

København, den 22. marts 2024

Præhøring

- Vejledning om jordemødres virksomhedsområde

Dansk Jordemoderfagligt Selskab (DJS) og Jordemoderforeningen (JMF) takker for muligheden for at komme med svar på præhøringen til 'Vejledning om jordemødres virksomhedsområde'.

Vi har fra første fase af arbejdet med den nye lovgivning betonet vejledningens vigtighed. Vejledningen bruges ikke kun som et redskab til at tolke og specificere lovgivningen, men også i undervisningsøjemed, og som et vigtigt dokument for jordemødres faglige identitet. Det er afgørende, at vejledning tydeligt afspejler, at jordemødres forbeholdte virksomhedsområde er blevet udvidet - hvilket netop var formålet med revision af lovgivning.

I vores kommentarer har vi lagt vægt på, hvordan udkastet kan læses set fra jordemødrenes perspektiv og ikke altid tager hensyn til eller afspejler den kliniske virkelighed, som vores arbejdsområde udspiller sig i. Begge aspekter bør være repræsenteret i vejledningen for at sikre, at den er i overensstemmelse med både jordemødrenes virkelighed og de intentioner, der ligger bag lovgivningens revision.

DJS og JMF har følgende kommentarer til udkastet:

Generelle kommentarer til udkastet

Udkastet fremstår ikke stringent og har adskillige unødvendige detaljer og gentagelser, som med fordel kan undlades i vejledningen. Vi overraskes over, at selve lovgivning er gengivet i udkastet og mener, at en henvisning hertil vil gøre det tydeligere for læseren, hvilken type dokument, der læses. Dette gør sig også gældende ved, at der i nogle afsnit beskrives kliniske handlinger i en detaljegrad, som ikke vurderes nødvendig, eksempelvis omhandlende blodprøvetagning. Det er svært at gøre fyldestgørende, da en blodprøve kan tages mange steder alt efter, hvad der vurderes som værende mest hensigtsmæssigt i det enkelte tilfælde.

Dertil er der mange afsnit og dele af sætninger der fremstår ufuldstændige (*udestår*) hvilket besværliggør overblikket over mangler, behov for præcisering eller behov for tilføjelser. Endelig vil vi gerne anføre, at udkastet bærer præg af en retorik, der visse steder har islæt af at være patroniserende. Man efterlades flere steder med et indtryk af, at vejledningen i højere grad italesætter, hvad jordemødre *ikke* må og *ikke* kan, fremfor hvad de må og kan. Svangreomsorgens brugere er primært sunde og raske kvinder, hvilket vejledningen også bør afspejle.

Anbefalinger vs. lov

Autorisationslovens §17 fordrer, at enhver sundhedsperson udviser omhu og samvittighedsfuldhed i sit virke¹. Det er et grundlæggende fundament for vores sundhedsvæsen, og disse formuleringer levner netop plads til, at der med udgangspunkt i den bedst mulige evidens og det enkelte individs ønsker og behov, træffes den bedste beslutning.

Jordemødre skal ifølge udkastet *“følge udviklingen indenfor jordemoderfaget og have kendskab til og være fortrolig med ny viden af betydning for erhvervsudøvelsen”* samt praktisere med omhu og samvittighedsfuldhed. Dog beskrives det samtidig, at jordemødre skal følge (uspecificerede) faglige anbefalinger².

Grundlæggende anerkender DJS og JMF, at anbefalinger kan udgøre et vigtigt redskab i at evidensbasere klinikken. Det er dog samtidig vigtigt for DJS og JMF at understrege, at faglige anbefalinger, vejledninger og guidelines ikke er lov, men er tænkt som netop en vejledning, som familierne skal tilbydes, og kan takke ja/nej til. Ligeledes er det vigtigt at huske på, at en anbefaling ikke altid anviser en fyldestgørende behandling og altid bør ses i sammenhæng med en individuel faglig vurdering. I dag udarbejdes guidelines på frivillig basis i lægefaglige selskaber og inkluderer kun jordemødres ekspertviden i det omfang, de lægevidenskabelige selskaber ønsker det. Ligeledes går der ofte mange år mellem at evidensen opdateres. Generelt mangler der i faglige guidelines/anbefalinger tillige at blive inddraget brugerperspektiver og kvalitativ forskning for at sikre den bedst mulig kvalitet heraf (her kan man med fordel kigge til NICE-guidelines for inspiration).

DJS og JMF mener derfor ikke, at guidelines eller faglige anbefalinger, som de er udarbejdet i dag, bør indskrives i lovgivningen, som det er tilfældet i udkastet. Som nævnt følger det automatisk af Autorisationslovens §17, at man skal handle med omhu og samvittighedsfuldhed, hvilket i stedet burde uddybes - skulle der være et behov herfor.

Jordemødres ansvar indenfor den reproduktive sundhed

Jordemoderens kernefaglighed

DJS og JMF vil gerne rette en stor ros for den måde, vejledning inddeles på med afsnittet *“Ikke-forbeholdt virksomhed, som en jordemoder typisk varetager”*. Anerkendelse af at jordemødres virksomhedsområde ikke kan reduceres til 11 tekniske punkter er vigtig for forståelsen af jordemødres selvstændige virke og centrale rolle i det danske sundhedsvæsen. Det, at fremhæve kernefagligheden med eksempler, der ligger udover de lovgivningstildelte og forbeholdte færdigheder, er et signal om, at det danske sundhedsvæsen rummer forebyggelse og sundhedsfremme, opgaver, der næppe kan være forbeholdte. Netop disse indsatser er afgørende for, at graviditet, fødsel, barsel kan styrke kvinders og familiers sundhed, sådan som det også er fremhævet som det første bærende princip i Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for svangreomsorg: *“Svangreomsorgen skal understøtte den naturlige livsproces, det er at få et barn, med de glæder og udfordringer det*

¹ LBK nr 122 af 24/01/2023

§17 *“En autoriseret sundhedsperson er under udøvelsen af sin virksomhed forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed, herunder ved benyttelse af medhjælp, økonomisk ordination af lægemidler m.v.”*

² Præhøring - Vejledning om jordemødres virksomhedsområde

rummer”³. Fordelene ved dette vigtige forebyggende og sundhedsfremmende arbejde bør understreges og fremhæves som værende centralt for jordemødres arbejde. Jordemødres arbejde er af stor væsentlighed for de mange sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, som opretholder det sundheds-styrkende i fødsel og forældreskab - og kan være af stor betydning for folkesundheden på længere sigt. Dette arbejde udføres dagligt gennem hele graviditeten, under fødslen og i barselstiden og er essentielt for at sikre, at familierne kommer godt igennem disse faser. Dette kan med fordel udfoldes endnu mere, hvorfor DJS og JMF opfordrer styrelsen til at se til International Confederation of Midwives beskrivelse af jordemødre som faggruppe

<https://internationalmidwives.org/resources/definition-of-midwifery/>.

Se også Lancet Series fra 2014 <https://www.thelancet.com/series/midwifery> og fra 2023

<https://www.thelancet.com/series/maternal-perinatal-health>.

Udkastet rummer opremsning af en række opgaver (ikke udtømmende), som betragtes som værende uddybende for, hvad fødselshjælpen indbefatter. Vi finder at listen med fordel kan præciseres, og vi ser frem til at kunne gøre dette i samarbejde med styrelsen.

Det normale i det komplicerede

En essentiel del af jordemødres virksomhedsområde i forbindelse med alle gravide, fødende og barslende er at forebygge, at komplikationer opstår. Dette gør sig ikke kun gældende for de raske gravide, fødende og barslende, men er også en central del af arbejdet med gravide, fødende og barslende med komplicerede forløb. Selv når komplikationer opstår, vil store dele af forløbet fortsat være normalt. Selv med en kompliceret graviditet, fødsel eller barsel, så skal kvinden stadig være mor og parret danne en familie.

I udkastet fremstår det som om, at lægen rent praktisk overtager forløbet fra jordemoderen, hvis der opstår komplikationer undervejs i fødslen. Jordemoderen reduceres herved til udelukkende at være lægens ‘medhjælper’. Ordet ‘medhjælp’ er muligvis udtryk for en juridisk betragtning, men i denne vejledning er det stærkt reducerende for jordemødres arbejde. Dette afspejler ikke den kliniske virkelighed, hvor behandlingsansvaret formelt overtages af lægen, men forløbet med komplicerede gravide, fødende og barslende i praksis varetages i fællesskab mellem jordemoder og læge, oftest fortsat med jordemoderen som den primære sundhedsperson i kontakten med den fødende og hendes partner.

Et eksempel på dette samarbejde er ved hjemmefødsler, hvor der tilstøder komplikationer. Her vil jordemoderen, hvis kvinden efter informeret samtykke ikke ønsker overflytning til hospitalet, fortsat varetage fødslen, da der i praksis ikke sendes en fødselslæge ud i hjemmet. Vi mener, at dette eksempel på god vis anskueliggør, at jordemoderen fortsat er den primære sundhedsperson tilknyttet den fødende til trods for, at lægen formelt vil overtage behandlingsansvaret. Vi finder det mere retvisende at det omskrives til, at varetagelsen af fødslen sker i samarbejde med en fødselslæge. Vi anerkender, at medhjælp muligvis er den juridiske term, der typisk vil blive anvendt, men i en vejledning er der netop mulighed for at udfolde hvad dette betyder og ikke betyder.

DJS og JMF vil derfor opfordre til, at en sætning som *“En jordemoder kan dog fortsat varetage fødslen, men alene som medhjælp for en læge”* ændres til at uddybe samarbejdet, eksempelvis med en formulering så som *“En jordemoder kan dog fortsat varetage fødslen, men alene i samarbejde med en læge”*. Forskellen finder vi afgørende for at samarbejdet,

³ Sundhedsstyrelsen, Anbefalinger for Svangreomsorgen 2022, s. 10

som det foregår hver eneste dag i praksis, understreges, og at respekten for "det normale i det komplicerede" samt jordemoderens centrale rolle heri fastholdes.

Informeret samtykke og jordemoderens ansvar

En af de vigtigste lovfæstede opgaver en jordemoder (og alle andre sundhedsfaglige personer) har i relation med den gravide/fødende/barslende er at sikre, at en behandling ikke sker uden kvindens informerede samtykke. Dette kan synes som værende en svær opgave at varetage i en travl svangreomsorg og indenfor et speciale hvor det besværliggør driften, hvis en kvinde vælger anderledes, end hvad der anbefales. Netop derfor er det vigtigt at fastholde betydningen heraf.

DJS og JMF ønsker at understrege, at et informeret samtykke ikke kun omhandler information om risici og en anbefalet behandling, som det fremgår af et eksempel i udkastet; *"Jordemoderen skal under fødslen informere den fødende om risici og relevante faglige anbefalinger, så den fødende kan tage stilling hertil, herunder om der skal iværksættes yderligere behandling, og om den fødende eventuelt skal overføres til et sygehus..."*, men også skal indeholde information om fordele, ulemper og alternative behandlingsmuligheder for at leve op til loven. Denne forpligtelse skal alle sundhedsfaglige leve op til. Ligeledes bør sidste del af sætningen (*"..Derudover skal den fødendes eventuelle samtykke til eller fravalg af en behandling journalføre."*) omskrives, da den i dets nuværende form kan forstås som om, at den fødende kun eventuelt skal give sit samtykke, hvilket naturligvis ikke er tilfældet, da en gravid eller fødende, ligesom alle andre, altid skal give informeret samtykke før en behandling indledes.

DJS og JMF bifalder ej heller ordlyden omkring, at en jordemoder, efter hun har informeret den gravid eller fødende om fordele og ulemper ved en anbefalet behandling, ikke vil kunne fritages fra sit ansvar, som det foreslås i udkastet⁴. En kvinde kan eller skal ikke tvinges til at modtage en bestemt behandling, og det kan således ikke være jordemoderens ansvar, hvis kvinden efter grundig information takker nej til et tilbud i løbet af graviditeten eller fødslen. Derfor er der også behov for at udkastets foreslåede sætning erstattes af følgende sætning fra den gældende vejledning: *"Har jordemoderen informeret om mulige komplikationer og risici som angivet og ført optegnelser i journalen om den givne information, vil jordemoderen ikke kunne pådrage sig ansvar for komplikationer, som jordemoderen ikke er i stand til at behandle i hjemmet."*⁵ Dette element er centralt for jordemødrene - en sikkerhed for, at de kan gøre, hvad der står i deres magt for at sikre, at kvinden og barnet kommer bedst og sikrest muligt igennem forløbet trods kvindens modstand mod at følge de faglige anbefalinger, med en vished om, at jordemoderen ikke risikerer et retsligt efterforløb for forhold, hun ikke burde kunne drages til ansvar for. At ændre dette centrale forhold, formentlig på baggrund af en enkelt retssag (Dom afsagt mod tidligere jordemoder v. Retten i Lyngby d. 11 dec 2023, sagsnummer SS 413/2022), er simpelthen ikke en anerkendelse af - og et forsøg på at imødekomme - den svære situation, som både jordemødre, læger og også kvinderne kommer til at stå i, i disse få, men svære situationer.

⁴ Præhøring - Vejledning om jordemødres virksomhedsområde

"Kvinden kan ikke bestemme, hvilken behandling jordemoderen skal give eller ved at give sit samtykke, fritage jordemoderen fra sit ansvar som autoriseret sundhedsperson. Kvinden kan dog altid frasige sig jordemoderens fødselshjælp. Jordemoderen skal i så fald journalføre dette."

⁵ VEJ nr 151 af 08/08/2001

Vi henstiller til, at den nuværende vejledningstekst om informeret samtykke fastholdes for at leve op til national og international lovgivning om informeret samtykke⁶.

Et forslag i udkastet, som DJS og JMF mener stiller jordemødre i en svær situation, er følgende tilføjelse: *“Opstår der komplikationer under hjemmefødslen, er fødslen ikke længere omfattet af jordemoderens forbeholdte virksomhedsområde, og jordemoderen skal uden unødigt ophold kontakte en læge og konferere situationen med en læge. Det kræver ikke samtykke fra den fødende, når jordemoderen vurderer, at en læge skal kontaktes.”* Ved langt de fleste hjemmefødsler vil den fødende give samtykke til, at jordemoderen kan konferere med en fødselslæge ved mistanke om eller opståede komplikationer. Dog vil enkelte fødende, muligvis grundet tidligere erfaringer i mødet med svangreomsorgen, ikke ønske kontakt til hospitalet, men dog ønske tilstedeværelse fra en jordemoder under fødslen. At en jordemoder i disse sjældne tilfælde skal gå direkte mod kvindens ønske og tavshedspligten og kontakte en læge, også i situationer som ikke vurderes som værende akut, sætter jordemoderen i en svær situation på flere planer. Jordemoderen er inviteret ind i det private hjem af den fødende og skal netop varetage fødslen med respekt for kvindens rettigheder, og netop dette samarbejde udfordres, hvis jordemoderen stik imod kvindens samtykke kontakter hospitalet. Jævnfør ‘Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v’ må ingen behandling, ej heller fødselshjælp, ske uden samtykke⁷. Derfor bør det overvejes, hvilket juridisk dilemma tilføjelsen sætter jordemødre i og hvorledes denne tilføjelse skader samarbejdet mellem den fødende og “systemet” mere end det gavner. Ændringen vil muligvis føre til, at flere fødende helt fravælger at have en jordemoder med til deres hjemmefødsel, hvis ikke de føler, at deres ønsker og valg i eget hjem respekteres.

Hjemmefødsel

Vi bemærker, at afsnittet *Særligt om hjemmefødsler* har fået en meget central placering og i omfang fylder mere, end afsnittet om ukomplicerede fødsler, hvilket kan synes en anelse paradoksalt. Den ankede dom fra retten i Lyngby mod en - nu tidligere - jordemoder i december 2023, har formentligt i høj grad influeret på dette, hvilket afsnittet også bærer præg af. Vi mener, at dette desværre synes at have medført en blindhed over for blandt andet de forskellige afsnits placeringer. Eksempelvis anføres det i dette afsnit, at

⁶ BEK nr 359 af 04/04/2019

“Jordemoderen har pligt til at informere kvinden om hendes tilstand og om undersøgelser, behandlinger og indgreb, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger. Kvinden har ret til at frabede sig information, men der er ikke mulighed for, at jordemoderen kan afgøre, at kvinden ikke kan tåle at blive informeret.”

⁷ BEK nr 359 af 04/04/2019 Kapitel 1, Informeret samtykke, Samtykke til behandling § 1. Ved behandling forstås undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient, jf. sundhedslovens § 5.

jordemoderen skal informere den fødende om fordele og ulemper ved det konkrete valg af fødested⁸.

Først og fremmest er det en information, der meget gerne skulle være givet, inden kvinden er gået i fødsel. Vi antager, at styrelsen ikke mener, at jordemoderen skal informere kvinden om valg af fødested under fødslen, hvis jordemoderen ved, at kvinden allerede er informeret, og har truffet sit valg på baggrund heraf. Det kan synes uetisk at skulle reinformere kvinden under en fødsel, fordi det indikerer, at man ikke anerkender kvindens valg.

Dernæst er det en information, der skal gives kvinden, uanset hvor hun har mulighed for at føde henne - det være sig specialafdeling, fødeklínik eller hjemmefødsel - hvis jordemoderen skal leve op til sine forpligtelser om at give fyldestgørende information. Vi vil derfor henstille til, at dette afsnit tages ud af kontekst om hjemmefødsler, og i stedet laves som et selvstændigt, overordnet afsnit.

Hjemmefødsler for lavrisikofødende

DJS og JMF bifalder intentionen i udkastet om at *“Jordemoderen skal i nødvendigt omfang informere den fødende om fordele og ulemper ved det konkrete valg af fødested. Det gælder både kvindens eget valgte fødested uden for sygehus og klinik eller på specialafdeling”*. Dog bør ordet *fødende* ændres til *gravide*. Dermed ville det afspejle Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen, der netop tilbyder raske gravide flere valg af fødesteder, både på og udenfor hospitalet⁹, hvilket der dog i praksis ikke informeres om i tilstrækkelig grad. Dette vil ligeledes afspejle evidensen omhandlende ukomplicerede fødsler og de mange gavnlige effekter der foreligger, når disse foregår udenfor specialafdelingerne¹⁰. Kun ved saglig information vil den gravide være i stand til at træffe et informeret valg om, hvor hun ønsker at føde.

Efterfølgende står sætningen *“Jordemoderen skal vejlede den fødende kvinde, der ønsker hjemmefødsel, om muligheden for at føde på et sygehus, hvis det i det konkrete tilfælde vurderes at være fagligt begrundet”*. Det er uklart, om “fagligt begrundet” skal tolkes som “ved komplikationer”, hvorfor det i så fald bør præciseres. Sætningen vil dog med fordel kunne undlades i vejledningen, da jordemødre allerede ved lov er forpligtede til at anbefale hospitalsfødsel ved komplikationer.

Hjemmefødsler mod givet råd

Udkastet rummer en væsentlig ændring i forhold til den i dag gældende vejledning; fra, at en kvinde ifølge Sundhedslovens §83¹¹ har ret til vederlagsfri jordemoderhjælp ved enhver

⁸ Præhøring - Vejledning om jordemødres virksomhedsområde

“Jordemoderen skal under fødslen informere den fødende om risici og relevante faglige anbefalinger, så den fødende kan tage stilling hertil, herunder om der skal iværksættes yderligere behandling, og om den fødende eventuelt skal overføres til et sygehus. Det skal i nødvendigt omfang fremgå af patientjournalen, hvilken mundtlig og eventuel skriftlig information, der er givet til den fødende. Derudover skal den fødendes eventuelle samtykke til eller fravalg af en behandling journalføres.”

⁹ Sundhedsstyrelsen, Anbefalinger for Svangreomsorgen 2022, s. 35

¹⁰ Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth compared with planned home birth for pregnant women at low risk of complications. *Cochrane Database Syst Rev.* 2023 Mar 8;3(3):CD000352. doi: 10.1002/14651858.CD000352.pub3. PMID: 36884026; PMCID: PMC9994459.

¹¹ LBK nr 247 af 12/03/2024

fødsel i hjemmet¹² til at det nu er en læge der skal vurdere, hvorvidt en kvinde skal kunne modtage fødselshjælp ved hjemmefødsler, der vurderes som værende i øget risiko. Et ganske lille antal kvinder vil fastholde ønsket om at føde hjemme - også selvom hverken jordemoder eller obstetrikere kan forsvare det fagligt. Vejledningsudkastet beskriver, at den fødende har ret til at nægte at lade sig behandle, men kommer ikke med et bud på, hvordan jordemoderen skal agere i denne situation. Derimod fremgår det blot, at det er *“lægen, der vurderer, hvorvidt hjemmefødslen kan ske forsvarligt, herunder om kvinden kan tilbydes jordemoderbistand til hjemmefødsler”*. Vejledningens manglende forholden sig til, hvordan jordemoderen i disse tilfælde skal agere, er en essentielt mangel. Konsekvensen af teksten, som den fremgår for nuværende, vil med juridiske briller være, at jordemoderen skal forlade den fødende, men i den kliniske virkelighed er dette et universelt svigt af kvinden og det ufødte barn, og stiller den enkelte jordemoder i en moralsk og etisk yderst vanskelig situation, da autorisationsloven ligeledes pålægger en jordemoder at yde nødvendig jordemoderhjælp¹³. Yderligere er det til endnu større fare for patientsikkerheden, end hvis jordemoderen forblev ved patienten, og bistod med de kompetencer og den viden - også på det patologiske område - som hun besidder.

DJS og JMF vurderer derfor ikke, at vejledningen kan stå over sundhedsloven og en kvindes ret til jordemoderhjælp ved alle slags fødsler, hvorfor det undrer os, at denne ændring er fremlagt i udkastet. I disse år sker en øget polarisering i vores samfund. Vi er stærkt bekymrede for, at ændringsforslaget understøtter netop denne polarisering og ikke en tillidsbaseret adfærd. Forslaget vil dertil med stor sandsynlighed øge antallet af helt uassisterede fødsler hos kvinder, som ikke ønsker at følge lægens beslutning. Derved kompromitterer ændringen den tillid mellem kvinder/familier og sundhedsprofessionelle, og dermed også den sikkerhed ved hjemmefødsler, der i årtier er arbejdet på at sikre med grundig visitation og tilstedeværelse af en veluddannet jordemoder (og læge). Vi mener derfor ikke, at ændringen hverken juridisk eller etisk kan eller bør godtages.

Behov for præcisering

Hindeløsning

Udkastets afsnit om hindeløsning forvirrer og anbefales tilrettet, da det i sin nuværende form fremstår med modstridende argumenter.

Den normale og ukomplicerede terminsperiode, som er jordemoderens forbeholdte virksomhedsområde, gælder fra graviditetsuge 37+0 til 42+0, hvorfor dette burde afspejle

§ 83. *“Regionsrådet yder forebyggende helbredsundersøgelser hos en jordemoder og jordemoderhjælp ved fødsel i hjemmet.”*

¹² VEJ nr 151 af 08/08/2001 Afsnit 2.5. Hjemmefødsler

¹³ LBK nr 122 af 24/01/2023

§ 57. *“En jordemoder skal yde den nødvendige jordemoderhjælp, når hurtig jordemoderhjælp efter de foreliggende oplysninger er af afgørende betydning. Dette gælder dog ikke, hvis jordemoderen har gyldigt forfald eller rettidig jordemoderhjælp kan ydes af en anden, som efter forholdene er nærmere dertil.”*

den periode, hvor en jordemoder kan tilbyde hindeløsning. Et Cochrane Review¹⁴ på området, fra 2020, påpeger, at der ikke er evidens for hvornår én eller gentagende hindeløsninger bør udføres i terminsperioden for at have den bedste effekt. Den faglige vurdering bør derfor være det bærende element for tidspunktet for udførsel af hindeløsning i det individuelle tilfælde, ikke terminsdatoen. Vurderingen, der indebærer mange aspekter som paritet, dilatation af cervix og orificiums længde og konsistens, er for nuværende den bedste indikator for, hvornår en hindeløsning bør udføres, og disse vurderinger er blevet brugt i praksis i årtier. Grænsen på de af styrelsen foreslåede 40+0 kan synes arbitrær, idet der ikke synes at være særlig evidens for dette. Fastholder styrelsen, at hindeløsning først må foretages af en jordemoder fra 40+0, vil det fratage gravide deres nuværende mulighed for at modtage fødselsmodning i terminsperioden og dermed modne kroppen frem mod fødsel.

Da der ikke er evidens for at hindeløsning skulle være kontraindiceret før 40+0, henstiller DJS og JMF til, at en hindeløsning hos ukomplicerede gravide efter informeret samtykke kan foretages af en jordemoder, hvis dette fagligt vurderes gavnligt i det enkelte forløb og bør kunne foretages inden for hele den normale terminsperiode, altså fra 37+0 til 42+0.

Begrebet øget risiko

Der er behov for at få præciseret, hvad begrebet øget risiko indebærer og hvem der bestemmer, hvornår der er tale om en øget risiko¹⁵. Andre begreber, eksempelvis patologiske tilstande eller komplikationer, er der i højere grad konsensus om indenfor fødselshjælpen. Der er dog langt fra konsensus eller god evidens omkring hvilke faktorer, der er at betragte som en øget risiko. Vil det, at en kvinde vejer ét kilo mere end anbefalet, være en øget risiko, hvis hun og barnet er sundt og raskt og gennemgår en normal graviditet? Vil et barn, der skønnes til at veje mere end gennemsnittet, men som følger sin egen kurve og ikke diagnosticeres som værende "for stort", være i øget risiko, blot fordi det kan blive "for stort" på sigt?

Det er vigtigt, at vi i lovgivningen omhandlende svangreomsorgen også forholder os til, at svangreomsorgens brugere ikke nødvendigvis passer ned i helt fastlåste kategorier. Der er indenfor svangreomsorgen behov for at kunne differentiere og tilpasse en behandling eller anbefaling efter en faglig vurdering. Som det står formuleret i udkastet, kan det, sat på spidsen, omhandle alle gravide, da en gravid, alene fordi hun er gravid, vil være i øget risiko for at komplikationer på sigt kan opstå. Da vi ikke tror, at dette er intentionen, bør det overvejes, hvordan begrebet anvendes, eller om det bør omformuleres. Det kunne eventuelt omskrives til "mistanke om komplikationer", da der i så fald vil være observerbare tegn, som jordemoderen ifølge lovgivningen skal konferere med en læge, eksempelvis et fosterskøn eller et højt blodtryk.

¹⁴ Finucane EM, Murphy DJ, Biesty LM, Gyte GML, Cotter AM, Ryan EM, Boulvain M, Devane D. Membrane sweeping for induction of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 2. Art. No.: CD000451. DOI: 10.1002/14651858.CD000451.pub3. Accessed 22 March 2024.

¹⁵ Det følger desuden af § 2 i bekendtgørelse nr. 1817 af 28. december 2023 om jordemodervirksomhed, at jordemoderen skal henvise til eller tilkalde læge ved patologiske tilstande eller komplikationer eller øget risiko herfor hos den fødende, fosteret/barnet og at dette gælder både under graviditeten, fødslen og barslen.

Jordemødres brug af medikamenter

Der er behov for at få afklaret eller præciseret, hvor og hvornår der kommer til at fremstå en opdateret liste over de medikamenter, som jordemødre kan bruge i deres praksis. Dette fremgår ikke af den midlertidige bekendtgørelse eller i vejledningsudkastet og det er uklart, om der er planer om at opdatere 'Bekendtgørelse om recepter og dosisdispensering af lægemidler' så den kommer til at afspejle de medikamenter, der er behov for i praksis samt medikamenter, der nu må benyttes (adrenalin, Anti-D etc.)

Analgesi/pudendusblokada

Det kan med fordel præciseres, at pudendusblokada både kan anlægges vaginalt og transcutant. Hvilken metode, der giver mening, bør vurderes i det enkelte tilfælde.

Arbejdsgivers ledelsesret

Af udkastet fremgår et afsnit med overskriften 'Arbejdsgivers ledelsesret'. Vi stiller os uforstående over, at dette afsnit er kommet med i vejledningen om jordemødrenes virksomhedsområde, da det er et element, der i højere grad omhandler arbejdsregler, og derfor retteligt bør høre under anden lovgivning. Desuden må det forudsættes som værende en grundviden ved ansættelse. Vi henstiller til, at afsnittet udelades.

Mangler i udkastet som bør indskrives

Nøddåb

Jordemødre har ifølge den nuværende vejledning (punkt 2.6) ansvar for at tilbyde nøddåb, hvis der er tvivl om barnets overlevelse og en præst ikke kan nå frem. I den fremtidige vejledning ser DJS og JMF det fortsat som værende essentielt at fastholde punktet om nøddåb, da en jordemoder ofte vil være den første og i nogle tilfælde eneste tilstedeværende ud over den fødende ved en fødsel, især hvis denne foregår planlagt eller uplanlagt udenfor en hospitalsafdeling. Dette er heldigvis meget sjældent nødvendigt, men alligevel bør denne pligt bibeholdes.

DJS og JMF foreslår derfor, at sætningen fra gældende bibeholdes for at sikre, at familiernes eventuelle ønske om nøddåb efterleves¹⁶.

Abort efter 12. uge

I gældende vejledning står abort (svangerskabsafbrydelse) efter 12. uge som en del af jordemødres virksomhedsområde mens dette er taget ud af udkastet. Abort efter 12. uge er fysiologisk at betragte som en fødsel, hvor både omsorgen og varetagelsen kræver en jordemoders ekspertviden for at give den fødende de bedst mulige rammer både før, under og efter aborten. Abort er ligeledes et område, som jordemødre arbejder med til dagligt og ligeledes forsker i, og betragtes derfor som en essentiel del af vores virksomhedsområde.

¹⁶ VEJ nr 151 af 08/08/2001

2.6. Nøddåb "Hvis jordemoderen er i tvivl om, hvorvidt barnet kan leve, bør hun spørge forældrene (moderen), om barnet ønskes døbt og i bekræftende fald tilkalde en præst eller, hvis der ikke er tid hertil, selv forrette dåben. Jordemoderen bør i sidstnævnte tilfælde oplyse forældrene om, at de skal anmelde dåben til sognepræsten i det sogn, hvor dåben har fundet sted."

DJS og JMF mener derfor, at jordemødres deltagelse ved abort bør fastholdes i den fremtidige vejledning¹⁷ omend gestationsalderen formentligt ændrer sig med formodet ny abortlovgivning.

Pligter ift. at sige fra eller frasige sig at udføre en behandling

I udkastet finder DJS og JMF det vigtigt, at en sætningen omkring journalføring af faglige uenigheder bibeholdes. I den for nuværende gældende vejledning fremgår det, at *“Det skal fremgå, hvornår der er konfereret med eller tilkaldt læge eller anden jordemoder med angivelse af pågældendes navn, og hvad der er aftalt. Eventuelle tilfælde af faglig uenighed bør journalføres.”*

DJS og JMF vil henstille til, at den ovenstående sætning om uenighed bibeholdes i den kommende vejledning, da det vurderes vigtigt for alle implicerede i tilfælde af, at der skal evalueres om forløbet efterfølgende, eller i tilfælde af, at uenighederne fører til en anmeldelse af en eller flere af de involverede sundhedspersoner.

Faktuelle fejl

Af udkastet fremgår det, at jordemoderen foretager tømning af blæren med en PVK (en lille kanyler med et kort, tyndt plastkrør omkring), altså et venekateter og ikke et blærekateter. Det er hverken korrekt eller muligt, end sige patientsikkert, hvorfor DJS og JMF henstiller til, at dette rettes.

Afsluningsvis

DJS og JMF ønsker at adressere processen forud for udsendelse af præhøringen. Vi har gentagne gange opfordret styrelsen til at inddrage os i selve processen omkring udarbejdelsen af en vejledning. Samtidig er det en frustration for os ikke at kende til tidsplanen før et udkast fremsendes. Selvom 14 dages frist for styrelsen kan virke fornuftig, begrænser en så kort tidsfrist muligheden for at bidrage med mere tekstnære bidrag eller kommentarer fra foreningen og selskabet. Vi har i vores svar forsøgt at nå omkring hele dokumentet, men med så kort frist er der sandsynlighed for, at der fortsat tilbagestår vigtige punkter, som vi ikke har fået adresseret.

Vi ser derfor frem til det snarlige møde, hvor vi får mulighed for at uddybe de ovenstående kommentarer.

Med venlig hilsen



Lis Munk, Jordemoderforening



Mie de Wolff, Dansk Jordemoderfagligt Selskab

¹⁷ VEJ nr 151 af 08/08/2001

“Jordemoderen kan endvidere deltage i svangerskabsafbrydelse efter 12. svangerskabsuge. Jordemoderen har dog i medfør af § 10, stk. 2, i lov nr. 350 af 13. juni 1973 om svangerskabsafbrydelse, med senere ændringer, ret til at fritages for deltagelse i svangerskabsafbrydelser, hvis deltagelsen strider imod jordemoderens overbevisning.”