordmorstudiet. Norge har full anledning til å velge en annen utdanningsvei for utdanning av jordmødre, en utdanningsvei som kan innpasses i det nye gradssystemet.

En utdanning av jordmødre som er innpasset i gradssystemets nivåer, med bachelor og mastergrad, vil være en enhetlig jordmorutdanning. En slik utdanning ville være i samsvar med utdanning av jordmødre i flere land i Europa, som Norge ønsker å sammenligne seg med, og i flere andre land i verden for øvrig.

Innføringen av Bolognaprosessen i det høyere utdanningssystem i Europa har medført at trenden for utdanning av jordmødre, er etablering av enhetlige jordmorutdanninger som er innpasset i gradssystemet. Denne endringen av utdanningen av jordmødre skjer også i flere og flere land i verden.

Med en enhetlig jordmorutdanning som er innpasset i gradssystemet vil jordmorutdanningen kunne delta i eller dra fordeler av Tuningsprosjektet. Tuningsprosjektet metodikk og metode gir retningslinjer for utarbeidelse av utdanningsprogram og internasjonalt samarbeide. En enhetlig utdanning vil kunne fremme internasjonalt studiesamarbeid med bl.a. økt student- og lærer mobilitet i jordmorutdanningen.

Videre vil en enhetlig utdanning kunne bidra til internasjonalt samarbeide om ”midwifery benchmark statement”, som utgjør vurderings kriterier (eller et rammeverk) for jordmorvirksomhets akademiske og fagspesifikke kompetanser innen a) forventninger til jordmor som fagperson, b) anvendelse av praksis i jordmorvirksomhet/faget, c) fag kunnskap, forståelse og tilknyttede ferdigheter, som er viktig for å underbygge informert, sikker og effektiv praksis i jordmorvirksomhet.

Utdanningen av jordmødre i det høyere utdanningssystemet i Norge i dag, er marginalisert.

Utdanningen til jordmor er den eldste utdanningen for kvinner i Norge. I 134 år var jordmorutdanningen en enhetlig utdanning. I løpet av 53 år er utdanningen blitt utradert som en egen selvstendig utdanning.

Med autorisasjon fra to ulike profesjons utdanninger, hvilken profesjon vil studenten da primært være sosialisert til å utøve?

Jordmorfaget og jordmorvirksomhet er knyttet til den friske kvinnen/familien. Jordmorvirksomhet skiller seg således fra sykepleie med sitt fokus på det friske, og med den grunnleggende forståelse av at svangerskap og fødsel er normale, fysiologiske prosesser.

Sykepleierutdanning og virksomhet er primært rettet mot det syke eller hjelpetrequende menneske.

Norsk fødselshjelp skal legges om. Den skal være desentralisert og differensiert og i henhold til WHO's 10 Prinsipper for perinatal helsetjeneste. Vi står sannsynligvis overfor et *paradigmeskifte i det grunnleggende synet på normal fødsel.*

Tiden er moden for et paradigmeskifte i utdanningen av jordmor.

9. UTVALGETS VURDERING OG INNSTILLING TIL UTDANNINGSMODELL FOR UTDANNING AV JORDMØDRE

9.1. Utvalgets vurdering

Helsetjenesten til kvinner som venter, føder barn og blir mødre skal legges om. Den skal desentraliseres og differensieres. Den skal videre demedikaliseres, være evidens basert, være helhetlig, kulturtilpasset, familiesentrert og involvere kvinnene i beslutningsprosesser, etc.

Vi står sannsynligvis overfor *et paradigmeskifte i synet på normal fødsel*.

Dette paradigmeskifte i synet på normal fødsel vil, når det iverksettes, samsvare med gravide-, fødende- og barselkvinner og nyfødte barns behov, og med det syn jordmødre alltid har hatt, at for en frisk kvinne er graviditet/fødsel er en normal fysiologisk prosess.

Det er utvalgets oppfatning at jordmødre og leger i dag, gjennom utdanning og klinisk praksis, er sosialisert til risikovurdering og verstefallstenkning.

Utvalget mener derfor at utdanningen til jordmødre, og leger, må legges om, slik at sosialiseringen av jordmødre og leger endres fra en medisinske intervensjonstilnærmingen til en mer fysiologisk tilnærming til gravide kvinners fødselsprosess. En slik omlegging vil kreve en betydelig endring av verdier, holdninger, og i kunnskapsgrunnlaget til jordmødre og leger som er involvert i svangerskap-, fødsel- og barselomsorgen.

Denne utdanningen må kvalifisere jordmor til å kunne utøve jordmorvirksomhet på alle nivå i en desentralisert perinatal helsetjeneste, som inkluderer både hjemme, fødestuer og de store fødeinstitusjonene.

Utvalget mener videre at jordmødre skal utdannes i et eget fag og til et eget yrke, en egen virksomhet, i henhold til helsepersonelloven og EØS-avtalens sektordirektiver for jordmødre.

Jordmødre er i dag forhindret fra å utøve sin virksomhet forsvarlig i henhold til helsepersonelloven. Loven har begrenset rekvireringsretten for reseptbelagte legemidler til leger og tannleger, og folketrygdeloven begrenser jordmors henvisning til instanser eller fagkompetanse som utløser refusjon.

Utvalget mener at norske jordmødres jurisdiksjon må omfatte alle faglige oppgaver som er nødvendig for å kunne utøve forsvarlig jordmorvirksomhet i henhold til helsepersonelloven. Norske jordmødres jurisdiksjon må være i samsvar med den jordmødre har i flere andre land.

Den *jordmorvirksomhet* som EØS-avtalens sektordirektiver for jordmødre beskriver mener utvalget at jordmødre må få starte og utøve på et selvstendig grunnlag.

Det er utvalgets oppfatning at utdanningen til jordmor som et minimum må inneholde det teoretiske og kliniske utdanningsprogram som EØS-avtalens sektordirektiver beskriver. Dette innholdet gir indikasjoner på hvilken fag/yrkeskompetanser studenten som et minimum må ha ervervet seg i løpet av utdanningen. Disse gir grunnlag for autorisasjon og for godkjenning og arbeidstillatelse i andre land.

Implementering av Kvalitetsreformen, i de høyere utdanningsinstitusjoner i Norge høsten 2003, medfører store endringer for utdanningene i dette utdanningssystemet.

Den viktigste endringen er innføringen av et nytt gradssystem med to hovednivå som bygger på hverandre, bachelorgrad etter 3 år studium og mastergrad etter 2 år.

Utdanningen til jordmor i Norge i dag passer ikke inn i dette gradssystemet. Det tar nå 6 år for en student som ønsker å bli jordmor å oppnå autorisasjon som jordmor, men disse årene gir henne ingen akademisk grad.

Utvalget mener at dette utdanningsopplegget, hvor utdanningen til et autorisert yrke/et fag krever bachelorgrad og autorisasjon innen et annet yrke/fag som opptakskrav, må endres snarest.

Det er utvalgets oppfatning at opptakskravet til utdanningen til jordmor skal være lik opptakskravet til andre helsefagutdanninger, dvs. være studiekompetanse. Utdanningen skal innpasses i det nye gradssystemets nivåer med bachelor og master, og vil følgelig være en enhetlig utdanning.

Utdanning vil da samsvarer med utdanningen til jordmødre i flere land i Europa, land som Norge ønsker å sammenligne seg med. Trenden i Europa og i flere andre land i verden, er en omlegging og endring av jordmorutdanningen, slik at den passer inn i det nye gradssystemet.

Innholdet i utdanningsprogrammet for utdanningen til jordmor må, etter utvalgets oppfatning, som et minimum kvalifisere jordmorstudentene i de akademiske og fagspesifikke kompetansene som ICM og Midwifery Benchmark Statement beskriver.

Om tre år er utdanning til jordmor 190 år. Det er den eldste utdanningen for kvinner i Norge. I 134 år av disse årene har jordmorutdanningen vært en enhetlig utdanning.

Det er utvalgets mening at tiden er moden for et paradigmeskifte i utdanningen til jordmor.

Utvalget fremmer derfor forslag om en enhetlig jordmorutdanning på 4 år.

9.2.En 4-årig enhetlig jordmorutdanning

Et Rammeverk som inneholder forslag til utdanningsvei for jordmødre, fra enhetlig grunnutdanning til PhD, og forslag til en rammeplan for en 4 års Bachelorgrad i jordmorfaget, følger Utredningen som eget dokument.

Denne enhetlige jordmorutdanning vil gi en bachelorgrad etter 3 år og kompetanse for jordmorvirksomhet på selvstendig grunnlag etter 4 år.

Utdanningens lengde vil være 160 uker og gi en utdanning på 240 ECTS. Det vil igjen gi en teoretisk og klinisk utdanning med 80 uker på hver, dvs. 120 ECTS.

Denne utdanningen gir grunnlag for påbygning til mastergrad og videre til en PhD i jordmorfaget.

9.3. –faglige konsekvenser

Utvalget mener at denne lengden på den teoretiske og kliniske utdanningen i utdanningsprogrammet er grunnleggende for jordmorstudenten, for jordmorstudiet skal gi henne akademisk, faglig og klinisk kompetanse som grunnlag for autorisasjon som jordmor.

Det er utvalgets oppfatning, at spesielt opplæring i praktiske ferdigheter av betydning for funksjonsdyktigheten til de uteksaminert jordmorstudentene, er tidkrevende. Jordmorfagets egenart medfører at jordmorstudenten må gi kontinuitet i oppfølging av kvinnen over lang tid, gjennom svangerskapet, fødselen og barseltiden. Studiet krever videre omfattende opplæring i å fremme kvinnens graviditet/fødsel som en normal fysiologisk prosess, å gi kvinnen en-til-en kontakt, å inngå partnerskap med kvinnen, å gi evidensbasert praksis, samt opplæring i diagnostisering av avvik/komplikasjoner og i å yte øyeblikkelig hjelp behandling.

Tidligere oppnådde studenten den kliniske kompetansen etter en klinisk praksisopplæring på til sammen 73 – 75 uker. Noen jordmorstudenter trengte lengre tid enn det.

Det er videre utvalget oppfatning at en enhetlig jordmorutdanning vil sosialisere studenten til jordmoryrket fra første dag. Sosialiseringprosessen til jordmoryrket/jordmorvirksomhet vil foregå gjennom hele utdanningen og styrke jordmoridentitet og profesjons tilhørighet. Den faglig orienteringen vil være konsentrert mot at for en frisk, sunn kvinne er svangerskap, fødsel, barseltid med nyfødt barn en normal fysiologisk prosess. De teoretiske og kliniske studiene vil bli integrert over tid, noe som vil gi grunnlag for faglig trygghet og bevissthet om egen kompetanse. Utdanningen vil bli målrettet mot jordmorfaget og jordmorvirksomhet, noe som vil gi studenten økt kompetanse og funksjonsdyktighet.

9.4.–organisatoriske/ strukturelle og administrative konsekvenser

Utvalgets forslag om en utdanningsvei for jordmødre fra bachelor til PhD, vil føre til at jordmorutdanningen kan bli en grunnutdanning i høgskolesystemet. Jordmorutdanningen kan bli synlig som eget fag, med egen jordmorvirksomhet som krever funksjonsdyktige jordmødre etter endt utdanning.

Det er utvalgets oppfatning at undervisningspersonalet ved jordmorutdanningen må ha høyere utdanning innen jordmorfaget eller event. innen andre relevante fagområder, samt pedagogisk kompetanse.

Utvalget mener videre at fast ansatte bør ha minst 20 % praksis integrert i sitt arbeide. Dette gir kun kliniske studier på universitetsnivå mulighet til. Det er også universitet som gir mastergrader. Høgskolene må søke UFD om å få etablere mastergrad studier.

Det er utvalgets oppfatning at det jordmorfaglige miljø i dag ikke oppfyller myndighetenes Forskrifts krav for mastergradsstudier. Vårt fagmiljø har i dag for få kompetente fagpersoner til å undervis på dette nivå, som krever at flertallet av de ansatte i faglige stillinger må ha førstestillings kompetanse hvorav minst 25 % med professor kompetanse. Utvalget er kjent med at flere jordmødre holder på med PhD studier, noe som skulle gi muligheter for jordmorfagets fremtidige utvikling og posisjon i det høyere utdanningssystem.

Utdanning av jordmødre på mastergrads nivå omfatter også krav til kompetansen til veiledningsjordmødre i praksis. Som et minimum må de være erfarne jordmødre med

pedagogisk kompetanse. Det er utvalgets oppfatning at praksisfeltet må oppmuntres til å tilsette jordmødre med utdanning av høyere grad.

Organiseringen av norsk høyere utdanning er i dag atskilt i utdanninger på høyskole- og universitetsnivå. Utvalget har den oppfatningen at trenden går mot en sammenslåing av disse to nivåene til et nivå –universitetsnivået, i nær fremtid.

9.4. – økonomiske konsekvenser

Det er umulig for utvalget å kostnadsberegne hva en omlegging av jordmorutdanningen vil medføre. Det er for mange økonomiske forhold som her vil spille inn. En 4 års helhetlig jordmorutdanning må koste mindre enn en 5 års utdanning – som ikke gir studenten noen grad.

Erfaringer fra andre land, bl.a. fra England, viser at det er samfunnsøkonomisk lønnsomt med en enhetlig jordmorutdanning.

Det er utvalgets oppfatning at en beregning av økonomiske konsekvenser også må inkludere forhold som vedrører fremtidige studenter.

Det er utvalgets mening at en enhetlig jordmorutdanning, som gir en bachelor grad etter 3 år og en yrkeskompetanse etter 4 år, vil virke rekrutterende på ungdom som ønsker og har lyst å bli jordmor. Det vil være en utdanning som vil gi denne ungdommen en utdanning på lik linje med andre profesjonsutdanninger.

Ungdommen vil være i en annen livssituasjon enn dagens jordmorstudenter, som er i en fase i livet hvor egne svangerskap samt omsorg for egne barn er sentralt i deres livssituasjon.

Med det utdanningssystemet som utvikler seg innen høyere utdanning i Europa i dag, vil ungdom i årene som kommer velge seg et yrke innen høyere utdanning som både gir en gradsuttelling og en yrkeskompetanse, samt muligheter for videre kompetanseervervelse innen yrket, som mastergrad og PhD.

Utvalgets forslag om en utdanningsvei for jordmødre fra bachelor til PhD vil gjøre det attraktivt for interessert ungdom å velge jordmorutdanningen.

9.6. - overgangsordning for sykepleiere

Det er utvalgets oppfatning at sykepleierutdanning, og andre helsefaglige utdanninger, er realkompetanse som skal vurderes og gi mulighet for bachelor i jordmorfaget innenfor en kortere tidsramme enn stipulert studietid på 4 år.

10. UTVALGETS VIDERE ANBEFALINGER TIL DNJ

Utvalgets medlemmer er klar over at anbefalingene som følger ikke er omfattet av mandatet vi ble gitt. Men arbeidet med denne saken har gitt oss kunnskap og innsikt som gjør at vi anser det som nødvendig å komme med følgende anbefalinger til Den Norske Jordmorforening:

1. Medlemmene i Den Norske Jordmorforening *må ta selvkritikk* når det gjelder tidligere anbefalt jordmorutdanning. Vi har ikke tatt tilstrekkelig hensyn til den omfattende reduksjonen i den kliniske utdanningen til jordmorstudentene/kandidatene som ville skje ved fjernelse av turnusåret. Turnustjenesten på 45 uker ga jordmorstudenten, sammen med den klinisk undervisningen og opplæring i jordmorutdanningen, den klinisk opplæringen og praktiske erfaringen som var et minimum for å oppnå funksjonsdyktighet før autorisasjon.
2. Standarder for forsvarlig oppfølging og hjelp i jordmorvirksomhet må drøftes av medlemmene i DNJ og grunnlegges på en konsensus blant dem. Disse standardene vil spille en viktig rolle i defineringen av hva som skal ses som god praksis (Ohnstad 2004, NOU 1993: 33, Fitness for practice 1999, ICM 2002).
3. DNJ må arbeide for at helsemyndighetene implementerer retten jordmødre har, i henhold til EØS-avtalens sektordirektiver for jordmødre, til å etablere og utøve jordmorvirksomhet på selvstendig grunnlag (Rdir. 80/155 Artikkel 4).
4. DNJ må arbeide for at helsemyndighetene fastsetter de faglig oppgaver som hører inn under jordmors jurisdiksjon, slik at hun kan utøve sin virksomhet forsvarlig i henhold til helsepersonelloven.
5. DNJ må etablere formelt samarbeid med relevante kvinneorganisasjoner. DNJ vil være avhengig av brukerstøtte for å få gjennomført endringen i utdanningen av jordmødre (NZCOM).
6. DNJ må avklare om de endringer som skjer, både i den perinatale helsetjenesten og i høyere utdanningssystem, vil gjøre det nødvendig å etablere etter- og videreutdanning for jordmødre, eks. i en bachelorgrad eller i andre praksisrettende områder som kan gi uttelling i ECTS.
7. DNJ må arbeide for at jordmødre i praksis får undervisning og veiledning av jordmorstudenter inkludert i sitt arbeid og ikke har denne viktige funksjonen som et tillegg. Om det skal gis kompensasjon til praksisveiledere må avklares mellom arbeidsgiver og organisasjonene, er det hevdet i en interdepartemental (UFD og HD) arbeidsgruppe rapport av januar 2003 (HD 2003).
8. DNJ må, når tiden er moden, ta kontakt med NSF. I henhold til begge fagenes historie og den nasjonale og internasjonale utvikling innen begge, må det endelig fastsettes at jordmorvirksomhet og sykepleie er to atskilte og forskjellige fag og profesjoner.
9. DNJ må vurdere om Autorisasjonsmyndighetenes krav for autorisasjon av jordmor skal være mer konkret og detaljert, enn kun være, som nå er tilfelle, vitnemålet om bestått eksamen i jordmorfag fra høgskolen. Andre land, som Norge ønsker å

sammenligne seg med, har flere grunnleggende og nødvendige krav som jordmødre som søker autorisasjon må oppfylle, før autorisasjon innvilges – og også opprettholdes.

10. NJ må anbefale/kreve at HOD / UFD evaluerer den 2-årig jordmorutdanningen uten turnustjeneste.

11. DNJ må utvide/endre organisasjonens Fagavdeling til en Utdanning og fagavdeling. Med en enhetlig jordmorutdanning vil DNJ og utdanningsinstitusjonene få et mer nært og betyningsfullt samarbeide.

Litteraturliste

- Avtale om Det europeiske økonomiske samarbeidsområde Særskilt vedlegg nr. 1 til St.prop.nr.100 (1991-92) Om samtykke til ratifisering av Avtalen
- Backe, Bjørn et al. Evaluering av svangerskapsomsorgen, NIS-Rapport 3/1991.
- Backe, Bjørn et al. Desentralisert og differensiert fødselshjelp – et paradigmeskifte Tidsskr Nor Lægeforen nr 5, 2005; 125:606-7
- Bendvold, Erik Født av mor, Grøndahl & Søn A.S., Oslo 1991.
- Bergsjø, Per et al. Lærebok i obstetikk, Universitetsforlaget AS, Oslo 1987.
- Bergsjø, Per et al. Svangerskapsomsorg i Allmennpraksis, Universitetsforlaget, Oslo 1985, 1991.
- Bergsjø, Per et al. Obstetikk, Universitetsforlaget AS, Oslo 1993.
- Blom, Ida “Den haarde Dyst”, J.W.Cappelens Forlag a.s., Oslo 1988.
- Brev av 16.10.2001 fra Sosial- og helsedepartementet til Kirke-, utdannings- og Forskningsdepartementet om fremtidig jordmorutdanning
- Bournemouth University Institute of Health and Community Studies, England.
- Campbell, R., Macfarlane, A. Where to be born? The debat and the evidence, NPEU, Oxford, 1994.
- Chalmers, B., Mangiaterra, v. & Porter, R., WHO Principles of Perinatal Care: The Essential Antenatal, Perinatal, and Postpartum Care Course, Birth 28:3, 2001, Norsk oversettelse v/DNJ
- Chalmers, I., Enkin, M. and Keirse, M.J.N.C. Effective Care in Pregnancy and Childbirth, Volum 1 & 2, Oxford University Press, Oxford 1989.
- Changing Childbirth Part I: Report of the Expert Maternity Group, Department of Health, HMSO; London 1993.
- CRE Confederations of EU Rectors`Conferences and the Association of European Universities, The Bologna Declaration on the European space for higher education: an explanation, February 2000.
- Danmarks Jordmoderskole, København 2001, Professionsbachelor i Jordmorkundskap, Bachelor Degree in Midwifery (B.M.)
- Davis-Floyd, Robbie Daughter of time: *the post-modern midwife*, MIDIRS Midwifery Digest 15:1 2005.

- Department of Health (DH): Delivering the Best Midwives Contribution to the NHS Plan, Department of Health 2003.
- DNJ's utredning om mødrehelsetjenesten mot år 2000 Helhetlig jordmørtjeneste – en omsorgskjede uten svake ledd, Oslo 15. april 1993.
- Downe; Soo (edit.) Normal Childbirth evidence and debate, Churchill Livingstone, London mfl., 2004.
- Endresen, Eli Heiberg For sikkerhets skyld. Rutiner og ritualer i svangerskapsomsorgen. Hovedoppgave i sosialantropologi, Universitetet i Oslo, Våren 1986.
- Enkin, Murray W. Risk in Pregnancy: The Reality, the Perception, and the Concept, Birth 21:3, September 1994.
- ECTS – European Credit Transfer System, www.europa.eu.int/comm/education
- Faglige krav til fødeinstitusjoner, Statens helsetilsyn 1997, IK-2565
- Fagplan for jordmorutdanningen, Studieåret 2002-2003, Avdeling for helse og sosialfag, Høgskolen i Bergen.
- Fastvold, Marianne Fødsels- og omsorgsrett for foreldre, Grøndahl & Søn Forlag A/S, Oslo 1990.
- “Fitness for Practice”, United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting The UKCC for Nursing and Midwifery Education, 1999.
- Flint, Caroline, Poulengeris, Polly The “Know Your Midwife” Report, London 1987.
- Forskrift av 17. november 1980 om utdanningen av jordmødre
- Forskrift av 21. desember 2000 om autorisasjon m.v. av helsepersonell i henhold til avtalen om Det europeiske økonomiske samarbeidsområde (EØS-avtalen)
- Forskrift av 21. desember 2000 om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for helsepersonell
- Forskrift av 27. april 1998 om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek, med endring som trådte i kraft 1. juni 2002
- Fylkeslegen i Hordaland Evaluering av turnustjenesten for jordmorkandidater, Rapport fra en arbeidsgruppe, 1997.
- Fødsel i Fokus, Forbrukerorganisasjon for fødende, Medlemsblad 1985-1988.
- Guilliland, Karen & Pairman, Sally The Midwifery Partnership: A modell for praictice, Department of Nursing and Midwifery, Monograph Series 95/1, Victoria University of Wellington, New Zealand, 1995.

Haram, Kjell og Bergsjø, Per (red.) Jordmorutdanning og kvinneklinikk, 125 års jubileumsskrift for Bergen Jordmorhøgskole og Kvinneklinikken, Publikasjon fra Bergen Jordmorhøgskole, Bergen 1987.

Helsedepartementet Praksisopplæring i spesialisthelsetjenesten, Arbeidsgrupperapport, Januar 2003.

Illich, Ivan Medisinsk nemesis, Gyldendal Norsk Forlag, Oslo 1975.

Inst.S.nr. 300 (2000-2001)

Internasjonalisering ved Avdeling for helse- og sosialfag, Høgskolen i Bergen, Vår 2002

International Midwifery Journal of the International Confederation of Midwives, Volum 15-Number 2, March/April 2002, s. 12-13.

Jowitt, Margaret Small Change Midwifery Matters, Issue No. 77, 1998.

Kitzinger, Sheila Childbirth and society, In: Chalmers, I., Enkin, M. and Keirse, M.J.N.C. Effective Care in Pregnancy and Childbirth, Volum 1, Oxford University Press, Oxford 1989.

Kjølsrød, Lise Jordmor der mor bor? – En sosiologisk studie av jordmoryrket etter 1945, Institutt for sosiologi, Universitet i Oslo, 1992

Larsen, K-E, Bakketeig LS, Bergsjø P., Finne PH. Perinatal service i Norge i 1970-årene, NIS-rapport 6/81, Trondheim 1981.

Legkvinnekonferanse om fødsels- og barselomsorgen Statens helsetilsyn 1999 IK-2691.

Lind, B. & Hoel, T.M. Allivation of Labor Pain in Norway, Acta Obstet Gynecol Scand 68: 125-129, 1989.

Lindmark, Gunilla og Cnattingius, Sven: Bättre individ-anpassing i framtidens mödravård. Rutinkontroller vilar på svag vitenskaplig grund. Lækartidningen- Volum 88-Nr.5-1991.

Lov av 19. desember 1898 om Jordmødre

Lov av 13. juni 1980 om leger

Lov av 13. juni 1980 om tannleger.

Lov av 19. november 1982 om helsetjenesten i kommunene, endring 1995

Lov av 26. april 1985 nr. 23 om jordmødre

Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)

Lov av 12. mai 1995 nr. 22, i kraft 01.01.1996, om universiteter og høyskoler.

Martin, Emily *The Woman in The Body*, Bacon Press, Boston 1987.

Mastergrad i Helsefag for ergoterapeuter, fysioterapeuter, radiografer, vernepleiere og sykepleiere, Foreløpig utkast til Studieplan, Avdeling for sykepleie og helsefag Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Tromsø, i samarbeid med Avdeling for helsefag, Høgskolen Tromsø, 2002

Mead, Marianne *Midwives`practices in 11 UK maternity units*, In: Downe; Soo (edit.) *Normal Childbirth evidence and debate*, Churchill Livingstone, London mfl., 2004.

MIDIRS *News and Views Women who give birth “naturally” now in the minority*
Source: Laurance, J. in *The Independent*, 20 May 2003.

Midlertidige vilkår for utdanning av jordmødre, fastsatt av Sosialdepartementet 15. mars 1969, i henhold til Lov av 8. januar 1960 om utdanning og offentlig godkjenning avsykepleiere § 1 og bestemmelser om bevilling i henhold til Lov om jordmødre av 19. desember 1898 § 1.

NAIC *National academic information centre, Informasjonssenter for internasjonal utdanning, Godkjenningsmanual for godkjenningsinstanser, Kap. 2.*

New Zealand College of Midwives, *Midwifery Bachelor Degree Programmes – 3 years; Master of Midwifery – 2 years.*

Nilsen, S.T., Daltveit, A.K., Irgens, L.M. *Fødeinstitusjoner og fødsler I Norge I 1990-årene*
Tidsskr. Nor Lægeforen nr. 27, 2001: 121:3208-12-

NOKUT *Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen, Forskrift om kriterier for akkreditering av institusjoner og standarder og kriterier for akkreditering av studietilbud i norsk høgere utdanning, gjeldende fra 02.01.03.*

Norgesnettrådet – *Informasjon for vurdering av Mastergrader*

NOU 1984: 17 *Perinatal omsorg i Norge Helsearbeid blant svangre og fødende kvinner samt nyfødte barn*, Universitetsforlaget, Oslo.

NOU 1993: 33 *Helsepersonells rettigheter og plikter Utkast til lov med motiver*, Sosialdepartementet, 1993.

NZCOM, *New Zealand College of Midwives, 2005: Midwifery: an independent profession*, www.midwife.org.nz

Nyborg, Per *Et globalt utdanningsmarked – utfordringer og muligheter* Universitets- og høyskolerådet, Representantskapet, 28 mai 2002.

Oakley, Ann *Cross-kultural Practices*, In: Chard Tim, Richards Martin *Benefits and Hazards*

- of The New Obstetrics, Spastics International Medical Publications, London 1977.
- Oakley, Ann Social support and Motherhood, Blackwell, Oxford UK & Cambridge USA 1992
- Oakley Ann, Houd Susanne Helpers in Childbirth Midwifery Today, Published on behalf of the World Health Organization, Regional Office for Europe by Hemisphere Publishing Corporation 1990.
- O`Connor, Marie Midwifery for All or Midwifery for None? Midwifery Matters, Issue. No 87, 2000, www.radmid.demon.co.uk
- Ohnstad, Bente Helsepersonells juridiske ansvar. Ad Notam Gyldendal, Oslo 1995
- Ohnstad, Bente Jordmoransvaret, Den Norske Jordmorforening, Oslo 2004
- Oppsummering av landsomfattende tilsyn med fødeinstitusjoner i 2004 Rapport fra Helsetilsynet 11/2004
- Ot.prop.nr. 70 (1991-92)endringer av visse andre lover som følge av EØS
- QAAHE Quality Assurance for Higher Education, Midwifery Benchmark Statement, England 2001.
- Rasmussen, I.M. Kvinners opplevelser og vurdering av svangerskaps- fødselshelsetjenesten. En evaluering av perinatal helsetjeneste, Hovedfagsoppgave, Universitet i Bergen, 1999
- Raphael-Leff, Joan Psychological processes of Childbearing, Chapman and Hall, London 1991.
- ”Realising the European Higher Education Area”, Communiqué of the Conference of Ministers responsible for Higher Education in Berlin on 19 september 2003.
- Recognitton of diplomas in the European Union, www.europa.eu.int/comm/education
- Retningslinjer for svangerskapsomsorgen – høringsutgave, Sosial- og helsedirektoratet, 07/2004
- Rockenschaub, Alfred Technology-free obstetrics at the Semmelweis Clinic, MISIRS, Nr. 14, Aug. 1990.
- Rådskdirektiv av 21. januar 1980 om gjensidig godkjenning av diplomer, eksamensbevis og andre kvalifikasjonsbevis for jordmødre, herunder tiltak som skal lette faktisk utøvelse av etableringsretten og adgang til å yte tjenester, dir. 80/154/EØF
- Rådskdirektiv av 21. januar 1980 om samordning av lover og forskrifter om adgangen til å starte og utøve jordmorvirksomhet, dir. 80/155/EØF

Rådsdirektiv av 30. oktober 1989 om endring av direktiv 80/154/EØF m.fl. om gjensidig godkjenning av diplomer, eksamensbevis og andre kvalifikasjonsbevis for henholdsvis jordmødre, m.fl. samt direktiv 80/155/EØF m.fl. om samordning av lover og forskrifter om virksomhet som jordmor, m.fl., dir. 89/594/EØF

Sandvik, Gunnhild Blåka Fra distriktsjordmor til institusjonsjordmor, Fremveksten av en profesjon og en profesjonsutdanning, Doktoravhandling Institutt for Praktisk Pedagogikk, Psykologisk Fakultet, Universitetet i Bergen 1995.

Sandall, Jane Promoting normal birth: weighing the evidence. In: Downe, Soo (Edit.) Normal Childbirth evidence and debate, Churchill Livingstone, London 2004.

Savage, Wendy A Savage Enquiry Who controls childbirth? Virago Press Limited 1986.

Schmidt, Nina og Roland, Brit Svangerskap og Fødselshjelp på andre siden av jorden Anno 2004, Tidsskrift for jordmødre, Nr. 5, 2004

Schan, Pat Lost In a Maze Midwifery Matters, Issue no. 77, 1998.

Shallow, Helene Connection and disconnection: Experiences of integration British Journal of Midwifery, February 2001, vol 9, no 2.

Sosial- og helsedepartementet, Juli 1997. Høringsnotat Lov om helsepersonell m.v.

Sosialdepartementets Forskrift for utdanning av jordmødre av 17. november 1980

Sosial- og helsedirektoratet Retningslinjer for svangerskapsomsorgen – høringsutgave, 17.08.2004

Statens helsetilsyn Turnustjenesteordningen i jordmorutanningen Rapport fra arbeidsgruppe etablert av Statenshelsetilsyn, Mars 1998.

Statens helsetilsyns veiledningsserie 5-95. Veileder i svangerskapsomsorgen i kommunehelsetjenesten. Statens helsetilsyn, Oslo 1995.

Statens helsetilsyns utredningsserie 1-97. Faglige krav til fødeinstitusjoner, Statens helsetilsyn 1996.

Statens helsetilsyns Legkvinnekonferansen om fødsel- og barselomsorgen Gran på Hadeland Torsdag 9. og fredag 10. september 1999.

St.prop.nr.100 (1991-92) Om samtykke til ratifisering av Avtale om Det europeiske Økonomiske Samarbeidsområde (EØS)

St.meld. nr. 27 (2000-2001) *Gjør din plikt –Krev din rett* Kvalitetsreform av høyere Utdanning

St.meld. nr. 11 (2001-2002) Kvalitetsreformen. Om vurdering av enkelte unntak fra gradsstrukturen i høyere utanning.

St.meld. nr. 16 (2001-2002) Kvalitetsreformen. Om ny lærerutanning. Mangfoldig – krevende – relevant.

The Aachen Declaratin On Midwifery for All, 1st European Congress for Out-of-Hospital Birth, Achen, Germany, 15. juni 2001

Tilsynsrapport fra Helsetilsynet Oppsummering av landsomfattende tilsyn med fødeinstitusjoner i 2004, 11/2004.

Torgersen, Ulf Profesjonssosiolog, Universitetsforlaget, Oslo 1972.

Utdannings- og forskningsdepartementet, The Bologna Precess from a Norwegian Perspective Towards a European Higher Education Area, 2005.

Utdannings- og forskningsdepartementet, Forskrift om krav til mastergrad av 02.07.2002.

University of Brighton, England 2002, Midwifery – 3 years, Full time, Bachelor degree; Midwifery – 18 months, Full time, Bachelor degree.

WHO`s ”Safe Motherhood Initiativ” Care in Normal Birth, a practical guide, Geneve 1996

WHO`s Rapport. Having a baby in Europe, Public Health in Europe 26, WHO 1985

WHO Joint Interregional Conference on Appropriate Technology for Birth, Brazil April 1985, Summary Report.

Innledning:

ICM mål er å bedre standarden i den oppfølging, hjelp og tjeneste som gis kvinner, spebarn, familier over hele verden, gjennom utvikling, utdanning og hensiktsmessig bruk av den profesjonelle jordmor. I samsvar med sine mål for kvinners helse og med fokus på jordmor fremsetter ICM følgende kode for å veilede jordmødrenes utdanning, praksis og forskning. Denne koden erkjenner at kvinner som personer søker rettferdighet for alle mennesker og lik tilgjengelighet til helsetjenester. Den er basert på et gjensidig forhold av respekt, tillit og verdighet for alle medlemmer av samfunnet.

KODEN

I. Jordmorfaglige Forhold

- a. Jordmødre respekterer en kvinnes rett til informert valg og fremmer kvinnens akseptering av sitt ansvar for resultatene av de valg hun gjør
- b. Jordmødre samarbeider med kvinner idet de støtter deres rett til å delta aktivt i beslutninger som angår den oppfølging, hjelp og tjeneste de mottar. Jordmødre arbeider for at kvinner skal erverve seg styrke til å gi uttrykk for sine meninger i saker som påvirker kvinners og deres familiers helse i deres kultur og samfunn.
- c. Jordmødre, sammen med kvinner, arbeider med politiske og bevilgende myndigheter for å definere kvinners behov for helsetjenester, og for å sikre at ressursene er riktig fordelt med hensyn til prioritering og tilgjengelighet.
- d. Jordmødre støtter og hjelper hverandre i deres profesjonelle roller og gir aktivt næring til egen og andres følelse av egenverd.
- e. Jordmødre samarbeider med annet helsepersonell, de konsulterer og henviser når det er nødvendig i de tilfeller kvinnens behov for oppfølging, hjelp og tjeneste overskrider jordmor kompetanse.
- f. Jordmødre vedkjenner seg den mellommenneskelige avhengighet innen sitt praksis område og søker aktivt å løse konflikter som kan oppstå.

II. Jordmorpraksis

- a. Jordmødre gir oppfølging, hjelp og tjeneste til kvinner og vordende familier med respekt for kulturell forskjeller, samtidig som de arbeider for å eliminere skadelige praksis innen ulike kulturer.
- b. Jordmødre oppfordrer kvinnene til å ha realistiske forventninger til fødselen innen egen kultur og samfunn, med en minimums forventning om at ingen kvinne skal bli skadet på grunn av konsepsjon, svangerskap eller fødsel.
- c. Jordmødre bruker sin faglige kunnskap for å sikre trygg fødepraksis i alle miljøer og alle kulturer.
- d. Jordmødre svarer på kvinnenes psykologiske, fysiske, emosjonelle og åndelige behov når de søker helsetjeneste, uansett deres livssituasjon.
- e. Jordmødre opptre som effektive forbilder i å fremme helse for kvinnene gjennom hele deres livssyklus, samt for familier og for annet helsepersonell.
- f. Jordmødre søker aktivt personlig, intellektuell og faglig vekst gjennom hele sin jordmor karriere, og integrer denne veksten i sin jordmor praksis.

III. Jordmødres Faglige Ansvar

- a. *Jordmødre behandler klientens informasjon konfidensielt for å ivareta klientens rett til privatliv, og bruker skjønn vedrørende å dele denne informasjonen med andre.*
- b. *Jordmødre er ansvarlig for sine beslutninger og handlinger, og er ansvarlig for resultatet av sin oppfølging, hjelp og tjeneste til kvinnene.*
- c. *Jordmødre kan nekte å delta i aktiviteter som de har alvorlige moralske innvendinger mot. Imidlertid skal ikke vektleggingen av personlig samvittighet føre til at kvinnene fratås livsviktige helsetjenester.*
- d. *Jordmødre deltar i utviklingen og implementeringen av en helsepolitikk som fremmer helsen til alle kvinner og vordende familier.*

IV. Utvikling av Jordmorfaglig Kunnskap og Praksis

- a. *Jordmødre må sikre at utviklingen av jordmorfaglig kunnskap er basert på aktiviteter som beskytter kvinners rettighet som mennesker.*
- b. *Jordmødre utvikler og deler jordmorfaglig kunnskap gjennom forskjellige prosesser, som "peer review" og forskning.*
- c. *Jordmødre deltar i den formelle utdanningen av jordmorstudenter og jordmødre.*

6. Mai 1993.

ICM envisions a world where:

- women are respected and treated as persons in their own right in all societies
- Women stand as equal partners with men in the world order women are recognised as crucial to the health of any nation
- Women and their families are part of a health care system with high quality care and easy access when needed
- Women have the right to choose from among safe options for care throughout their lives, including high quality, state-of-the-art care from competent providers who truly care about the woman and her health
- Women are educated and empowered to delight in a strong sense of self, to trust their bodies, to plan their pregnancies, and to make wise choices in their health care arena
- Women experience a reasonable standard of living, including a clean and safe environment, healthy food, and a reasonable place to live
- No woman has to fear for her life or the life of her baby when she is pregnant
- Women believe that birth is normal and prefer to avoid unnecessary intervention

ICM - The vision for the future of midwifery

ICM envisions the following about the future of midwifery in the world:

- Midwives provide care in all settings and for all women who need midwifery care
- Midwives are well-qualified and remain competent and caring throughout their careers
- Midwives are autonomous health care providers who value team work in providing the total needs of women and their families
- Midwives are recognised for their activities of self-governance, including standards of practice, core competencies, codes of ethics, ongoing quality assessment and valid credentialling systems
- Midwifery education is available through a variety of routes and based on core competencies related to the needs of the country/area where the midwife is prepared
- Midwives are, and have to stay, responsible for their own training and education
- All qualified midwives are able to practice in keeping with their educational preparation and experience
- Midwives are recognised as the experts in the care of childbearing women and linchpins in any Safe Motherhood effort
- Midwives play a key role in determining the future of health care, including community-based primary health care for women and families
- Midwives are an integral part of any regulatory agency assigning the task of promulgating and enforcing rules and regulations governing midwifery practice
- Midwives are involved in research and policy work that validates and promotes midwifery care to the public
- Midwives believe that menstruation, pregnancy, birth and menopause are normal life events and rarely require medical intervention
- Midwives work with women to design a women-responsive health care system

Adopted by the International Confederation of Midwives at Council May 1996, Oslo, Norway Reinforced by the International Council in May 1999, Manila, the Philippines

WHO`s 10 prinsipper for perinatal helsetjeneste:

1. *Demedikalisering av normale fødsler*

Den grunnleggende fødselsomsorgen skal gis med kun de helt nødvendige inngrep, og med minst mulig bruk av teknologi.

2. *Redusere unødig bruk av avansert teknologi i fødselsomsorgen*

Bruk av avansert og komplisert teknologi bør ikke brukes der enklere prosedyrer vil fungere like bra eller bedre.

3. *Kunnskapsbasert*

Omsorgen bør være basert på beste tilgjengelig kunnskap, fortrinnsvis kunnskap fra randomiserte studier der det er hensiktsmessig.

4. *Desentralisert*

Omsorgen bør være desentralisert og organisert etter prinsippet om lavest effektive omsorgsnivå, med utgangspunkt i primærhelsetjenesten, med henvisningsmuligheter til spesialisttjenesten.

5. *Tverrfaglig*

Omsorgen bør være tverrfaglig og involvere helsearbeidere som bla jordmødre, obstetrikere, neonatologer og sykepleiere.

6. *Helhetlig*

Omsorgen bør omfatte hele mennesket; de intellektuelle, følelsesmessige, sosiale og kulturelle behov kvinnene, barna og familien har, ikke bare deres fysiske behov.

7. *Familiefokusert*

Omsorgen bør rettes inn for å møte behovene ikke bare for kvinnen og barnet, men også for kvinnens partner og for deres familie/ venner.

8. *Kulturtilpasset*

Omsorgen bør vurderes og tilpasses ut fra hva som passer best i den kulturelle sammenhengen den gis.

9. *Medbestemmelse*

Kvinner bør involveres i beslutningsprosessene.

10. *Respekt*

Omsorgen bør avspeile respekt for kvinners private sfære og hennes integritet, samt retten til konfidensiell behandling.

VEDLEGG 4.

Bologna deklarasjonen

Bologna deklarasjonen av 1999, også kalt Bologna prosessen, krever at det innen 2010 skal være etablert en sammenhengende, overensstemmende og konkurrerende European Higher Education Area.

Med Bologna-prosessen er det nå etablert en samarbeidsprosess innen høyere utdanning i Europa som er både politisk og institusjonell, idet ministre og representanter fra CRE – Confederation of EU Rectors Conferenses and the Association of European Universities – fra 29 land, inklusiv Norge, har blitt enig om å arbeide mot og å implementere følgende mål

1. Adoption of a system of easily readable and comparable degrees,
Also through the implementation of the Diploma Supplement, in order to promote European citizen employability and the international competitiveness of the European higher education system;
2. Adoption of a system essentially based on two cycles, undergraduate and graduate. Access to the second cycle shall require successful completion of first cycle studies, lasting a minimum of three years. The degree awarded after the first cycle shall also be relevant to the European labor market as an appropriate level of qualification. The second cycle should lead to the master (and/or doctorate) degree as in many European countries;
3. Establishment of a system of credits – such as in the ECTS system – as a proper means of promoting the most widespread student mobility. Credits could also be acquired in non-higher education contexts, including lifelong learning, provided they are recognised by the receiving universities concerned;
4. Promotion of mobility by overcoming obstacles to effective exercise of free movement with particular attention to
for students, access to study and training opportunities and to related services;
for teacher, researchers and administrative staff, recognition and valorisation of periods spent in European context researching, teaching and training, without prejudicing their statutory rights;
5. Promotion of European co-operation in quality assurance
with a view to developing comparable criteria and methodologies;
6. Promotion of the European dimension in higher education,
particularly with regards to curricular development, inter-institutional co-operation, mobility schemes and integrated programmes of study, training and research.

Berlin Kommunikèet

Den første oppfølgings konferansen etter Bologna Deklarasjonen, ble holdt i Praha i mai 2001. Ministre ansvarlig for Høyere utdanning i 29 land økte antall mål i Bologna Deklarasjonen og bekreftet på ny sin tilslutning til å etablere European Higher Education Area innen 2010. I september 2003 møttes Ministre med ansvar for høyere utdanning fra 33 land i Europa, i Berlin for å vurdere hvilke fremgang Bologna prosessen hadde oppnådd og for å sette prioritinger og nye mål for de kommende år. De ble enige om en del prinsipper og prioritinger. Bl.a. ble det lagt stor vekt på den betydning den sosiale dimensjonen av Bologna prosessen har, som bl.a. har til hensikt å styrke sosial sammenheng og redusere sosial og kjønns ulikheter både på nasjonal og på Europeisk nivå (Berlin 2003 "Realising the European Higher Education Area).

Følgende nye mål er tilføyd Bologna Deklarasjonen, 3 fra Praha og 1 fra Berlin:

7. Lifelong learning
Higher Education Institutions and all concerned have to enhance the possibilities for lifelong learning at higher education level including the recognition of prior learning.
8. Higher education institutions and students
Higher Education Institutions and students commitment to the Bologna Process and ultimately the active participation of all partners in the Process will ensure its long-term success
9. Promoting the attractiveness of the Higher Education Area
The attractiveness and openness of the European higher education should be reinforced.
10. Doctorial level (third cycle)
European Higher Education Area and European Research Area – Two pillars of the knowledge based society. It is necessary to go beyond the present focus on two main cycles of higher education to include the doctorial level as the third cycle in the Bologna Process.

Det er viktig å merke seg at som følge av tilslutningen til det two-cycle system i Bologna Deklarasjonen, så pågår det allerede nå en omfattende omstrukturering av det Europeiske høyere utdannings landskap (Berlin 2003 "Realising the European Higher Education Area).

International Confederation of Midwives

Kompetanser

International Confederation of Midwives (ICM) er en sammenslutning av jordmor organisasjoner som representerer jordmødre i 72 nasjoner i verden. ICM arbeider nært sammen med FN departementer i støtte for Safe Motherhood, for primær helsetjeneste strategier for verdens familier, og i defineringen av og i forberedelsen av jordmor. I samsvar med ICM hensikt, ICM/WHHO/FIGO internasjonale Definisjon av Jordmor (1992), ICM Internasjonale Ethiske Kode (1993), ICM Global Vision for Women and Their Health (1996) ønsker/anmodninger fra medlems organisasjonene, har ICM tatt føring/ledelse i å definere de viktigste/vesentlige kompetanser for jordmødre.

Gjennom hele dette dokumentet er benevnelsen “kompetanser” her brukt for å henvise både til den vidt erklærte overskriften over hver del så vel som til grunnleggende kunnskaper, ferdigheter og adferd krevd av jordmor for en sikker praksis et hvert sted. De gir svar på spørsmålet: ”Hva gjør en jordmor?” og er evidensbasert.

Det er fullt ut forstått at disse kompetansene kanskje kan bli ansett som et maksimum i noen deler av verden og som et minimum i andre deler. Noen kunnskaper og ferdigheter er blitt skilt til en kategori, ”tilleggs”. Dette tillater for variasjon i forberedelse og praksis for jordmødre i hele verden, avhengig av behovene til deres lokale samfunn og/eller nasjon.

På samme måte er disse kompetansene skrevet for allmenn bruk av jordmødre og jordmor organisasjoner ansvarlig for utdanning og praksis til jordmødrene i deres land eller region. Disse kompetansene er retningsgivende for de som er interessert i å utvikle jordmor utdanningen og er informasjon for de i regjeringen og andre politiske arenaer som har behov for å forstå hvem en jordmor er, hva en jordmor gjør og hvordan en jordmor lærer å bli en jordmor.

Det er forventet at dokumentet vil gjennomgå kontinuerlig evaluering etter som det blir brukt over hele verden og etter som helse behovene til barnebærende kvinner og familiene forandrer seg.

VIKTIGE JORDMORFAGLIGE BEGREP

De viktige jordmorfaglige begrepene som definerer jordmødrenes unike rolle i å fremme helse til kvinnene og barnebærende familier inkluderer:

- partnership med kvinnene for å fremme egenomsorgen og helsen til mødrene, spebarna og familiene;
- respekt for menneskets verdighet og for kvinnene som personer med fullstendige menneskerettigheter;
- advokerende støtte til kvinnene slik at deres stemmer kan bli hørt;
- kulturell sensitivitet, inkludert å arbeide sammen med kvinnene og helseprofesjons- utøvere for å overvinne kulturell praksis som er til skade for kvinnene og barna;
- en konsentrering på helse fremming og å sykdoms forebygging innenfor et syn som betrakter graviditet som en normal livs begivenhet.

Jordmødre erkjenner at likestilling for kvinnene vil medføre den største virkning på den globale mødre-barne helsen ved at adekvat ernæring, rent vann og sanitære forhold blir sikret; slik at de er forpliktet til å bedre grunnleggende livs vilkår så vel som å yte kompetent jordmor tjeneste.

JORDMORS PRAKSIS OMRÅDER

Jordmors praksis områder brukt i hele dette dokumentet er bygge på ICM/WHO/FIGO internasjonale Definisjon av Jordmor (1992). Jordmor praksis inkluderer oppfølging av pike-barnet, den unge og voksne kvinnen før, i løpet av og etter svangerskapet. Dette betyr at jordmor gir nødvendig overvåkning, oppfølging og rådgivning til kvinnene i løpet av svangerskapet, fødselen og post partum perioden. Jordmor håndterer nedkomst på eget ansvar og tar hånd om det nyfødte barn. Denne oppfølgingen inkluderer primær helsetjeneste overvåking i samfunnet (forebyggende forholdsregler/ tiltak); helserådgiving og utdanning av kvinnene, familiene og samfunnet, inkludert forberedelse til foreldreskap; formidling av familieplanlegging; oppdagelse av unormale tilstander hos mor og barn; sørge for/skaffe til veie spesialist assistanse når nødvendig (konsultere eller henvise); iverksetting av primære og sekundære øyeblikkelig hjelp tiltak i fravær av medisinsk hjelp. Jordmors praksis er ideelt sett forvaltet i et samfunns-basert helsetjeneste system som kan inkludere tradisjonelle fødsels hjelpere, tradisjonelle healere, andre samfunns-baserte helse arbeidere, leger, sykepleier og spesialister i henvisnings sentra.

MIDWIFERY MODEL OF CARE

Jordmor Modellen for Oppfølging og Støtte er basert på den forutsetning at graviditet og fødsel er normale livs begivenheter.

Jordmor Modellen for oppfølging inkluderer;

- Registrering (monitoring) av den fysiske, psykiske, spirituelle og sosiale vel-ferd til kvinnen og hennes familie gjennom den barnebærende perioden;
- Gi kvinnen individualisert utdanning, rådgiving og antenatal oppfølging;
- Kontinuerlig assistanse under fødsels arbeidet, fødselen og den umiddelbare postpartum perioden;
- Pågående støtte i løpet av postpartum perioden;
- Minisere tekniske intervensjoner;
- Identifisere og henvise kvinnene som krever obstetriske eller andre spesialisters oppfølging.

Denne oppfølgings Modellen er Kvinne-sentrert og deri ligger dens ansvarlighet.

RAMMEVERK FOR BESLUTNINGS-TAKING I JORDMOR OPPFØLGING

Jordmødre påtar seg forpliktelse og ansvar for sin praksis, idet de anvender oppdaterte kunnskaper og ferdigheter i oppfølgingen av hver kvinne og hennes familie. Sikkerhet og den totale/almene vel-ferd til kvinnen er det ledende anliggende for jordmor. Jordmor strever etter å støtte en kvinnens informerte valg innenfor

konteksten til en sikker opplevelse/ erfaring. Jordmors beslutningstakings prosess utnytter flere forskjellige kunnskapskilder og er dynamisk, idet den responderer på endringer i kvinnens helse-tilstand/status. Jordmødre involverer kvinnene og deres familier i alle delene av beslutningstakings prosessen og i utviklingen av en plan for oppfølging/tjeneste for å fremme en frisk/sunn graviditet og en god fødselsopplevelse/erfaring.

STEG 1: Få og saml opplysninger på en systematisk måte fra kvinnen selv, fra kvinnes og barnets papirer/dokumenter, inklusiv alle laboratorieresultat etc., for en fullstendig vurdering

STEG 2: Identifiser aktuelle eller mulige problemer basert på en riktig tolkning av informasjonen samlet i STEG 1.

STEG 3: Utvikl en omfattende oppfølgings plan i samarbeid med kvinnen og hennes familie basert på kvinnen eller barnets behov og støttet av data innsamlet

STEG 4: Gjennomfør og oppdater kontinuerlig oppfølgingsplanen innen hensiktsmessige tidsintervaller

STEG 5: Evaluer sammen med kvinnen og hennes familie virkningen/resultat av oppfølgingen/behandlingen som ble gitt, overvei alternativer dersom den har vært mislykket/ uten fremgang, gå til STEG 1 – saml inn mer data og/eller utvikl en ny plan.

VEILEDENDE ERKLÆRING TIL MEDLEMS ORGANISASJONENE

De viktige kompetansene for grunnleggende jordmor praksis som følger er basert på verdiene, visjonene, strategiene og handlingene som brukes av dem som passer/skjøtter helse behovene til kvinnene og barnebærende familier. Medlems organisasjoner er oppmuntret til å bruke disse erklærte kompetansene etter som de behøver i sine land, i utdanningen, i vedtekter/reglement og i utvikling av praksis standarder for jordmødre så vel som i den politikk som trengs for å styrke jordmorfaget/jordmorvirksomhet.

THE ESSENTIAL COMPETENCIES FOR MIDWIVES

Allmenn kunnskap, ferdigheter og adferd fra sosial vitenskapene, offentlig helse og helse profesjonene

Kompetanse # 1:

Jordmødre har de påkrevde kunnskapene og ferdighetene fra sosial vitenskapene, offentlig helse og etikk som danner grunnlaget for en høy kvalitativ, kulturell relevant, hensiktsmessig tjeneste for kvinnene, nyfødte barn og barnebærende familier.

Grunnleggende Kunnskap og Ferdigheter:

1. Respekt for den lokale kultur (skikk/tradisjoner)

2. Tradisjonell og moderne generell helsetjeneste praksis (gagnlig og skadelig for helsen)
3. Ressurser for alarm/varsling og transport (Øyeblikkelig hjelp tjeneste)
4. Direkte og indirekte årsaker til maternell og neonatal mortalitet og morbiditet i lokal samfunnet
5. Advokerende og bemyndigende (empowerment) strategier for kvinner
6. Forstå menneske rettighetene og deres effekt på helse
7. Fordeler og risiko ved tilgjengelige fødesteder
8. Strategier, sammen med kvinner, for å arbeide for forskjellige, trygge fødesteder
9. Kunnskaper om samfunnet – dets helse tilstand inkludert vann forsyning, boliger, miljø risiko, matvarer, vanlige helse trusler
10. Indikasjoner og prosedyrer for voksen og nyfødte/spebarns resuscitation
11. Evne til å montere, bruke og vedlikeholde utstyr og forsyninger hensiktsmessig for praksis stedet

Tilleggs Kunnskap og Ferdigheter:

12. Prinsipper for epidemiologi; sunnhetsvesenet, samfunnets diagnostisering og vitalstatistikk eller journaler
13. Nasjonal og lokal helse infrastruktur; hvordan vurderer nødvendige ressurser det er behov for i jordmorvirksomhet
14. Prinsipper for samfunnsbasert primær helsetjeneste som bruker helse fremmende og sykdomsforebyggende strategier
15. Nasjonale immunisasjons program (sørge for det eller ha kunnskap om hvordan assistere samfunnets medlemmer i å få tilgang til immunisasjon tjenester)

Profesjonell Adferd (måte å arbeide på) – Jordmor:

1. Er forpliktet overfor og ansvarlig for kliniske beslutninger
2. Vedlikeholder kunnskaper og ferdigheter for å være aktuell i praksis
3. Bruker universelle/standards forsiktighetsregler, infeksjonskontroll strategier og rene teknikker
4. Bruker hensiktsmessig konsultasjon og henvisning i løpet av tjenesten
5. Er ikke-dømmende og kulturell respektfull
6. Arbeider i partnerskap med kvinnen og støtter dem i å gjøre informerte valg om sin helse
7. Bruker hensiktsmessige kommunikasjons ferdigheter
8. Arbeider sammen med andre helsearbeidere for å bedre tjenesteleveringen til kvinnene og deres familier.

Pre-gravid tjeneste og familie planleggings metoder

Kompetanse # 2:

Jordmødre yter en høy kvalitativ, kulturell sensitiv helseutdanning og tjeneste til alle i samfunnet for å fremme et sunt familie liv, planlagte graviditeter og positiv oppfostring/foreldreskap.

Grunnleggende Kunnskap om:

1. Vekst og utvikling relatert til seksualitet, seksuell utvikling og seksuell aktivitet
2. Kvinnelig og mannlig anatomi og fysiologi relatert til konsepsjon og reproduksjon
3. Kulturelle normer og praksis angående seksualitet, seksuell praksis og barnebæring
4. En helse histories komponenter, familie historie og relevant genetisk historie
5. Den fysiske undersøkelsens innhold og relevante laboratorium undersøkelser som evaluerer potensialet for et sunt/friskt svangerskap
6. Helseutdanningens innhold målrelatert til reproduktiv helse, seksuell overførbare sykdommer (STDs), HIV/aids og barnets overlevelse.
7. Naturlige metoder for "child spacing" og andre lokale tilgjengelige og kulturelle akseptable metoder for familie planlegging
8. Hindringer, stereoider, mekaniske, kjemiske og kirurgiske metoder for prevensjon og indikasjoner for bruk.
9. Rådgivning (counselling) metoder for kvinner med behov for å treffe beslutninger om familie planleggings metoder.
10. Tegn og symptomer på urinary tract infection og vanlige seksuelt overførbare sykdommer.

Tilleggs Kunnskap om:

11. Faktorer involvert i beslutninger relatert til ikke-planlagte eller uønskede graviditeter.
12. Indikatorer til vanlige akutte og kroniske sykdoms tilstander spesifikk for et geografisk område i verden, og henvisnings prosesser for videre tester/behandling.
13. Indikatorer for og metoder for counselling/henvisning for dårlig fungerende interpersonlige relasjoner, inkludert seksuelle problemer, familie vold, emosjonell mishandling og fysisk forsømmelse

Grunnleggende Ferdigheter:

1. Oppta en omfattende historie
2. Utføre en fysisk undersøkelse som fokuserer på kvinnens presenterte tilstand
3. Ordinere og/eller utføre og tolke vanlige laboratorie undersøkelser slik som heamatocrit, urinanalyse eller mikroskopi.
4. Bruke helse undervisning og grunnleggende counselling ferdigheter hensiktsmessig.
5. Sørge for lokale tilgjengelige og kulturelle akseptable metoder for familie planlegging
6. Journalføre funn, inklusiv hva som ble gjort og hva som har behov for å følges opp.

Tilleggs Ferdigheter:

7. Bruk av mikroskop.
8. Sørge for alle tilgjengelige metoder for hindringer, stereoider, mekaniske og kjemiske metoder for prevensjon.
9. Ta eller ordinere en cervical cytologisk utstryk (Pap test)

Oppfølging og rådgiving (counselling) i løpet av svangerskapet

Kompetanse # 3:

Jordmødre yter en høy kvalitativ antenatal oppfølging/tjeneste for å maksimere helsen i løpet av svangerskapet og det inkluderer tidlig oppdagelse av og behandling eller henvisning av utvalgte komplikasjoner.

Grunnleggende Kunnskap om:

1. Anatomien og fysiologien til menneskets kropp.
2. Menstruasjons syklusen og befruktnings prosessen.
3. Tegn og symptomer på graviditet.
4. Hvordan bekrefte en graviditet.
5. Diagnostisering av en ektopisk graviditet og flere fostre.
6. Tidfeste graviditeten ved hjelp av menstruasjons historien, uterus størrelse og/eller fundus uteri's vekst mønster.
7. Komponentene/bestanddelene til en helse historie
8. Komponentene til en konsentrert fysisk undersøkelse som er best ved antenatale "kontroller"/visits.
9. Normale funn (resultater) av grunnleggende laboratorie screenings undersøkelser definert av området i verdens behov; eks. jern nivå, urin test for sukker, protein, aceton, bakterier.
10. Normal graviditets progresjon: kropps forandringer, vanlige ubehag, forventet fundal vekst mønster.
11. Normale psykologiske forandringer i løpet av graviditeten og virkningen av graviditeten på familien.
12. Sikre, lokale tilgjengelige urter/ikke-farmakologiske preparater for lindring av vanlig ubehag i løpet av graviditeten.
13. Hvordan avgjøre fosterets velbefinnende i løpet av graviditeten inklusiv fosterets hjerte slag og aktivitets mønster.
14. Ernærings behov til den gravide kvinnen og fosteret
15. Grunnleggende foster vekst og utvikling
16. Utdannelse behov angående normale kropps forandringer i løpet av graviditeten, lindring av vanlig ubehag, hygiene, seksualitet, ernæring, arbeid utenfor og i hjemmet.
17. Forberedelse til fødselsarbeidet, fødselen og foreldreskap.
18. Forberedelse av hjemmet/familien for det nyfødte barn.
19. Tegn på fødselens start
20. Hvordan forklare og støtte opp om brysternæring/amming
21. Teknikker for å øke avslappings og smerte lindrings mål tilgjengelig for fødsels arbeidet
22. Effekten av foreskrevne medikamenter, narkotika, tradisjonell medisin og tilgjengelige medisiner på graviditeten og fosteret.
23. Effekten av røyking, alkohol og ulovlig apotekervare på den gravide kvinne og fostret.
24. Tegn og symptomer på tilstander som er livstruende for den gravide kvinne, eks. pre-eklampsi, vaginal blødning, prematur fødsel, svær anemi.

Tilleggs Kunnskap om:

25. Tegn, symptomer og indikasjoner for henvisning av utvalgte komplikasjoner og tilstander i graviditeten, eks. astma, HIV infeksjon, diabetes, hjerte lidelser/tilstander, overtidige graviditeter.
26. Effekten av ovennevnte kroniske og akutte tilstander på graviditeten og fosteret.

Grunnleggende Ferdigheter:

1. Ta opp den første og pågående helse journal/historie ved hver svangerskapskonsultasjon/visitt
2. Utføre en fysisk undersøkelse av kvinnen og forklare funnene til kvinnen
3. Ta og vurdere maternelle vitale tegn inklusiv temperatur, blod trykk, puls
4. Vurdere maternell ernæring og dens forhold til vekst

5. Utføre en fullstendig abdominal undersøkelse og vurdering, inklusiv måle fundus høyde, posisjon, leie og fosterets nedgang (descent) i bekkenet
6. Vurdere fosterets vekst
7. Lytte på fosterlyden og palpere utereus for fosterets aktivitets mønster
8. Utføre en undersøkelse av bekkenet inkludert vurdere uterus størrelse og bestemme den benete strukturens proporsjoner/tjenlighet
9. Kalkulere termin datoen for fødselen
10. Undervise kvinnen og hennes familie om tegn på fare og når/hvordan de skal kontakte jordmor
11. Undervis og/eller demonstrer metoder for å minske vanlig ubehag i løpet av graviditeten
12. Gi veiledning og grunnleggende forberedelse til fødselsarbeidet, fødselen og foreldreskap
13. Identifiser forandringer i det normale, i løpet av graviditetens utvikling og innled/ opprett hensiktsmessig intervensjoner for:
 - a) lav og/eller utilstrekkelig maternell ernæring
 - b) utilstrekkelig foster vekst
 - c) forhøyet blod trykk, proteinuri, tilstedeværelse av betydelig ødem, betydelig hodepine, syns forstyrrelser, smerter i epigastriet forbundet med forhøyet blod trykk
 - d) vaginal blødning
 - e) flerlinge svangerskap, unormalt leie ved terminen
 - f) intrauterin foster død
 - g) vannavgang før terminen
14. Utfør grunnleggende livreddende ferdigheter, kompetent
15. Journalfør funn inkludert hva som ble gjort og hva som det er behov for å følge opp

Tilleggs Ferdigheter:

16. Counsel kvinner om helse vaner; eks. ernæring, trening, sikkerhet, røyke av vending
17. Utføre klinisk pelvimetri (evaluering av det benet bekkenet)
18. Registrere fosterets hjertelyd med doppler
19. Identifisere og henvise avvik fra det normale i løpet av graviditeten, slik som:
 - a) small for dates (lette)/large for dates (store) fostre
 - b) mistanke om polyhydramnion, diabetes, foster anomali (eks. oliguria)
 - c) unormale laboratorie resultat
 - d) infeksjoner som seksuelt overførbare sykdommer (STD`s), vaginitis, urinveis infeksjon, infeksjon i øvre respirasjonsveier
 - e) foster vurdering i overtidige graviditeter
20. Behandle og/eller i samarbeid håndtere ovennevnte avvik fra det normale basert på lokale standards og tilgjengelige ressurser.
21. Utføre external version av sete leie

Oppfølging og rådgiving (counselling) i løpet av fødselsarbeidet og fødselen

Kompetanse # 4:

Jordmødre yter en høy, kvalitativ, kulturell sensitiv oppfølging i løpet av fødselsarbeidet, sørger for en ren og sikker nedkomst, og håndterer utvalgte øyeblikkelig hjelp situasjoner for å maksimere kvinnene og deres nyfødte barns helse.

Grunnleggende Kunnskaper om:

1. Fødselens fysiologi
2. Foster hodets anatomi, avgjørende/kritiske diametre og holdepunkter/kjennepunkt
3. Psykologiske og kulturelle aspekter av fødselsarbeidet og fødselen
4. Tegn på at fødselen er i gang
5. Normal fødsels fremgang og hvordan bruke partogrammet og lignende redskap
6. Måter til å vurdere fosterets vel-befinnende i løpet av fødselen
7. Måter til å vurdere maternell vel-befinnende i løpet av fødselen
8. Fosterets fødsels prosess (descent) gjennom bekkenet i løpet av fødselsarbeidet og fødselen
9. Oppmuntrings måter i løpet av fødselsarbeidet: eks. familie tilstede/assistanse, stilling, væske tilførsel, emosjonell støtte, ikke-farmakologiske metoder for smertelindring.
10. Overgangen (transition) for det nyfødte barn til ekstra-uterint liv
11. Fysisk oppfølging av det nyfødte barn – respirasjon, varme, ernæring
12. Fremme hud-til-hud kontakt mellom den nyfødte og mor når det er hensiktsmessig
13. Måter å støtte og fremme uavbrutt (exclusive/utelukkende) brysternæring
14. Fysiologisk håndtering av 3.stadiet av fødselen
15. Indikasjoner på øyeblikkelig hjelp metoder: eks. retained placenta, shoulder dystocia, atonic uterus blødning, neonatal asphyxia.
16. Indikasjoner på operativ forløsning: eks. fetal distress, cephalo-pelvic disproportion.
17. Indikasjoner på komplikasjoner i løpet av fødselsarbeidet: blødning, labor arrest, malpresentation, eclampsia, maternal distress, infection, prolapsed cord.
18. Active management prinsippene for 3. stadiet av fødselen.

Grunnleggende Ferdigheter:

1. Ta opp en spesifikk historie og ta maternelle vitale tegn i løpet av fødselen
2. Utføre en screening fysisk undersøkelse
3. Gjøre en fullstendig abdominal vurdering av fosterets posisjon og descent
4. Ta tiden og vurder uterus kontraksjonenes (rienes) virkning/effekt
5. Utfør en fullstendig og nøyaktig vaginal/bekken undersøkelse av dilatasjon, descent, ledende del, posisjon, hinnenes status og bekkenets forhold for babyen
6. Følg fødselens fremgang ved å bruke partogrammet eller et lignende redskap for notering
7. Gi psykososial støtte til kvinnen og familien
8. Gi adekvat vesketilførsel, ernæring og komfort/oppmuntrings måter i løpet av fødselen
9. Sørg for oppfølging av blæren
10. Identifiser raskt unormale fødsels mønstre med hensiktsmessig og betimelig intervensjon og/eller henvisning
11. Utfør hensiktsmessige hånd grep for en bakhode/vertex fødsel
12. Håndter navlesnoren rundt barnets nakke ved fødselen
13. Anlegg en episiotomi om nødvendig
14. Reparer en episiotomi om nødvendig
15. Støtt fysiologisk håndtering av 3. stadiet av fødselen
16. Led/diriger aktiv management av 3. stadiet av fødselen, som inkluderer:
 - a) Administrering av oxytocin
 - b) Tidlig avnavnlig og overklipping

c) Kontrollert trekk i navlesnoren

17. Hindre inversjon av uterus i løpet av 3. stadiet av fødselen
18. Inspiser at placenta og hinnene er fullstendige
19. Estimer maternelt blod tap
20. Inspiser vagina og cervix for rifter
21. Reparer vaginale/perineale rifter og epsiotomi
22. Håndter postpartum blødning
23. Sørg for et trygt miljø for mor og barn for å fremme tilknytting
24. Start brysternæring så snart som mulig etter fødselen og støtt opp om utelukkende brysternæring
25. Utfør en screening fysisk undersøkelse av det nyfødte barn
26. Journal før funn inkludert hva som ble gjort og hva det er behov for å følge opp

Tilleggs Ferdigheter:

27. Utfør hensiktsmessige hånd grep for ansikt og sete forløsninger
28. Injisjer lokal anestesi
29. Anvende vacuum extraction eller tang
30. Håndter begynnende malpresentasjon, skulder dystocia, fetal distress
31. Identifiser og håndter navlesnors fremfall
32. Utfør manuell removal av placenta
33. Identifiser og reparer cervicale rifter
34. Utfør indre bimanuell kompresjon av uterus for å kontrollere blødning
35. Innsett intravenøs kanyule, ta blodprøver, utfør test av haematocrit og haemoglobin
36. Foreskriv og/eller administrer farmakologiske metoder for smertelindring når nødvendig
37. Administrer oxytocin hensiktsmessig for fødsel induksjon eller augmentasjon og behandling av postpartum blødning
38. Overfør kvinnen for tilleggs/øyeblikkelig hjelp innen riktig tid

Postnatal oppfølging av kvinnene

Kompetanse # 5:

Jordmødre yter en omfattende, høy kvalitativ, kulturell sensitiv postnatal tjeneste til kvinnene.

Grunnleggende Kunnskap om:

1. Involusjonens normale prosess og tilheling etter fødselen (inkludert etter en abort)
2. Lactasjons prosessen og vanlige forandringer inklusiv egorgement, lack of milk supply, etc.
3. Maternell ernærings, hvile, aktivitets og fysiske behov (eks. blæren)
4. Spebarnets ernærings behov
5. Foreldre-spebarnets bonding og tilknytting; eks. hvordan fremme positive relasjoner
6. Tegn/indikatorer på sub-involusjon eks. vedvarende blødning fra uterus, infeksjon.
7. Tegn/indikatorer på problemer med brysternæringen
8. Tegn og symptomer på livstruende tilstander, eks. vedvarende vaginal blødning, urin retensjon, inkontinens av faeces, postpartum pre-eklampsi.

Tilleggs Kunnskap om:

9. Indikasjoner på utvalgte komplikasjoner i postpartum perioden, eks. vedvarende anemi, haematoma, embolisme, mastitt, depresjon, tromboflebitt.
10. Oppfølging og rådgiving/counselling behov under og etter abort
11. Tegn og symptomer på komplikasjoner etter abort

Grunnleggende Ferdigheter

1. Ta en selektiv historie, inklusiv detaljer fra svangerskapet, fødselsarbeidet og fødselen
2. Utfør en fokusert fysisk undersøkelse av mor
3. Vurder uterus involusjon og tilheling av rifter/reparering
4. Begynn og støtt uforstyrret (utelukkende) brysternæring
5. Undervis mor i egen omsorg og stell og oppfølging av spebarnet etter fødselen, inklusiv hvile og ernæring
6. Identifiser heamatom og henvis for oppfølging/behandling dersom hensiktsmessig
7. Identifiser maternell infeksjon, behandl eller henvis for behandling etter det som er hensiktsmessig
8. Journalfør funn inkludert hva som er gjort og hva det er behov for å følge opp.

Tilleggs Ferdigheter

9. Counsel kvinnen/familien vedrørende seksualitet og familie planlegging etter fødselen
10. Counsel og støtt kvinnen som er post-abortion
11. Tøm et heamatom
12. Sørg for hensiktsmessig antibiotika behandling for infeksjon
13. Henvis for utvalgte komplikasjoner.

Oppfølging av det nyfødte barn (opptil 2 måneders alderen)

Kompetanse # 6:

Jordmødre yter en høy kvalitativ, omfattende oppfølging for det vesentlige sunne/friske spebarnet fra fødselen av og til to måneders alderen.

Grunnleggende Kunnskap om:

1. Det nyfødte barnets tilpassing til ekstra uterint liv
2. Det nyfødte barnets grunnleggende behov: luftveiene, varme, ernæring, bonding
3. Vurderings elementer av det nyfødte barns øyeblikkelig tilstand; eks. APGAR scorings system for respirasjon, hjerterytme, reflekser, muskel tonus og farge.
4. Det nyfødte barnets grunnleggende utseende og adferd.
5. Normal nyfødt og spebarns vekst og utvikling
6. Utvalgte forandringer i den normale nyfødte; eks. caput, moulding, mongolian spots, heamangiomas, hypoglycaemia, hypotermia, dehydrasjon, infeksjon.
7. Helsefremmende elementer og sykdoms forebygging av nyfødte og spebarn
8. Immuniserings behov, risiko og fordeler for spebarnet opp til 2 måneders alderen.

Tilleggs Kunnskap om:

9. Utvalgte komplikasjoner hos nyfødte; eks. jaundice, heamatom, ugunstig moulding av foster hodet, cerebral irritasjon, ikke-tilfeldige skader, årsaker til plutselig spebarns død.
10. Normal vekst og utvikling av det preterm spebarnet opp til 2 måneders alderen

Grunnleggende Ferdigheter:

1. Rense luftveiene for å opprettholde respirasjonen
2. Opprettholde varme, men unngå overoppheting
3. Vurder det nyfødte barnets øyeblikkelige tilstand; eks. APGAR scoring eller andre vurderings metoder
4. Utfør en screening fysisk undersøkelse av det nyfødte barn for tilstander uforenlig med liv.
5. Legge spebarnet til rett for brysternæring
6. Undervis foreldrene om tegn på fare og når de skal bringe spebarnet inn for hjelp
7. Start øyeblikkelig hjelp metoder for respiratory distress (nyfødt resuscitering), hypothermia, hypoglycaemia, hjerte stans.
8. Overflytt det nyfødte barnet til øyeblikkelig hjelp steder når de er tilgjengelig
9. Journal før funn, inkludert hva som er gjort og hva det er behov for å følge opp

Tilleggs Ferdigheter:

10. Utfør en vurdering av gestasjons alder
11. Undervis foreldrene om normal vekst og utvikling, barnestell
12. Assister foreldrene i å vurdere kommunale ressurser tilgjengelig for familien
13. Støtt foreldrene i løpet av sorgprosessen ved fødselen av et barn med medfødte misdannelser, tap av det ufødte barn i løpet av svangerskapet, eller neonatal død.
14. Støtt foreldrene i løpet av transporten/overflytting av det nyfødte barnet.
15. Støtt foreldre med flerfødte barn.

Mellom 1995 og 1999 ble det utført en modifisert Delphi Technique bestående av syv runder for å opprette de Provisional Essential Competencies for Basic Midwifery Practice. I henhold til enighet i 1999 i International Council (Kongressens styrende organ), ble kompetansene felt-testet av 17 ICM medlems organisasjoner i løpet av 2001. Denne ekstensive felt-testingen ble foretatt av 1.271 praktiserende jordmødre, 77 grupper av undervisere (totalt 312 undervisere), og 79 jordmor student grupper på senior nivå (totalt 333 enkelt individer) fra 22 land; og 25 godkjenner/autorisere fra 20 land. Totalt 214 individuelle kompetanse erklæringer/utredninger (statements) innen seks områder ble presentert for overveielse og kommentarer. Omtrent alle kompetansene ble støttet av en stor majoritet av personene/gruppene som var involvert i testingen, med mange kompetanser gitt universell støtte. I April 2002 diskuterte og vedtok ICM international Council de Essential Competencies for Basic Midwifery Practice, og dermed opprette dette som et offisielt ICM dokument.

ICM's arbeide med disse kompetansene startet altså før ICM's Verdens Kongressen i Oslo i 1996 – og ble fullført og vedtatt på ICM's Verdens Kongress i Wien i 2002.

Tuning Educational Structures in Europe

Et pilot prosjekt ved og for høyere utdannings institusjoner Støttet av Europa Kommisjonen Innenfor rammeverket til Socrates program

Bologna Deklarasjonen

Bologna Deklarasjonen av 1999 krever at det innen 2010 skal være etablert en sammenhengende, overensstemmende og konkurrerende European Higher Education Area, attraktiv for Europeiske studenter og for studenter og vitenskapsmenn fra andre kontinent. Europeiske Utdannings Ministre har identifisert seks punkter i Bologna og de har lagt til tre til i Prag i mai 2001 og et til i Berlin i september 2003:

1. Adoption of a system of easily readable og comparable degrees
2. Adoption of a system essentially based on two cycles(perioder)
3. Establishment of a system of credits(poeng)
4. Promotion of mobility
5. Promotion of European co-operation in quality assurance
6. Promotion of the European dimension in higher education
7. Lifelong learning
8. Higher education institutions and students
9. Promoting the attractiveness of European Higher Education Area
10. Doctorial level (third cycle).

Bologna prosessen henvender sig ikke bare til nasjonale regjeringer med ansvar for utdannings systemet i sine respektive land. Prosessen henvender seg også til høyere utdannings sektor, det enkelte universitet, dere organisasjoner og nettverk. Mange universitet har startet forberedelser av Bologna reformene i sine institusjoner før de ble tillatt å gjøre så av sine regjeringer.

Faktisk erklærte Europeiske universitet på deres Convention i Salamanca i Mars 2001 at: ” Europeiske høyere utdannings institusjoner anerkjenner at deres studenter trenger og etterspør kvalifikasjoner som de kan bruke effektivt i studie og karriere hensikt over hele Europa. Institusjonene og deres nettverk og organisasjoner erkjenner sin rolle og sitt ansvar i denne henseende, og bekrefter sin villighet til å organisere seg i overensstemmelse med dette innfor et autonomisk rammeverk.” Og videre: ”Høyere utdannings organisasjoner underskriver/bekrefter bevegelsen mot et kompatibelt kvalifikasjons rammeverk basert på de viktige sammenføyninger i under- og postgraduate studier.”

Universitetenes respons på Tuning

Sommeren 2000 tok en gruppe europeiske universitet utfordringen i Bologna deklarasjonen kollektivt og designet et pilot prosjekt kalt ”Tuning educational structures in Europe”. Med hjelp av European University Association (EUA) og den nasjonale Rektor Konferanse, var deltagergruppen utvidet. Europa Kommissjonen ble spurt om økonomisk støtte innenfor rammeverket til Socrates programmet, hvormed støtte ble innvilget vinteren 2000-2001.

Tuning prosjektet henvender seg til flere av Bologna handlings punktene og spesielt til det å vedta et system av lett leselige og sammenlignbare grader, å vedta et system basert på to cycles/perioder og etableringen av et credit/poeng system. Tuning prosjektet bidrar også til realisering av de andre Bologna handlings punktene.

Mer spesifikt, Prosjektets hensikt var å identifisere henvisnings/referanse punkter for generelle (generic) og fag-spesifikke kompetanser til første og andre cycles of graduates (uteksaminerte) innfor flere fag områder. Først innfor områdene Business Administrasjon, Kjemi, Education Sciences, Geologi, Historie, Matematikk og Fysikk. Lærings resultat ble beskrevet med uttrykk for kompetanser: hva en som lærer vet/kan eller er i stand til å demonstrere etter fullføring av en læringsprosess. Dette gjelder både fag spesifikk kompetanser og generell (felles) kompetanser, som kommunikasjonsferdigheter og lederskap. Universitets personalet, studenter og arbeidsgivere er blitt konsultert nå det gjelder kompetansene de forventer fra graduates (uteksaminerte)

Kompetansene er beskrevet som henvisnings/referanse punkter for utdanningsprograms design og evaluering, ikke som straightjackets/retningslinjer. De tillater fleksibilitet og autonomi i konstruksjon av undervisningsprogram. På samme tid gir de et felles språk for å beskrive hva undervisningsprogrammet sikter mot/strever etter.

Omkring 100 institusjoner deltok i første fase av prosjektet (2000-2002), i det de representert EU og EEA land. Prosjektet er blitt koordinert av Universitet i Deusto, Spania, og Universitet i Groningen, Nederland. Tuning bygger på tidligere erfaringer med samarbeid i Socrates-Erasmus Temativ Networks og ECTS pilot prosjekter. Det er forventet at resultatene fra Tuning vil være av interesse for høyere utdannings systemer, institusjoner og programmer på tvers av Europa.

Navnet *Tuning* ble valgt for prosjektet for å reflektere den ide at universitetene går ikke inn for å harmonisere sine grads program eller noen form for enhetlig/samlet, foreskrevet eller definitivt Europeisk undervisningsprogram/plan, men simpelthen for referanse/henvisnings punktet, konvergens og felles forståelse. Beskyttelsen av den rike variasjon i Europeisk utdanning har vært meget stor i Tuning prosjektet helt fra starten av og prosjektet søker på ingen måte å begrense/innskrenke uavhengigheten til det akademiske og fag spesialistene, eller å ødelegge lokal og nasjonal akademisk autoritet.

The Tuning methodology/metodikken

Innen Tuning prosjektet sitt rammeverk er det blitt designet en metodikk for å forstå utdanningsprogram og for å gjøre dem sammenlignbare. Fem tilnærings punkter er blitt valgt:

1. Generic (generell akademisk) kompetanse, 2) fag-spesifikk kompetanse, 3) ECTS rolle som et akkumulerings system, 4) tilnæringer til læring, undervisning, vurdering og utførelse og 5) rollen til kvalitets forhøyelsens/økningen i utdannings prosessen (basert på et system med en intern institusjonell kvalitets kultur).

I første fase av Tuning prosjektet ble de tre første punktene vektlagt. Fjerde og femte punkt fikk mindre oppmerksomhet pga tids-begrensning, men de fikk en sentral plass i andre fase av prosjektet (2003-2004).

Hvert punkt er blitt utviklet i samsvar med en definert prosess. Utgangspunktet var en oppdatert informasjon om "the state of The art" på Europeisk nivå. Den informasjonen ble reflektert over og diskutert av ekspert teams for de syv fag-relaterte områdene. Det er arbeidet i disse teamene, godkjent av relaterte Europeiske nettverk, som gir forståelsen, konteksten og konklusjoner som kan bli gyldig på Europeisk nivå. Summa summarum, de fem tilnæringspunktene tillater universitet å "tune" sine undervisningsprogram uten å tape sin autonomi og kapasitet til å innovere/fornye.

The Tuning Modell

Tuning prosjektet har videre utviklet en modell for å designe, planlegge og implementere utdanningsprogram som blir tilbudt innen en institusjon, eller felles, av to eller flere institusjoner. Hoved-stegene i prosessen med å designe et studie program eller et (internasjonalt) integrert program / felles grad, er i henhold til Tuning modellen følgende:

1. Imøtekomme følgende basis vilkår/betingelser:

- Har institusjonen(e) det angår forpliktet seg? På hvilke betingelser: en (offisiell) enighets eller strategisk allianse?
- Er det tilstrekkelig garanti for at programmet vil bli anerkjent rettslig/juridisk?
- Er der enighet med hensyn til lengden på programmet som skal designes når det gjelder ECTS-credits, basert på student arbeidsmengde(workload)?
- Har det sosiale behov for et felles program på Europeisk nivå blitt identifisert? Har dette blitt gjort på grunnlag av konsultasjon med interessegrupper som: arbeidsgivere, profesjonsutøverne og profesjons organisasjonene?
- Er programmet av tilstrekkelig interesse fra et akademisk synspunkt? Har felles referanse/henvisnings punkt blitt identifisert?
- Er nødvendige ressurser for programmet tilgjengelig innenfor eller, dersom nødvendig, utenfor partner institusjonene det dreier seg om?

2. Definisjon av akademisk og profesjonell profilering.

3. Beskrivelse av programmets mål så vel som lærings resultat (uttrykt ved kunnskap, forståelse og ferdigheter) som skal nås/imøtekommes

4. Identifisering av generelle (felles) og fag-relaterte kompetanser som skal bli ervervet i programmet

5. Omsette/oversette dette til undervisningsprogrammet: innhold (emner som skal dekkes) og struktur (moduler og credits/poeng)

6. Beslutte/avgjøre tilnærmingen til undervisning og læring (hvilke metoder, teknikker og format), så vel som metoder for vurdering (når påkrev, utvikle undervisning materiale)

7. Omsette/oversette dette til utdannings enheter og aktiviteter for å fullføre/oppnå definerte lærings resultat.

8. Designe et kvalitetssikrings program.

Denne prosess er reflektert i det følgende flow chart:

Se Vedlegg.

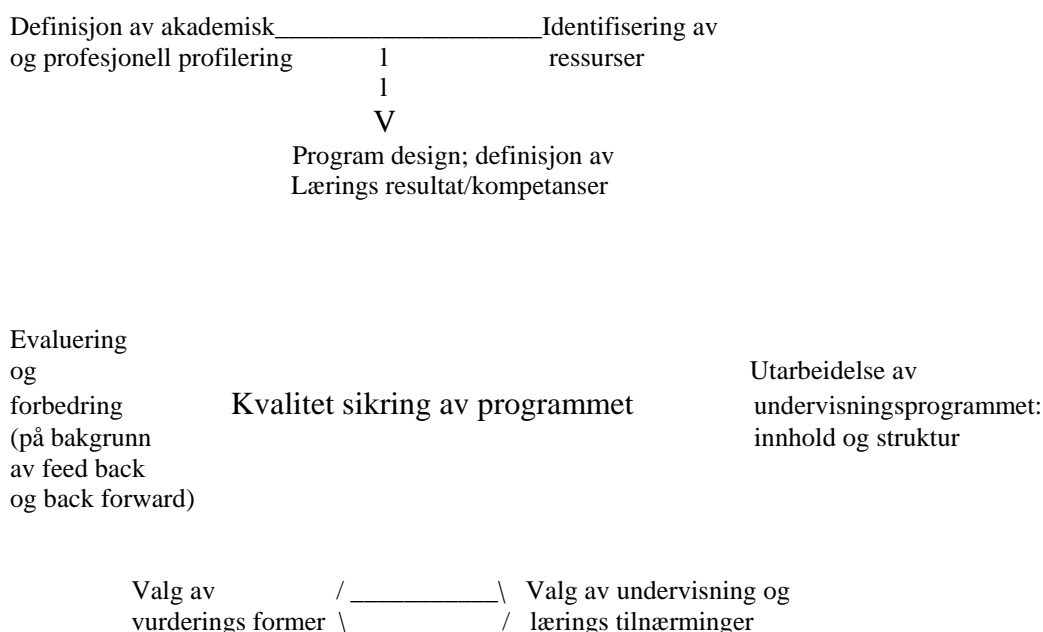
Tuning prosjektet fase II

Den andre fasen av Tuning prosjektet (2003-2004) er basert på resultatene fra den første fasen (2000-2002). I sin andre fase vil prosjektet konsolidere sine funn sammen med en rekke interessegrupper (profesjons organisasjoner, arbeidsgivere, kvalitets sikrings institutt/byråer, etc.), utvide sitt område av pre-tilsluttede og kandidat land, til andre fagfelt (inter-disiplinære

og profesjons orienterte disipliner) og overføre sin metodologi til Socrates-Erasmus Thematic Networks.

Fase II av prosjektet vil gi spesiell oppmerksomhet til Tuning punkt 4: Tilnærminger til undervisning, læring, vurdering og utførelse i forhold til punkt 5 Kvalitet økning/styring. Tuning ser kvalitet som en integrert del av utdannings prosessen som er reflektert i det følgende:

TUNINGS DYNAMISKE KVALITETS ØKNINGS SIRKEL



Et mer generelt ærgjerrig mål for Tuning prosjektet er å bli en plattform for utveksling av erfaring og kunnskap mellom land, høyere utdannings institusjoner og ansatte med hensyn til implementeringen av Bologna prosessen over hele Europa. Å fasilitere/fremme videre åpenhet/gjennomsiktighet i utdannings strukturer og å fremme/befordre innovasjon, gjennom kommunikasjon av erfaring og identifisering av god praksis, for å produsere konvergens i høyere utdannings undervisning i Europa.

For å oppnå dette, vil Tuning handle/opptre på en koordinerende måte med alle deltagerne som er involvert i prosessen med å tune utdannings strukturene i Europa: universiteter og universitets ansatte, studenter (ESIB), European University Associaton (EUA) EURASHE, Quality Assurance and Accreditation Agencies (ENQA), the Bologna Follow-up Group, Ministries of Education, the European Commission, arbeidsgivere og Profesjons Organisasjoner.

Aktiviteter i fase II

Godkjenning og konsolidering

- Fin-tune resultatene fra punktene 1 og 2 (identifisering av henvisning/referanse punkt for generelle kompetanser og fag spesifikke kompetanser til første og andre cycle (periode) graduates (uteksaminerte), inkludert nivå beskrivelser) innen fag områdene Business, Kjemi, Education Sciences, Geologi, Historie, Matematikk og Fysikk. Disse referanse punktene for felles undervisningsplan/program basert på kompetansene det er enighet om vil øke gjenkjennelsen og Europeisk integrasjon av diplomas/vitnemål. De skulle bli gjort operasjonell for fjern undervisning/læring og livslang læring i tillegg.
- Godkjenne resultatene fra punktene 1 og 2 sammen med hoved interessegruppene: universitetene, arbeidsgivere, profesjons organisasjonene, studentene, kvalitet sikring og akkrediterings byrå/institutt.

Assosiere/forene eksisterende og fremtidige Socrates Erasmus Thematic Networks ved å invitere disse til å implementere Tuning metodikken i deres fag områder.

Nye Aktiviteter

- Fin-tune den generelle metodikken som brukes for å måle arbeidsmengde utviklet som en del av Tunings prosjektets fase I, for å gjøre denne metodikken operasjonell og å teste den på fag områdenes nivå.
- Etablere en forbindelse mellom kompetanser og ECTS credits/poeng og teste bruken av ECTS som et verktøy for undervisningsplan/program design.
- Utvikle rollen til forskjellige tilnærminger med hensyn til undervisning, læring, vurdering og utførelse innen rammeverket for undervisningsplan/program design.
- Å utvikle en nyttig/brukbar tilnærming for høyere utdannings institusjoner overfor kvalitets øking/forhøyelse.

Nye Partnere, nye Fagfelt

- Åpne Tuning prosessen for flere applied/praktiske universiteter
- Åpne Tuning prosessen for institusjoner i pre-tilslutnings og kandidat land.
- Identifiser generelle og fag-spesifikke kompetanser (ferdigheter, kunnskap, innhold) innenfor to nye områder: Sykepleie (anvendte vitenskaper) og European Studies (interdisiplinære studier), og ved å gjøre så, skape to nye Europeiske nettverk som kan presentere eksempler på god praksis, idet det oppmuntres til innovasjon og kvalitet i en felles reflektering og utvekslingen, også for sammenlignbare fagområder.

Deltagelse i fase II

I Tuning prosjektets fase I ble hovedsakelig universitet i den tradisjonelle betydning valgt ut. Dette ble gjort for å forene best de fag områdene som var utvalgt og for å ha sammenlignbare institusjons typer i forskjellige land. Vel-kartlagte fag områder fra fem vitenskapelige felt ble valgt for å unngå videre komplikasjoner for prosjektet. Det var forventet at the benchmarking av profesjonell profilering og ønsket resultat, uttrykt ved kunnskap, ferdigheter og kompetanser, ville bli lettere for disse disiplin typene.

Nå når denne tilnærmingen har vist seg vellykke, er en ny utfordring å anvende Tuning resultatene på typer av fag områder som er annerledes. I fase II av prosjektet vil Tuning

metodikken bli implementert i to nye fag områder: et interdisiplinært program hvor *European Studies* er blitt valgt ut og en anvendt science/vitenskap, hvor *Sykepleie* er blitt valgt. Disse skulle kunne tjene som eksempler for sammenlignbare typer av fag områder.

Derfor har den eksisterende Indre sirkel av omkring 100 institusjoner blitt utvidet med enda 30 institusjoner hvor omkring 15 kommer fra pre-tilsluttede og kandidat land. Videre, for hver av de eksisterende område gruppene har en institusjon fra et pre-tilsluttende eller et kandidat land blitt lagt til. De eksisterende institusjonene vil fortsette å arbeide med metodikken som er utviklet i fase I, men de vil konsentrere seg på et antall spesifikke problemer som gjenstår.

Mer informasjon

Dokumentene fra Closing Conference som ble holdt i Brusses 31. mai 2002, den Final Report og Conclusions of Tuning Phase I, som ble publisert i April 2003, så vel som annen informasjon, kan bli funnet på web sidene til de to koordinerende universitetene:

Universitetet i Duesto, Bilbao (Spania): www.relint.duesto.es/TuningProject/index.htm

Universitetet i Groningen (Nederland): www.let.rug.nl/Tuningproject/index.htm

Disse web sidene kan også bli nådd fra den Europeiske server til European Commission:
<http://eruopa.eu.int/comm/education/Tuning.html>

Mer informasjon om prosjektet kan en også skaffe seg fra følgende e-mail adresser:

University of Deusto: pbeneito_relint.deusto.es

University of Groningen: i.van.der.meer_let.rug.nl

Bilbao og Groningen, Desember 2003

Julia González and Robert Wagenaar,
Joint project co-ordinators

Tuning Prosjektets Kontakt person I Norge for Sykepleiens Fag Område:

Høgskolelektor Bjørg Dale,
Høgskolen i Agder
Studieenhet sykepleie,
37 00 40 52

bjorg.dale@hia.no

MIDWIFERY

BENCHMARK STATEMENT

JORDMORVIRKSOMHET

VURDERINGS KRITERIER

Utvalget har oversatt dette dokumentet til norsk. Det vil bli gitt Den Norske Jordmorforening etter at foreningen har søkt Quality Assurance Agency for Higher Education om å få oversette det og fått skriftlig tillatelse til det. QAAHE har dette formelle krav for elektronisk lagring, bearbeidelse eller oversettelse av dette dokument.

Adresse:
Southgate House,
Southgate Street,
Gloucester GL 1 1UB,
England.

Tel 01452 557000
Fax 01452 557070

