



# JSL's holdningspapir om normkritik '24



## Baggrund

Formålet med dette papir er at italesætte, oplyse, inspirere og forandre. Vi ønsker med dette

- at skabe et rum, hvor svære, sårbare og tabubelagte emner kan blive italesat
- at oplyse om de obstetriske og etiske problematikker og den forskelsbehandling, der kan finde sted, når vi møder minoriteter i svangreomsorgen
- at inspirere til samtale om og refleksion over, hvordan jordemoderstuderende og jordemødre i deres virke kan være med til at skabe et mere inkluderende og rummeligt sundhedsvæsen
- at skabe forandring og bidrage til en kulturændring, så alle de mennesker, vi møder, føler sig respekterede og trygge.

Alle mennesker får børn – ment på den måde, at alle slags mennesker får børn. Det vil sige, at jordemødre kan møde alle slags mennesker i deres virke. Ifølge autorisationsloven har jordemoderen pligt til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed<sup>1</sup>, og ifølge vores etiske retningslinjer skal vi udøve vores virksomhed med respekt og anerkendelse for det enkelte menneske<sup>2</sup>. Det er dermed jordemødres pligt og ansvar at give alle mennesker den jordemoderfagligt set bedst mulige behandling, uanset menneskets baggrund og jordemoderens personlige overbevisning.

Desværre oplever mange minoriteter at blive diskrimineret og stigmatiseret i deres møde med sundhedsvæsenet.<sup>3</sup>

Disse grupper er allerede marginaliserede i samfundet, og som følge af deres minoritetsidentitet er de i risiko for at få minoritetsstress, som er en kronisk stressbelastning. Det opstår, fordi minoritetspersoner har erfaringer med eller en forventning om, at samfundets strukturer ikke rummer eller anerkender diversitet, fx i mødet med sundhedsvæsenet. De negative erfaringer kan skyldes oplevelser med udskamning, diskrimination, afvisning, chikane etc.<sup>4</sup>

Det er helt essentielt, at vi som jordemødre og studerende er opmærksomme på dette. Vi skal være kritiske overfor de normer og strukturer, der er med til at skabe ulighed mellem minoriserede og majoriserede personer, og vi skal forsøge at undgå at reproducere diskriminationen. Vi skal derudover være opmærksomme på, at vi ikke alene har et ansvar overfor de fødende, men også overfor vores kollegaer, som (også uden vi er bevidste om det) kan være minoriteter. Diskrimination kan ske bevidst, men også ubevidst, og derfor er det vigtigt, at vi begynder at være mere opmærksomme.

I 2022 udgav JSL København et holdningspapir kaldet „Det Normkritiske Manifest“. Manifestet er baseret på udtalelser fra jordemoderstuderende fra Københavns Professionshøjskole. Udtalelserne beskriver konkrete oplevelser med diskrimination og stigmatisering af minoriteter i undervisningen og klinikken. Manifestet beskriver endvidere JSL Københavns holdning til normkritik samt konkrete forslag til forandringer. JSL's holdningspapir om normkritik er inspireret af JSL Københavns manifest.

I JSL forstår vi normkritik på samme måde, som Cecilie Nørgaard definerer det: „Normkritik handler i al sin enkelthed om at forholde sig bevidst til normerne i den kultur, som

” Normkritik handler i al sin enkelthed om at forholde sig bevidst til normerne i den kultur, som man lever i, at undersøge dem kritisk og at handle aktivt i forhold til dem, når man synes, at det er nødvendigt.

man lever i, at undersøge dem kritisk og at handle aktivt i forhold til dem, når man synes, at det er nødvendigt.“<sup>5</sup>

Vi er bevidste om, at de følgende emner er sårbare og kan være svære at tale om. Der er mange holdninger og følelser på spil, og det er måske ikke en samtale eller refleksion, man er vant til at have. Ikke desto mindre er det vigtigt at tale om dem. Vores forhåbning er derfor, at papiret kan være et startskud til dialog og egen såvel som fælles refleksion. Vi opfordrer til tålmodighed og respekt for hinanden, samtidig med at vi begynder at sætte krav til hinanden. Forandring kan være svært, men det er vigtigt, at vi starter.

Følgende emner er nogle problemer, som vi i fællesskab kan komme til livs ved hjælp af bl.a. normkritik. Vi har valgt emnerne ud fra, hvad vi oplever, der fylder mest for de studerende, og hvor der i særlig høj grad er behov for opmærksomhed og forandring.

## Manglende autonomi

Ifølge Sundhedsloven<sup>6</sup> skal brugere af sundhedsvæsenet altid give deres informerede samtykke forud for enhver behandling eller indgreb. Det er den sundhedsfagliges ansvar at informere om behandlingen, herunder blandt andet virkningen af denne samt risiko for komplikationer /bivirkninger. Det er imidlertid ikke alle gravide, fødende eller barslende, der oplever, at de har givet et informeret samtykke forud for indgreb<sup>7,8</sup>. Vi skal altså som sundhedspersonale i højere grad være opmærksomme på at informere gravide om deres behandlinger og deres muligheder, og vi skal have sikret os et samtykke. Hvis ikke vi har denne opmærksomhed, kan vi ende ud i situationer med overgreb eller obstetrisk vold.<sup>9</sup>

Derudover skal vi være mere opmærksomme på at respektere de fødendes ret til autonomi. Som fagpersoner kan vi dele vores faglige vurdering med de fødende, hvis de har samtykket hertil. Det er ikke vores opgave at dele vores personlige holdning om en fødende eller dennes familie, hverken med dem eller med vores kolleger i vagtrummet. Det er derimod vores opgave at respektere og støtte de fødende i deres beslutninger, uanset om de følger vores anbefalinger eller „går imod strømmen“, og vi skal informere holdningsneutralt. Vi skal være opmærksomme på vores egne fordomme og forforståelser, så de ikke kommer til at påvirke vores faglighed, således at vi undgår at stigmatisere dem, der afviger fra normen.<sup>10</sup> Det kan fx være i mødet med en fødende, der:

- er yngre eller ældre end gennemsnittet
- er soloforælder
- har en smerteoplevelse, vi ikke havde forventet
- er ryger
- har et andet udseende end majoriteten
- har et handicap
- er religiøs
- har en psykisk diagnose
- har flere tidligere provokerede aborter
- ønsker eller takker nej til abort på baggrund af fosterdiagnostik
- har ønsker til fødslen, som er uvante for os

Vi skal have denne opmærksomhed, så vi ikke kommer til at stigmatisere de fødende, men også for at sikre, at vi ikke stigmatiserer vores kollegaer, der lægger øre til i vagtrummet. Det er ikke altid synligt, om nogen har en minoritetsidentitet eller afviger fra normen.

## Tykfobi og bodyshaming

Vi er bevidste om og anerkender, at kropsvægt i visse situationer i obstetrikken kan være relevant for et forløb, da det kan øge risikoen for sygelige tilstande og komplikationer.<sup>11</sup> Vi stiller os dog kritiske overfor den nuværende brug af BMI i svangreomsorgen, både fordi det er en forældet, simplificeret og misvisende målemetode for sundhed,<sup>12</sup> men også fordi BMI på en uhensigtsmæssig måde kan sætte folk i kasser og stigmatisere. Vi ønsker, at fødende bliver anbefalet undersøgelser, behandlinger og indgreb på baggrund af deres situation og ikke, fordi de falder i en kasse. Vi mener ikke, at BMI og vægt skal tillægges unødigt betydning, og vi opfordrer til, at fagpersoner er mere kritiske over for de snævre BMI-kasser.

Mange tykke mennesker oplever diskrimination, latterliggørelse og stigmatisering på baggrund af deres kropsvægt.<sup>13</sup> JSL tager kraftig afstand fra diskrimination og latterliggørelse af både tykke og tynde gravide, fødende og barslende. Når man har vurderet, at vægt i en specifik situation er klinisk relevant, har man som fagperson et ansvar for at være fordomsløs og respektfuld samt være opmærksom på diskursen både i mødet med de fødende, og når snakken går i vagtstuen mellem kollegerne. De fødende skal føle sig trygge og respekterede, når de møder sundhedspersonale, uanset udseende og kropstørrelse.

” De fødende skal føle sig trygge og respekterede, når de møder sundhedspersonale, uanset udseende og kropstørrelse.

## Homofobi, bifobi, panfobi, heteronormativitet og andre familieformer

I langt de fleste tilfælde i svangreomsorgen er det et heteroseksuelt par, der venter et barn. Det er imidlertid vigtigt at være opmærksom på, hvordan vi ligestillet favner gravide og familier, der falder uden for denne kategori. Der kommer flere og flere regnbuefamilier til<sup>14</sup>, men disse familier og deres børn har fortsat ikke de samme rettigheder som majoriteten. For eksempel kan to fædre ikke begge være registrerede som far til barnet, og et barn kan heller ikke have registreret flere end to forældre. Det vil sige, at mindst en af forældrene til barnet ikke har ret til at tage beslutninger for barnet, tage det til lægen, på ferie osv. Ydermere har de ikke ret til barnet ved en anden forælders død.<sup>15</sup> Vi mener, at børn har ret til de forældre, der vælger at være forældre for barnet.

Derudover er dobbeltdonation kun muligt, hvis der er en sundhedsfaglig begrundelse. Dette skyldes, at der er en lille, forøget risiko for præeklampsi ved ægdonation.<sup>16</sup>

Det betyder i praksis, at fx en lesbisk kvinde ikke må donere sit æg til sin partner, hvilket nogle par ønsker, så de begge er en fysisk del af graviditeten. JSL stiller sig kritisk overfor dette, da vi mener, at det er en diskriminerende regel.

Rigtig meget materiale, som hospitalerne er afsendere på (fx i konsultationerne, til fødselsforberedelse og på føde- og barselsgangen), er heteronormativt, idet det kun appellerer til heteroseksuelle par. Det kan fx være sproget eller billederne i materialerne, og det vil sige, at andre familieformer bliver usynliggjort, fx soloforældre, homoseksuelle par eller familier med flere end to forældre. På samme måde kan usynliggørelsen også forekomme på uddannelserne, for eksempel fordi undervisningsmaterialet eller den forskning, undervisningen bygger på, er heteronormativ. Ikke-heteroseksuelle personer og par har ret til at blive set og anerkendt på lige vilkår med heteroseksuelle mennesker.

Samtidig kan det hænde, at normbrydende personer bliver for synliggjort, fx ved at de overfor sundhedspersonalet jævnligt skal redegøre for eller retfærdiggøre deres identitet, seksualitet eller familiekonstellation. Over-synligheden kan også ske, hvis fx vagts-tuen bliver et rum for latterliggørelse eller underholdning på bekostning af en ikke-heteroseksuel gravid eller deres partner(e). Dette tager vi kraftig afstand fra. Forventningen om heteronormativitet eller at blive over-synliggjort kan for LGBT+-personer opleves energikrævende, utrygt, frustrerende og stressende.<sup>17,18</sup> Vi har, som tidligere beskrevet, et ansvar som jordemødre for, at alle, vi møder, føler sig trygge og respekterede, og derfor er denne viden vigtig.

Måder, hvorpå vi kan favne alle familieformer, er for eksempel ved at bruge et kønsneutralt sprog, når andet ikke er relevant. Vi kan revidere det materiale, der bliver brugt til forældrene og de jordemoderstuderende, så det er mere inkluderende. Vi kan spørge de gravide; hvordan er jeres familiekonstellation? Hvad er jeres relation? Hvad vil du/I gerne kaldes? Hvem er du, og hvordan kan jeg hjælpe dig bedst? Derudover er det vigtigt at notere svarene i journalen, så de gravide og deres familier ikke skal forklare sig på ny overfor den næste fagperson eller risikere at blive kaldt noget, de ikke er. LGBT+-personer peger selv på, at sundhedspersonale er uvidende og mangler (efter)uddannelse på området,<sup>19</sup> hvilket vi er meget enige i.

**” Vi kan spørge de gravide; hvordan er jeres familiekonstellation? Hvad er jeres relation? Hvad vil du/I gerne kaldes? Hvem er du, og hvordan kan jeg hjælpe dig bedst?**

## Transfobi

I netop svangreomsorgen er det nemt at komme til at understøtte og forstærke kønsstereotyperne, uden at man nødvendigvis er bevidst om det. Det sker for eksempel, når tillykke-kortene er lyserøde eller lyseblå, eller når barnet, der sparker i maven, er en fodboldspiller, hvis det er en dreng, eller en ballerina, hvis det er en pige. Kønnen på et barn er ikke relevant for obstetrikken, og derfor bør vi heller ikke lade det fylde mere, end det behøver. Vi skal være kritiske overfor den plads, vi giver til kønsnormer.

Langt de fleste, der føder, er ciskønnede kvinder. Det er dog ikke altid tilfældet. Som jordemoder kan man møde mennesker, der har en anden kønsidentitet end det binære køn kvinde, også selvom de er gravide og skal føde.<sup>20</sup> Vi er bevidste om, at det faktisk

kan være svært for mange at forholde sig til, og det er det emne, der oftest fylder og bliver diskuteret, når man taler om normkritik. Det er et stort emne, og det kan føles meget komplekst. Men i virkeligheden er det simpelt, selvom det er svært.

Møder man en gravid, der bruger andre pronominer end hun (for eksempel de eller han), bruger man dem, når man omtaler den gravide, ligesom man bruger personens navn, når man taler til dem. Som skrevet i ovenstående afsnit, er det derudover vigtigt at skrive disse informationer i journalen. På den måde bliver den gravide anerkendt i sin person, og den næste fagperson, der skal møde den gravide, er forberedt og kan være korrekt i sit sprogbrug og anerkendende i sin tilgang. Netop dette er vores etiske pligt; at være respektfulde og anerkendende, uanset vores personlige holdning eller hvor svært vi synes, det er. Vi skal ikke være bange for at lave fejl; minoriteter vil hellere have fagpersoner, der ihærdigt og ærligt prøver at gøre deres bedste end fagpersoner, der ikke tør eller ønsker at forsøge.

På samme måde som forklaret i ovenstående afsnit, ønsker vi, at vi begynder at være mere kritiske overfor normerne og sprogbrugen. Vi kan blive mere inkluderende overfor alle køn ved at kønsneutralisere materiale til forældre og undervisningsmateriale på uddannelserne, så alle kan se sig selv i det. Det sender et signal om, at der er plads til alle, og at alle kan være trygge i mødet med os. Det gælder både for de gravide, men også for kommende eller færdiguddannede jordemødre; ikke alle er kvinder. Vi ønsker ikke at udvaske ordet kvinde og mor, men vi ønsker at gøre opmærksom på, at det ikke er den eneste sandhed. Alle forældre skal anerkendes og rummes, uanset om de kaldes kvinde, mor, mand, far eller noget helt andet.

**” Vi skal ikke være bange for at lave fejl; minoriteter vil hellere have fagpersoner, der ihærdigt og ærligt prøver at gøre deres bedste end fagpersoner, der ikke tør eller ønsker at forsøge.**

## Sexisme

Svangreomsorgen er et enormt underprioriteret område på flere punkter. Kejsersnit er for eksempel en stor operation, men der tilbydes ikke rutinemæssig genoptræning, som ellers er et tilbud ved mange andre operationer. Det samme gør sig gældende ved bristninger i bækkenbundsmuskulaturen efter fødslen, som er ofte forekommende. Der mangler forskning og fokus på de forandringer, kroppen går igennem under og efter en graviditet, og hvordan sundhedsvæsenet kan støtte de nye forældre, der oplever forandringerne.<sup>21</sup> Gener efter fødslen bør ikke underkendes, selvom det er „normalt“ at føde. Det kræver mere forskning i graviditet og efterfødselskroppen samt bedre og mere retfærdige tilbud.

Endvidere har svangreomsorgen politisk set været et underprioriteret område i flere år. Der mangler jordemødre på fødegangene, fordi normeringen ikke er god nok, og fordi jordemødrene flygter grundet de dårlige arbejdsvilkår. Både læger og jordemødre har længe råbt op omkring de utilstrækkelige og urimelige vilkår.<sup>22, 23</sup> Derudover får jordemødrene en løn, der ikke svarer til ansvarsområdet og arbejdsbelastningen, hvilket bl.a. skyldes Tjenestemandreformen fra 1969. Reformen sørger

stadig for i dag, at kvindedominerede fag ligger lavt på løntrinnene ift. de mande-  
dominerede fag.<sup>24</sup>

Vi mener, sammen med andre,<sup>25</sup> at denne politiske og samfundsmæssige underpri-  
oritering skyldes en underliggende, strukturel sexisme i samfundet, som vi bliver nødt  
til at gøre op med. Selvom der hvert år er tusindvis af mennesker, der går igennem en  
graviditet, skal det ikke underkendes og negligeres. Samfundet skal begynde at aner-  
kende graviditet og fødsel som de store belastninger for fysikken og psyken, det er. De  
nye familier skal have bedre muligheder og tilbud, så de klædes ordentligt på til deres  
nye roller og livsvilkår. Derudover skal jordemødre (og andre sundhedsfaglige) aner-  
kendes for deres arbejde og ansvar med ordentlige arbejdsvilkår og en tilhørende lige  
og fair løn.

## Racialisering

Det meste af det undervisningsmateriale (fx fagbøger), der bliver brugt på uddannel-  
serne, er baseret på hvid hud og indeholder næsten udelukkende billeder af hvid hud.  
Det er problematisk på flere måder. Dels fordi det hverken er repræsentativt eller inklu-  
derende, dels fordi det skaber faldgruber, hvor vi som fagpersoner kommer til at mangle  
viden. Det kan for eksempel være i diagnosticering af gulsot på brune børn. Det er vigtigt,  
at vi som fagpersoner kan undersøge, diagnosticere og behandle alle personer på en  
relevant måde, uanset hudfarve.

Nogle ikke-vestlige immigrant-grupper har øget risiko for SGA, præterm fødsel, foetus  
mors, spædbarnsdød, sectio, GDM, præeklampsi, eklampsi, død af maternel sygdom og  
fødselsdepression.<sup>26</sup> Det er ikke alle ikke-vestlige immigranter, der har en øget risiko for  
alle de ovenstående outcomes, men der er en tydelig sammenhæng mellem ikke-vestlig  
baggrund og dårligere obstetrisk outcome. Det er derfor helt essentielt at kigge på,  
hvorfor denne forskel forekommer. Det kan blandt andet skyldes manglende organisa-  
torsk fleksibilitet og kommunikationsudfordringer.<sup>27</sup> Den manglende organisatoriske fleksi-  
bilitet i svangreomsorgen kan bevirke, at familier med særlige behov, fx for ekstra tid i en  
konsultation eller tolkebistand, ikke kan blive mødt i deres behov. Kommunikationsudfor-  
dringerne kan opstå, hvis der er en sprogbarriere. Det kan gøre, at de gravide, fødende og  
barslende ikke får den information, de lovmæssigt skal have, og derfor ikke kan reagere  
relevant ved sygelige tilstande (fx ved mindre liv eller symptomer på præeklampsi). Der-  
udover kan der ikke gives et ordentligt, informeret samtykke. Et studie viser, at patienter  
med sprogbarrierer meget nemt tabes, negligeres eller diskrimineres.<sup>28</sup> Det kan i sidste  
ende have fatale konsekvenser for den gravide og barnet.

Det er ikke kun kommunikationsudfordringer eller et rigidt system, der kan tillægges  
skylden. Nogle grupper af andengenerationsimmigranter er også i øget risiko for obste-  
trisk dårligere outcomes, selvom de er opvokset i Danmark.<sup>29</sup> Derudover er det vigtigt at  
pointere, at det ikke kun er ikke-vestlige immigranter, der kan møde racisme eller diskri-  
mination; det kan fødende og vores kollegaer, der er brune i huden, bærer tørklæde etc.  
også.

Vi mener, at vi skal være mere kritiske overfor årsagerne til forskellen i de obstetriske  
outcomes. På den måde kan vi i højere grad forebygge, og vi kan give de gravide og deres



familier bedre, tryggere og mere rummelige forløb. Det vil kræve en opmærksomhed på vores egen faglighed, arbejdsgang, fordomme og forforståelser. Derudover skal sundhedsvæsenet indrettes sådan, at det i højere grad kan give optimal behandling til personer med en anden etnicitet og/eller hudfarve end hvid.

## Repræsentation på uddannelsen

For at kunne udtale os om ovenstående emner bliver vi som studerende også nødt til at kigge indad og forholde os kritisk til repræsentationen blandt jordemoderstuderende. Hvis man sidder til undervisning på jordemoderuddannelsen og kigger sig omkring, er der ikke meget diversitet blandt de studerende. Uddannelsen består hovedsageligt af hvide, kvindelige studerende, der modtager undervisning af hvide, kvindelige undervisere. Vi skal forholde os kritiske til dette og spørge os selv og hinanden, hvorfor det er sådan, og vi skal i højere grad give plads til dem, der ikke er hvide kvinder.

Jordemoderuddannelsen er en af de sværeste at komme ind på i Danmark. Enten kan man komme ind via kvote 1 med sit meget høje karaktergennemsnit eller ved kvote 2; her vægter det højt, hvis man fx har været på udenlands- eller højskoleophold. Det kræver imidlertid, at man har en økonomi, der tillader det. Adgangs- og vurderingskriterierne understøtter altså, at personer med en ressourcestærk baggrund og situation bliver tilgodeset. Vi mener, at disse kriterier skaber en uønsket ulighed, og det mener vi ikke hører hjemme på uddannelsen. Man skal ikke ud fra privatøkonomi vurdere, om mennesker er egnede til en konkret uddannelse. Vi ønsker et kritisk fokus på udvælgelseskriterierne.

Vores etiske retningslinjer skriver, at jordemødre skal være bevidste om, at de kan ses som forbilleder for gravide. Samtidig oplever vi en forestilling i samfundet om, at jordemødre er rollemodeller og en særlig type. Vi mener dog ikke, at jordemødre eller jordemoderstuderende skal pålægges at leve op til visse normer eller forestillinger om, hvordan de bør fremstå.

Vi ønsker, at jordemoderuddannelsen bliver mere åben og repræsentativ, så den afspejler det danske samfund. Det skal være muligt – og opleves som muligt – for alle slags mennesker at søge ind på jordemoderuddannelsen.

” Vi ønsker, at jordemoderuddannelsen bliver mere åben og repræsentativ, så den afspejler det danske samfund. Det skal være muligt – og opleves som muligt – for alle slags mennesker at søge ind på jordemoderuddannelsen.

## Opsummering

Det er helt essentielt, at vi begynder at tale om ovenstående problematikker og stiller kritiske spørgsmål til samfundsnormerne og vores egne vaner og praksis. De minoriserede gravide, fødende og barslende sammen med deres familier har krav på, at vi viser dem respekt og gør, hvad vi kan for, at de bliver behandlet på lige vilkår med majoritetsbefolkningen. Stigmatisering og diskrimination af minoriteter kan skade dem og gøre

dem utrygge, og i værste tilfælde kan det have fatale konsekvenser for den fødende og barnet. Vi tror på, at vi i sidste ende gerne vil det samme alle sammen – give alle den bedst mulige omsorg og behandling.

Begrebet tovejstabu betyder, at både den sundhedsfaglige og patienten tier om visse potentielt vigtige aspekter af et emne, fordi de tror, at den anden ikke ønsker at tale om det.<sup>30</sup> Begrebet relaterer sig oprindeligt til seksualitet, men vi mener, at det kan være relevant at være opmærksom på tovejstabet i andre sammenhænge. For eksempel kan det være, at en gravid ikke italesætter sin kønsidentitet, fordi de tror, at jordemoderen ikke kan håndtere samtalen. Samtidig spørger jordemoderen ikke ind, for eksempel fordi de føler, at det er grænseoverskridende. På denne måde kommer vi til at fastholde hinanden i fortielsen.<sup>31</sup> Vi opfordrer til, at vi som jordemødre går i front og åbner for samtalen – uanset hvad det kunne omhandle – så vi viser mennesket over for os, at de kan være trygge ved og ærlige med os.

For at forandre normerne og strukturerne i samfundet, har JSL beskrevet de visioner, mål og krav, vi har for fremtiden – for uddannelserne, klinikken og samfundet.

” Vi tror på, at vi i sidste ende gerne vil det samme alle sammen – give alle den bedst mulige omsorg og behandling.

## Visioner for uddannelsen

- 1 Jordemoderuddannelserne skal have et øget fokus på at undervise og arbejde med et neutralt sprog, når andet ikke er relevant. Dette kunne fx være at bruge ord som fødende/gravid/familie /forældre/partner i stedet for kvinde/mand/mor/far. Undervisningsmateriale (billeder, bøger, cases, studier etc.) skal derudover i højere grad repræsentere diversitet ift. familiekonstellationer, etniciteter, kroppe, diagnoser etc. Jordemoderstuderende skal endvidere opfordres til at skrive opgaver i et neutralt sprog.
- 2 Jordemoderuddannelserne skal have en konstruktiv og løsningsorienteret tilgang i undervisningen, når der fokuseres på BMI og vægt. Undervisningen skal være respektfuld og klinisk relevant.
- 3 Jordemoderuddannelserne skal facilitere en kultur, hvor man accepterer og respekterer forskellige holdninger, meninger og værdier i undervisningen. De studerende såvel som underviserne skal opfordre og opmuntre hinanden til at udvise respekt for hinandens forskelligheder. Samtidig er det uddannelsen, undervisernes og de studerendes ansvar, at alle på uddannelsen føler sig trygge.
- 4 Jordemoderstuderende skal være frie til at være dem, de er, og skal ikke pålægges et ansvar for at leve op til samfundets normer eller forestillinger om, hvordan de bør fremstå i kraft af studiet eller professionen.
- 5 Jordemoderuddannelserne skal aktivt arbejde for at gøre uddannelserne mere inkluderende, så jordemoderstuderende i højere grad repræsenterer hele befolkningen.
- 6 Det skal være lige for alle at komme ind på jordemoderuddannelsen. Derfor skal kvote 2 vurderingskriterierne revideres, så de ikke tilgodeser de økonomisk stærke.

## Visioner for klinikken

- 1 Alle fødende skal overleveres holdningsneutralt og klinisk relevant. Det er sjældent, at fx etnisk oprindelse, alder eller BMI er vigtige informationer at videregive. Det er vigtigt, at den overleverende jordemoder udelader egne holdninger til personerne samt deres valg og ønsker.
- 2 Vagtstuen må ikke være et rum til at underholde hinanden på bekostning af de fødende, deres pårørende, andre kollegaer eller studerende. Vi skal undgå en kultur, hvor det er i orden bevidst eller ubevidst at nedgøre andre mennesker.
- 3 Vi ønsker en kultur, hvor det er acceptabelt at pointere, når andre siger noget, der kan krænke. Det kan være svært at blive irettesat eller sagt imod, men vi ønsker en kultur, hvor det er alment accepteret at hjælpe hinanden med at være respektfulde. Vi kan alle lære noget af hinanden.
- 4 Alle har ret til at bestemme over deres egen krop, og dette skal respekteres. Der skal være et øget fokus på, at alle gravide, fødende og barslende skal give et informeret samtykke til de berøringer, behandlinger og undersøgelser, vi tilbyder. Derudover skal vi i højere grad værne om og styrke de fødendes følelse af autonomi i alle sammenhænge.
- 5 De „Ethiske retningslinjer for jordemødre“ skal revideres; jordemoderstuderende og jordemødre skal ikke forsøge at være forbilleder for de mennesker og familier, vi møder, og ideen om, at jordemødre og jordemoderstuderende er en bestemt eller særlig type menneske skal gøres op med. Jordemoderuddannelsen og -faget skal være for alle.
- 6 Vi skal være opmærksomme på det materiale, der gives til forældrene. Det skal i højere grad være kønsneutralt og så vidt muligt repræsentere og appellere til alle personer, ikke kun majoriteten. Materialet skal derudover være på flere sprog end dansk, så informationen kan nå ud til flere mennesker.
- 7 Vi skal være kritiske overfor visse ord, som vi er blevet vant til at bruge, men som kan være diskriminerende. For eksempel ord som skamlæbe/kønslæbe, skede/vagina, kromosomfejl/kromosomafvigelser osv. Diskriminerende vendinger som fx etniske smerter skal helt fjernes.

## Visioner for samfundet

- 1** Alle former for fag- og sundhedspersonale skal undervises i normkritik. Det skal være obligatorisk på uddannelsen, og undervisning heri skal være et yderligere tilbud for de færdiguddannede. Undervisningen skal blandt andet indeholde emner som køn, seksualitet, seksuel sundhed for LGBTQIA+-personer, mødet med minoriter i sundhedsvæsenet, refleksion over egen praksis etc. En opmærksomhed på normkritik skal desuden indgå i de øvrige fag.
- 2** Kommende forældre skal tilbydes mere tid i konsultationerne, så vi som fagpersoner bedre har mulighed for at forstå dem og få kendskab til deres behov.
- 3** CPR-numre skal gøres kønsneutrale, så kønnet får et mindre fokus lige efter fødslen, og individet lettere selv kan definere sit køn senere hen.
- 4** Alle skal tilbydes og indkaldes til relevante sundhedsundersøgelser og -screeninger (fx livmoderhalskræft og mammografi) uanset CPR-nummer.
- 5** Børn har ret til deres forældre. Derfor skal det være muligt for børns forældre at blive registreret som den forælderrolle, de har i barnets liv, uanset forældrenes køn og antal.
- 6** Sundhedsplatformen skal opdateres og følge med tiden, så alle familiekonstellationer og -identiteter korrekt kan registreres og anerkendes.
- 7** Dobbelt-donation/partnerægdonation skal være muligt uden sundhedsfaglig begrundelse.
- 8** Alle personer skal have ret til fri og lige adgang til tolk, uanset hvor længe de har opholdt sig i Danmark. Pårørende skal ikke bruges som tolke.
- 9** Der skal ske et opgør med abortsamrådene, som er et forældet system. Abortsystemet skal nytænkes og moderniseres, og individets autonomi skal i højere grad sikres. Derudover skal lovgivningen tydeliggøre, at alle køn kan få foretaget aborter, ikke kun kvinder.
- 10** Navne som fx „Afdeling for kvindesygdomme“ skal gøres kønsneutrale, så de er mere inkluderende og inviterende.
- 11** Forældre til interkønnede børn skal i højere grad informeres om interkøn og deres muligheder. Informationen skal gives holdningsneutralt. Derudover skal der ikke foretages unødvendig kirurgi eller behandling af interkønnede børn. Interkønnede skal selv kunne give et informeret samtykke til unødvendige/kosmetiske indgreb.
- 12** Graviditet, fødsel og barsel skal i højere grad anerkendes som de store belastninger for kroppen og sindet, de er – både for den fødende og ikke-fødende forælder. Anerkendelsen skal ske både i tilbud fra den offentlige og private sektor og i vores egen opfattelse.
- 13** Der skal mere forskning på alle ovenstående emner. Minoriteter i enhver form er dybt underrepræsenteret i forskningen.

Forandring er en proces. Det kan være svært at ændre på ens egne vaner og endnu sværere at hjælpe en ven eller kollega med at øve sig i at være normkritisk. Forandring sker langsomt, og det kan være svært og sårbart. Ikke desto mindre er det vigtigt, at vi starter. Vi opfordrer til tålmodighed og respekt, både overfor os selv og overfor vores kollegaer, samtidig med at vi begynder at stille krav.

## Tak

Tak til alle jer, der læser med. Tak til jer, der tager samtalen, er kritiske, siger fra og stiller spørgsmål. Tak til jer, der ikke giver op og er med til at gøre det mere trygt og respektfuldt at være her. Tak til de jordemoderstuderende, der har været med til at skabe dette papir.

JSL er ikke eksperter, og mange af disse emner, vi berører, og den diskrimination og stigmatisering, vi beskriver, har vi ikke nødvendigvis oplevet på egen krop. Derfor kan vi ikke alene udtale os om emnerne. Vi har derfor allieret os med eksperter og relevante foreninger, så holdningspapiret bliver så repræsentativt og inkluderende som muligt.

En særlig tak til jer, der har hjulpet os i processen: **LGBT+ Danmark, Sex & Samfund, Dansk Kvindesamfund, Normstormerne, Normkritiske Læger, Dina Amlund<sup>32</sup> og Jacob Graack.<sup>33</sup>**

### Deltag i debatten eller kontakt os

**Facebook:** De Jordemoderstuderendes  
Landssammenslutning  
**Instagram:** jordemoderstuderende  
**Mail:** jsl@jordemoderforeningen.dk

Find JSL's  
holdnings-  
papir om  
normkritik  
'24 online:



## Noter

- 1 *Autorisationsloven*, bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, 2018
- 2 *Etiske retningslinjer for jordemødre*, Jordemoderforeningen, 2010
- 3 *Multipel forskelsbehandling i sundhedssektoren*, European Union Agency for Fundamental Rights, 2013
- 4 *Minoritetsstress*, LGBT Sundhed, 2020
- 5 *Han hun hen – Opdrag til ligestilling og mangfoldighed*, Nørgaard, C., Gyldendahl, 2021
- 6 Sundhedsloven §15
- 7 *Der er brug for et #MeToo-oprør på fødegangen: Indgreb uden samtykke er overgreb*, Storgaard, B. H., Information, 2021
- 8 *Vidnesbyrd fra svangreomsorgen*, Toxvig, L, Thisted, M.H. & Pedersen, O., Jordemoderforeningen, 2023
- 9 *Obstetrisk vold*, Pihl, A. & Funge, J. K., Jordemoderforeningen, 2016
- 10 *Etiske retningslinjer for jordemødre*, Jordemoderforeningen, 2010
- 11 *Overvægtige gravide og komplikationer i relation til graviditet og fødsel*, Ugeskrift for læger, 2012
- 12 *Misclassification of cardiometabolic health when using body mass index categories in NHANES 2005-2012*, Tomiyama, A. J., Hunger, J. M., Nguyen-Cuu, J. & Wells, C.
- 13 *Stigmatisering ved svær overvægt*, Ugeskrift for læger, 2022
- 14 *Regnbuefamilien er blevet større*, Danmarks statistik, 2019
- 15 *Politisk status: familie og forældreskab*, LGBT+ Danmark, 2023
- 16 *Dobbeltdonation*, LGBT+ Danmark, 2023
- 17 *Alle familier er rigtige familier*, Larsen, K.B.T., Jordemoderforeningen, 2019
- 18 *Danske LGBT-personers møde med almen praksis – udfordringer og muligheder*, Sundhedsstyrelsen, 2019
- 19 *Danske LGBT-personers møde med almen praksis – udfordringer og muligheder*, Sundhedsstyrelsen, 2019
- 20 *Jordemødre skal styrkes i at møde familier af alle køn*, Jordemoderforeningen
- 21 *De stod på en legeplads som nybagte mødre og talte om, hvad der skete med deres kroppe. Så fik de en idé*, Larsen, A. N., Femina 2023
- 22 *Overlæge har sagt op i protest over forholdene på fødegangen i Roskilde: „Jeg kan ikke stå inde for det længere“*, Pallesen, A.D. & Andersen, P. B., DR, 2022
- 23 *105 jordemødre fra landets største fødeafdeling i opråb: Der er risiko for, at vi kan miste et barn på grund af travlhed*, Rosenbæk, K., Femina, 2021
- 24 *50 år gammel reform fastholder kvindefags historiske lønefterslæb*, Jørgensen, S. S., Institut for Menneskerettigheder, 2020
- 25 *Fødende kvinder bliver krænket psykisk og fysisk af det system, der skal hjælpe dem*, Falk, C., Senderovits, G., Vejlstrup, J., Petersen, L. M., Henningsen, A. & Fischer, J., Information, 2020
- 26 *Anbefalingerne for svangreomsorgen*, Sundhedsstyrelsen, 2021
- 27 *Veje til etnisk lighed i sundhed*, Dansk Selskab for Folkesundhed, 2020
- 28 *Misforståede symptomer, alvorlige fejloptagelser & utilsigtede hændelser involverende etnisk minoritetspatienter med sprogbarrierer*, Morten Sodemann, Odense Universitetshospital, 2015-2016
- 29 *Social and ethnic disparities in stillbirth and infant death in Denmark, 2005-2016*, Rasmussen, T. D., Villadsen, S. F., Andersen, P. K., Jervelund, S.S. & Andersen, A. N., 2021
- 30 *Sexologi: Faglige perspektiver på seksualitet*, Graugaard, C., Giralaldi, A. & Møhl, B., Munksgaard, 2019
- 31 *Seksualitet og sundhed*, Vidensråd for forebyggelse, 2012
- 32 Tykaktivist og ph.d.-stipendiat
- 33 Lektor ved pædagoguddannelsen på Københavns Professionshøjskole og medredaktør på bogen *Normkritik i pædagogisk praksis*



