

# Pregnoscape

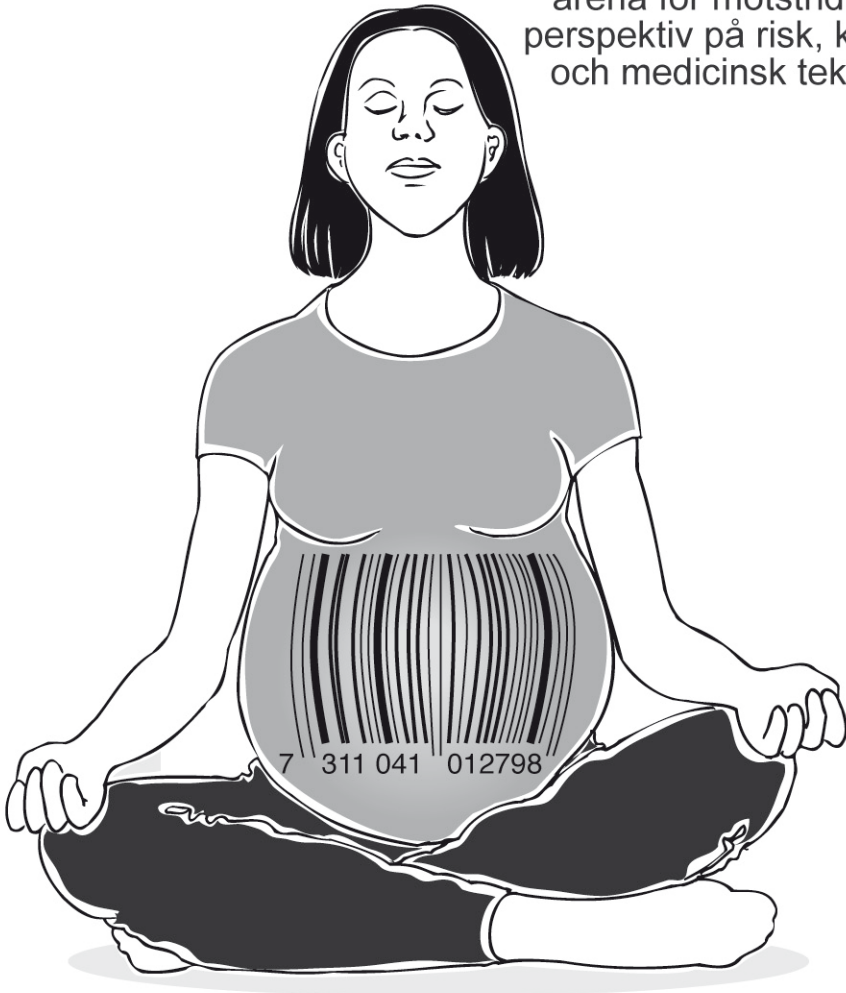




**Birgitta  
Hellmark Lindgren**

# **Pregnoscape**

Den gravida kroppen som  
arena för motstridiga  
perspektiv på risk, kön  
och medicinsk teknik



# Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in Cultural Anthropology presented at Uppsala university, 2006.

## ABSTRACT

Hellmark Lindgren, Birgitta 2006. *Pregnoscape. Den gravida kroppen som arena för motstridiga perspektiv på risk, kön och medicinsk teknik*. Written in Swedish with an English summary.

Pregnancy and birth are not only physiological processes but also socially and culturally organized events. Pregnancy is an individual experience as well as the focus of collective concerns and values. In this dissertation the pregnant body is understood as an arena of social truths and contesting perspectives: a public stage where different perspectives on medical technology, risk and gender are acted out. Swedish maternity care dominates the arena, and women have to adjust to the authority of medical knowledge. This, however, does not mean that women comply without questions. As the study shows they struggle for voice and agency which is reflected in pregnant women's differing views and uses of biomedical knowledge and technology. Although the discourse on pregnancy and birth is highly ideological and marked by strong opinions, pregnant women in practice tend to be motivated by pragmatics rather than ideology. In order to understand the complexities and nuances of reproductive culture in Sweden, we need to move beyond distinctions such as the one between technology and the body, and instead focus on the experiential world of pregnant women in which technology is an integral part in everyday life and therefore taken for granted rather than problematised.

The thesis is based on fieldwork at a maternity care center and interviews with pregnant women. Furthermore, discussion groups on the Internet and debates in mass media have been valuable sources of information.

*Keywords:* birth, body, cesarean section, gender, homebirth, maternity care, medical anthropology, medical technology, pregnancy, pregnancy test, reproduction, risk, screening, Sweden, ultrasound scan.

© 2006 Birgitta Hellmark Lindgren  
Distributor: Department of Cultural Anthropology and Ethnology  
at Uppsala University  
P.O. Box 631, SE-751 26 Uppsala, Sweden  
Series editor: Hugh Beach  
Cover design: Solveig Hellmark  
Lay-out: Helmuth Glöck, Gondolin, Eslöv  
Printed in Sweden by Gotab, Stockholm 2006  
ISSN 1653-0543  
ISBN 91-506-1863-6

# KÄRLEKEN ÄR STÖRRE

Boken tillägnas de tre viktigaste  
personerna i mitt vuxna liv:  
Björn, Linnea och Ludvig



# Innehåll

FÖRORD .....	11
--------------	----

## KAPITEL 1

INLEDNING .....	15
Syfte och utgångspunkter .....	16
Människa + teknik = cyborgifiering .....	24
Antropologiska och sociologiska infallsvinklar på risk .....	27
Graviditet och risk .....	33
Begreppet kön istället för genus .....	37
Graviditetens och födandets antropologi .....	39
Den gravida kroppen och kön .....	41
Kroppen som betydelsebärare .....	43
... och kroppen som situation .....	44
Avhandlingens uppläggnig .....	46

## KAPITEL 2

PREGNOSCAPE – GRAVIDITET SOM ETNOGRAFISKT FÄLT .....	53
Pregnoscares – platsbundna och icke platsbundna avgränsningar för datainsamling .....	55
Barnmorskemottagningen .....	57
Från barnmorskemottagning till cyberrymd .....	62
Mediadebatter om graviditet och födande .....	67
Mamma som antropolog .....	70
Från fält till text – forskningsprocessen .....	73
Betydelsen av utgångspunkt för vad som uppfattas som exotiskt och familjärt .....	74

### KAPITEL 3

GRAVIDITET SOM RESA I MÖDRAVÅRDSREGI .....	85
Mödravård på en barnmorskemottagning .....	87
Inskrivningen .....	88
Barnmorskesamtalet .....	91
Ultraljudsundersökningen .....	96
Mitträff .....	98
Föräldrakurs/föräldragrupp .....	102
Förlossning .....	107
Att betona det normala och leta efter avvikelser .....	111

### KAPITEL 4

REPRESENTATIONER AV CYBORGER	
– GRAVIDITETSTEST OCH ULTRALJUD .....	121
Två blå – en första visualisering av graviditeten .....	123
Bekräftelse och otålighet .....	126
Viljan att veta .....	131
Ultraljudsundersökningen .....	134
En kliniska agenda .....	136
...och en icke klinisk agenda .....	140
Ultraljud som riskhantering .....	146
Teknik, kunskap och tid .....	152

### KAPITEL 5

“OSKURET ÄR BÄST” – OM KEJSARSNITT	
RISK OCH KÖN .....	157
Kejsarsnitt i Sverige och internationellt .....	159
Frivilliga kejsarinnor .....	164
Kejsarsnitt på nätet .....	169
Kejsarsnitt som riskhantering .....	171
”Förlusten” av den vaginala förlossningen .....	180
Förhandling och maktkamp i samtal med mödravårdspersonal .....	187
Naturligheter, onaturligheter och pragmatiska val .....	192

KAPITEL 6

DEN FARLIGA HEMFÖRLOSSNINGEN.....	199
Att föda hemma .....	200
Hemförlossning som normbrott.....	206
Hemfödande och biomedicinsk kunskap och teknik.....	213
Auktoritativ kunskap, förhandlingar inom riskens paradigm och parallella samtal .....	214
Hemförlossning och kejsarsnitt – två sidor av samma mynt? ..	216

KAPITEL 7

I GRÄNSLANDET MELLAN ANTROPOLOGI OCH MEDICIN .....	223
ENGLISH SUMMARY .....	231
REFERENSER .....	237



## FÖRORD

Jag vill börja med att tacka alla föräldrar som jag fått förmånen att lära känna under mitt avhandlingsarbete. Utan er generositet, öppenhet och vilja att dela med er av tankar och erfarenheter hade det inte blivit någon avhandling. Era barn har nu hunnit bli både sex och sju år. Några av er har också hunnit med att föda fram och fostra ytterligare ett, två och tre barn. Ni är fantastiska! Vad vore vårt samhälle utan det livgivande *arbete* som graviditet, födande och vård av barn utgör?

Barnmorskorna som arbetade på mottagningen där jag gjorde fältarbete välkomnade mig med öppna armar. Tack för att ni intresserade er för mina frågor och hjälpte mig att skapa ett antropologiskt rum i er verksamhet. Det var berikande för mig även på ett personligt plan att få inblick i ert arbete med att vägleda och stötta blivande föräldrar. Ni visade prov på en klokskap och livserfarenhet som jag avundas er. En visdom det kanske bara går att få genom personliga möten med människor som befinner sig i centrala och utsatta faser av livet. Jag vill bli barnmorska i mitt nästa liv!

Jag vill också tacka docent och överläkare Elisabeth Darj samt barnmorskor och läkare vid specialismödravården på Uppsala Akademiska Sjukhus.

Lisbeth Sachs fanns vid min sida redan när jag på grundutbildningen i Stockholm skrev uppsatser om skärningspunkten mellan kropp, samhälle och hälsa. Du har väglett mig på min vandring i gränslandet mellan antropologi och medicin. Din kompetens inom området för medicinsk antropologi har varit avgörande för mitt avhandlingsarbete. Du stöttade mig i att söka och få finansiering för forskarutbildningen i Uppsala. Med tålamod och ett inspirerande vetenskapligt perspektiv har du vandrat

med mig längs den långa vägen fram till disputationen. Din tillit till min förmåga har varit avgörande i stunder då min egen tillit varit svag. Varmt tack för alla samtal vi har haft genom åren på Din och Joens vackra glasveranda.

Jag vill också rikta ett varmt tack till Hugh Beach och Birgitta Meurling. Ni har som mina handledare vid Institutionen för kulturanthropologi och etnologi på olika sätt funnits till hands för mig under min akademiska "gravitet". Ett arbete som av olika anledningar har dragit ut på tiden och ibland känts som ett extremt utdraget "utdrivningsskede".

Professor Hugh Beach och tillika min huvudhandledare, övertog handledaransvaret för mig när vår förra professor gick i pension. Din öppenhet inför vad antropologisk forskning kan handla om har varit viktig för mig. Jag är tacksam för att Du lät mig gå min egen väg med ett för vår institution kanske lite udda ämne. Jag kommer att minnas våra handledningsmöten som intensiva och innehållande en god portion befriande humor. Din amerikanska bakgrund har berikat avhandlingen genom att du hjälpt mig att få syn på sådant som jag själv tagit för givet men som i själva verket är "typiskt svenskt".

När vår antropologiska institution slogs ihop med etnologiska institutionen öppnade sig nya möjligheter för mig som har haft Sverige som fält. Jag fick förmånen att lära känna docent Birgitta Meurling som efter ett tag blev min biträdande handledare. Du introducerade mig till etnologiska avdelningens forskarseminarium vilket innebar att jag fick ytterligare doktorandkollegor att utbyta tankar och idéer med. Din konstestetiska kompetens har varit värdefull för mitt avhandlingsarbete. Vi har också haft många och goda anledningar till att diskutera betydelsen av kön i akademien. Jag kommer särskilt att med värme minnas det stora arbetet Du lade ner inför slutseminariet.

Innan jag påbörjade avhandlingsprojektet gjorde jag ett kortare fältarbete i Vietnam. Då fanns docent Ing-Britt Trankell vid min sida i egenkap av handledare. Det var en spännande och lärorik tid. Även om jag bytte fält från Sydostasien till Sverige har vi även senare funnit gemensamma beröringspunkter tematiskt och jag vill tacka för värdefulla kommentarer på tidigare versioner av texter som nu ingår i avhandlingen.

Professor emerita Anita Jacobson-Widding var min handledare un-

der en kort mellanperiod i samband med mitt byte av geografiskt fält och trodde på mig i ett skört ögonblick. Du var också den som en gång introducerade mig till kulturanthropologin i Uppsala. Med särskild värme minns jag den fina metodkurs Du arrangerade på Ljugarn på Gotland.

Jag vill också tacka Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) för finansiering av min doktorandtjänst och Gästrike-Hälsingelandsregionen i Uppsala för generösa läsårsstipendier.

Vidare vill jag tacka följande personer som också haft stor betydelse för avhandlingsarbetet:

Carola Skott, doktor i socialantropologi och lektor i vårdvetenskap vid Göteborgs universitet, för den fina insatsen i samband med mitt slutseminarium. Samtliga kollegor vid Institutionen för kulturanthropologi och etnologi för flera år av samarbete och vänskap. Jag vill särskilt nämna Inga-Lill Aronsson, Chris Coulter, Åsa Nilsson Dahlström, Åsa Tiljander Dahlström (1964-2004), Paul Dover, Elina Ekoluoma, Urban Ericsson, Sverker Finnström, Sten Hagberg, Menassie Kaba, Clarissa Kugelberg, Mikael Kurkiala, Silje Lundgren, Staffan Löfving, Ivana Macek, Claudia Merli, Enid Nelson, Ebba Olofsson, Erik Ottosson, Marie Perruchon, Ulrika Persson Fischier, Carl von Rosen, Marie Steinrud, Sandro Campana Wadman, Margrit Wettstein och Charlotta Widmark för engagemang, läsning och kommentarer i olika skeden av avhandlingsarbetet. Anne-Christine Norlén, min akademiska sambo (numera särbo), som inte bara läst och kommenterat min avhandling, utan också lyssnat, tröstat, lockat till skratt, delat min passion för sushi och trädgårdsarbete, matat våra fiskar och funnits till för mina barn =). Beppe Karlsson för en grundlig och värdefull sista-minuten-läsning av mitt avhandlingsmanus. Varpu Löyttyniemi och Anja Hellmark för att ni hjälpte mig att finna de sista (?) konstigheterna i texten. Don Handelman, Robbie Davis Floyd och Michel Jackson för kommentarer på tidiga versioner av kapitlet om kejsarsnitt. Margaretha Fahlgren som i egenskap av min mentor har visat på konstruktiva sätt att hantera akademins avigsidor, samt läst och kommenterat mitt manus i samband med mitt slutseminarium. Elsa-Lena Ryding för givande korrespondens om kejsarsnitt. Anders Johansson för samtal om livet i allmänhet och om "medicinens öga" i synnerhet. Anna Furberg Larsen och Margareta Högstorp som har visat mig vikten av att

sätta tillit till den intuitiva tankens kraft och nödvändigheten i regelbunden återhämtning. Margareta Hammarlund Udenaes och Pär Westlund, ACEM, för kunskap om den läkande kraften av att vara i nuet. Carin Åblad Lundström, för stöd i den mödosamma processen att gå vidare när det värsta har hänt. Pia Arnell och Kenneth Nilsson för att ni gav mig redskap till att återuppta ett avhandlingsskrivande som legat i träda under en längre period.

Min övertygelse är att forskning förutsätter ett liv utanför akademien. Mitt liv utanför akademien har också varit en förutsättning för att den här avhandlingen skulle kunna bli klar. Jag vill därför också rikta ett varmt tack till familj och vänner. Ni har stöttat barnen och mig på alla upptäckliga vis under det intensiva arbete som avhandlingsskrivandet medfört. Med kärlek, god mat, sängplatser och ovärderliga insatser i det Lindgrenska hushållet har ni funnits till hands för oss:

Min första familj, Kerstin, Ingemar, Karin och Anja. Familjen berikades med tiden med Jan, Thomas, Gustav samt syskonbarnen Johan, Alfred och Hedvig. Björns föräldrar, Mary och Matts, Björns gudmor Barbro, mina svägerskor, Pia och Åsa och deras familjer som består av Ulf, Emelie, Calle, Bosse, Sophia och Louise. Vännerna, Aina, Peter, Simon, Isak och Elon. Pia, Kenneth och Nora.

Sist, men inte minst så vill jag tacka Björn (1963-2004), min stora kärlek, livskamrat och kollega. Du fanns alltid vid min sida. Du finns vid min sida nu. Jag lovade dig att jag skulle skriva klart. Och nu har jag gjort det. Nu ska jag åka hem till våra barn.

Linnea och Ludvig, ni är bäst! Nu kommer jag hem. I morgon åker vi in till stan och beställer vår skäggagam!

Uppsala den 14 mars 2006  
Birgitta Hellmark Lindgren

## KAPITEL 1

# INLEDNING

Att graviditet kan upplevas som glädjande och oroande är troligtvis inget nytt. Vad som däremot har förändrats över tid är blivande föräldrars förväntningar på möjligheterna att kontrollera det som sker. Mödravården bidrar till förväntningarna genom att erbjuda biomedicinsk kunskap och teknik samt råd och rekommendationer när det gäller föda och levnads-sätt. Samtidigt är graviditet och födande biologiska processer som inte låter sig kontrolleras fullt ut. Det finns därför ett spänningsfält mellan den kroppsliga upplevelsen av graviditeten och de förväntningar på säkerhet och kontroll som blivande föräldrar har i ett tekniskt avancerat samhälle. Skärningspunkten mellan det kroppsliga och det tekniska och relationerna som uppstår där utgör fokus för min avhandling.

Graviditet är ett tillstånd som ofta präglas av osäkerhet, ökad oro och sårbarhet. Det är en stor sak att vara med om att skapa liv och graviditet leder inte bara till ett individuellt, utan även ett kollektivt engagemang. Under den första graviditeten upplever många kvinnor en påtaglig normativ press på hur de bör känna, tycka och agera som gravida och hur födandet bör gå till. Människor som aldrig annars rör vid deras kroppar börjar plötsligt klappa dem på magen och på arbetsplatsen börjar kollegerna att dela med sig av sina egna graviditetsminnen och förlossningsupplevelser. Råd och tips duggar tätt och speglar en kollektiv uppslut-

ning som kan upplevas som såväl omhuldande som kvävande. Det kollektiva engagemanget beror på att graviditet och födande ställer frågor på sin spets som inte bara är relevanta för det enskilda föräldraparet utan också för samhället i stort. Graviditet handlar om livets tillblivelse och har en laddning som är lika stark som dess motsats, det vill säga döden. Hur gravida hanterar risker, använder medicinsk teknik samt inordnar sig i förväntningarna på vad en kvinna är/bör vara är inte bara begränsade till reproduktionens område utan engagerar även samhället i stort. Vad är naturligt och vad är onaturligt? Är det naturliga bra per definition? Finns det en gräns att bevaka mellan att hjälpa människor inom den givna livsramen och att skapa nya förutsättningar genom att tänja på kroppens gränser? Vilka konsekvenser kan det i så fall ha att manipulera kroppens gränser? Har exempelvis lidande och smärta en funktion? Vad händer i så fall om vi dämpar allt lidande och all smärta?

## SYFTE OCH UTGÅNGSPUNKTER

Graviditet kan beskrivas som en överbyggande länk mellan det kroppsliga och det samhälleliga och mellan det allmängiltiga och det personliga (det biografiskt unika). Forskning med graviditet som fokus kan också länka samman två viktiga forskningsfält: å ena sidan antropologiska studier av biomedicinska diskurser, medicinsk teknik och medikaliseringsprocesser, å andra sidan antropologiska studier av kön (genus). Bägge forskningsfälten har det gemensamt att kroppen är i fokus och bägge fälten brottas med att undersöka och förstå komplexiteten i relationen mellan den biologiska, den sociala och den kulturella kroppen. I avhandlingen utgör den gravida kroppen ett slags objekt eller nyckelarena där sociala sanningar eller olika diskurser om teknik, risker och kön bryts mot varandra. När olika aktörer talar om och intervenerar i graviditet och födande görs det hela tiden med referens till kroppen som bär det ofödda barnet. Den gravida kvinnan underordnas, som individ, den auktoritativa kunskap som produceras av företrädesvis biomedicinens representanter. Motdiskurser finner vi tydligast hos de kvinnor som på ett eller annat sätt avviker från den svenska normen för födande.

Avhandlingens syfte är att undersöka hur olika synsätt på graviditet och födande påverkar gravida kvinnors handlingsutrymme i Sverige. Jag har gjort ett fältarbete som tog en barnmorskemottagning i Uppsala som utgångspunkt. I min insamling och analys av etnografin har jag fokuserat på tre centrala teman. Det första och mest övergripande temat är de *relationer* som uppstår i samspelet mellan människor och medicinsk teknik. Jag använder mig av begreppet *cyborg*<sup>1</sup> när jag skriver om *relationerna*. Syftet med begreppet är att betona att det är *relationerna/cyborgerna* som uppstår i mötet mellan människa och biomedicinsk kunskap och teknik som jag intresserar mig för snarare än biomedicinen i sig. Cyborgifieringen av den gravida kroppen är en central aspekt av vår samtid och utgör ramen för graviditet och födande i Sverige idag och därmed också för avhandlingen.

Det andra temat är *risk*. Risk är ett annat av samtidens predikament och beroende av den dynamik som följer av cyborgifieringen av den gravida kroppen.<sup>2</sup> Risk var ett återkommande begrepp hos mina gravida informanter och knutet till oro för "att något skulle gå snett" under graviditeten. Teknik uppfattas ofta som en resurs med vilken graviditeten kan kontrolleras och "säkras" samtidigt som blivande föräldrar också i regel har en realistisk uppfattning om teknikens begränsningar. Men det är också så att biomedicinsk kunskap och teknik ökar människors uppmärksamhet på risker och det finns en dynamik här som det är svårt att avgöra var den börjar och slutar. Fokus på risker skapar ett behov av biomedicinsk kunskap och kunskapen ökar i sig uppmärksamheten på risker och därmed oron.

Det tredje temat, *kropp och kön*, är naturligtvis av biologiska skäl en ofrånkomligt ordnande princip för graviditet och födande eftersom endast kvinnor kan bli gravida. Men utöver biologiska förutsättningar strukturerar även kollektiva normer för kön våra individuella erfarenheter och handlingar. Hur vi ser på kön och kvinnlighet är centralt för hur vi tycker en gravid kvinna bör vara och agera. Att könsnormer genomsyrar perspektiv på graviditet och födande blir särskilt tydligt i diskussioner om medicinsk teknik. Dels finns könsnormer implicit i kvinnors uttalanden för eller emot användning av teknik, dels finns det en feministisk diskussion kring huruvida teknik har potential att frigöra det kvinnliga könet

från begränsande inramningar eller huruvida teknik vidmakthåller och reproducerar förtryckande definitioner av kön.

Min utgångspunkt är att såväl normer som social praktik formar synen på graviditet och födande. Jag har därför undersökt hur dominerande synsätt på graviditet och födande inom det medicinska systemet och i media tolkas och omtolkas på individnivå och hur dessa tolkningar omsätts i en vardaglig praktik. Jag har främst undersökt relationen mellan normer och praktik i mötet mellan blivande föräldrar och mödravård, men också hur olika dominerande synsätt/diskurser kommer till uttryck i mödravårdens praktik samt på Internet och i media.

I Michael Foucaults anda har *diskursbegreppet* använts flitigt inom samhällsvetenskap och humaniora. Jag kommer inte att behandla olika tolkningar av begreppet utan har valt att bara redogöra för ett av flera möjliga användningssätt. I likhet med etnologen Rebecka Lennartsson uppfattar jag diskurser: "som historiskt föränderliga sätt att specificera kunskap och sanning, som kommer till uttryck och existerar både genom språket [...] och genom olika praktiker" (2001:27). Diskurser reglerar när, hur och vem som får yttra sig samt mänskliga handlingar och på så vis sätts "gränser för vad som är möjligt att säga [och göra] i en viss kontext" (Lennartsson 2001:27). Andra närbesläktade begrepp som förekommer i min text är sociala sanningar, normer, auktoritativ kunskap, synsätt och perspektiv.

Mitt etnografiska material bygger på deltagande observation på en barnmorskemottagning i Uppsala samt samtal och intervjuer med gravida kvinnor och, i mindre omfattning, även blivande pappor. Jag har också jämfört och kompletterat min empiri med inlägg i diskussionsgrupper på webbplatsen *föräldraNätet* (som numera heter *Allt för föräldrar*: [www.alltforforaldrar.se](http://www.alltforforaldrar.se)). Inledningsvis koncentrerade jag mig på kvinnor som höll sig till mödravårdens snitslade bana. Men efter ett tag började jag även aktivt söka upp kvinnor med "avvikande" perspektiv, eftersom det framförallt är i situationer då kvinnor och män väljer att avvika från "det normala" som den svenska tolkningsram som gäller på reproduktionens område framträder som tydligast. Jag har därför valt att i avhandlingen inkludera analyser av "avvikelse" i form av önskemål om hemförlossning och kejsarsnitt.

Mitt fokus på relationer mellan människor och teknik, risk och kön kan formuleras som tre uppsättningar frågor:

1. Hur påverkar medicinsk teknik och kunskap det sätt på vilket gravida kvinnor upplever sin graviditet och sitt födande? Hur påverkar gravida kvinnors förhållningssätt till graviditet och födande deras syn och efterfrågan på medicinsk teknik och kunskap?
2. Hur kommer fokus på risker till uttryck i mödravårdens organisation och hur kommer relationen risk och graviditet till uttryck i media? Hur kan vi förstå blivande föräldrars oro i samband med graviditet och födande?
3. Hur artikuleras normer för och värderingar av kön i samband med graviditet och födande? Hur kan vi förstå de förhandlingar om kön som pågår i mötet mellan olika aktörer. Vad finns det för ståndpunkter och synsätt? På vilket sätt skiljer sig olika perspektiv åt?

Avhandlingen är ett resultat av ett antropologiskt förhållningssätt. Med hjälp av etnografiska metoder har jag undersökt framförallt kvinnors upplevelser av graviditet. I metoderna jag använt finns bland annat ett relativistiskt inslag som innebär att jag som antropolog strävar efter att se bakomliggande rationaliteter för olika perspektiv på graviditet och födande oavsett om de representerar normen eller om de avviker från det som uppfattas som normalt. Jag förbehåller mig som antropolog rätten att fördjupa mig i de olika synsätten utan att behöva ta ställning. Jag förhåller mig som lekman naiv till medicinska överväganden.

Avhandlingens ämne är reproduktiv kultur. Generellt sett innefattar begreppet biologisk reproduktion eller reproduktiva funktioner de biologiska händelser som inträffar under den mänskliga livscykeln. För kvinnor handlar det om bland annat menstruation, födande och menopaus. I min forskning har jag avgränsat fältet reproduktion till graviditet och födande. Ur antropologisk synvinkel är det framförallt sociala och kulturella dimensioner av dessa händelser som är intressanta. Vad finns det för olika ideal och praktiker som omgärdar graviditet och födande? Hur kan

vi förstå dessa ideal och praktiker och vad har de för konsekvenser för människors agerande? Jag är alltså inte i första hand intresserad av graviditet och födande i klinisk mening utan snarare av hur människor talar och agerar i samband med graviditet och födande. Ett sådant perspektiv innebär dock inte att jag helt har kunnat utesluta kliniska perspektiv på de båda biologiska processerna eftersom sådana kommer in med automatik i varje samtal jag fört med mina informanter.

Teknologi är läran om *teknik* och jag använder därför i enlighet med Svenska akademins ordlista begreppet teknik för engelskans "technology". När jag använder begreppet teknik inkluderar jag sådant som vi kanske inte alltid tänker på som teknik. All teknik utvecklas och används i en specifik kontext och det innebär också att varje tidsperiod har sin egen uppfattning om vad som är teknik (Lundin och Åkesson 1999:9). Teknik som exempelvis glasögon, hörapparater, alvedon, röntgen, krattor eller spadar uppfattas inte längre som särskilt omvälvande utan har snarare blivit hjälpmedel vi tar för givna i vardagen. När jag använder ordet "teknik" följer jag Stuart Blumes definition och avser således inte bara komplicerad teknisk apparatur utan även läkemedel, instrument, operationer och undersökningar som ger oss information om våra kroppar (1992:267)<sup>3</sup>. Jag väljer också att utgå från att biomedicinsk teknik per definition inte enbart är instrumentell och därmed neutral och värdefri.<sup>4</sup>

*Medicinsk kunskap* är ett annat begrepp som jag uppfattar som nära länkat till medicinsk teknik. De utgör varandras förutsättningar och är kanske inte ens möjliga att skilja åt. Medicinsk teknik bygger på kunskap, men medicinsk teknik kan även i sig generera nya situationer, behov, information och därmed ny kunskap. När jag i fortsättningen skriver medicinsk teknik inkluderar det därför medicinsk kunskap och vice versa.

Mitt kunskapsbegrepp har jag hämtat från den amerikanska kulturantropologen Brigitte Jordans bok *Birth in Four Cultures* (1993) som i den reviderade utgåvan inkluderar ett nytt avsnitt som handlar om *auktoritativ kunskap*<sup>5</sup> och barnafödande. Kunskap definieras av Jordan som ett tillstånd som ständigt skapas i en social process snarare än en slags egenskap som innehas av individer (1993:154). Auktoritativ kunskap är kunskap som ligger till grund för beslut och handlande. Begreppet auktoritativ kunskap förutsätter studier av interaktion:

What I am interested in here is how participants in particular work environments make visible to themselves and each other what the grounds are for their proceedings. I thus forego theoretically derived notions of authority and knowledge in favor of investigating how participants deal with such issues in actual birth situations (Jordan 1993:154).

Praktiskt taget alla Sveriges kvinnor vänder sig till mödra- och förlossningsvården när de är gravida och när de ska föda. Det innebär att biomedicinsk kunskap och teknik får ett stort utrymme i olika förhållnings-sätt till graviditet och födande. Även det fåtal blivande föräldrar som väljer alternativa vägar i förhållande till den upptrampade stig som mödravården tillhandahåller, måste förhålla sig till biomedicinsk kunskap och teknik.

Biomedicinsk teknik influerar vårt sätt att tänka kring kroppen. Teknik som exempelvis kejsarsnitt, ultraljudsundersökning och invitrofertilisering kan påverka hur vi uppfattar, beskriver och använder våra kroppar. Förändringar vad gäller teknik (ny teknik, förfining av gammal eller ökad tillgång) kan exempelvis innebära nya valmöjligheter vilket i sin tur kan innebära att vi i högre utsträckning kan tänja de gränser kroppen tidigare satt upp för oss. Teknik kan med andra ord innebära att det som tidigare varit "facts of life" inte längre är det.

Samtidigt kan förhållandet också vara omvänt, det vill säga att hur vi tänker kring och använder kroppen influerar produktion och användning av medicinsk teknik. Även om biomedicinen i viss mening är universell till sin natur så finns det skillnader mellan hur olika länder organiserar sin förlossningsvård.

Det är viktigt att hålla i minnet att det biomedicinska perspektivet ofta väger tungt i förhållande till andra perspektiv. Relationen mellan vårdproducent och vårdkonsument är inte jämlik. Det är oftast den biomedicinska kunskapen som ligger till grund för beslut i en valsituation snarare än enskilda individers önskemål. Det är därför väsentligt att komma ihåg biomedicinens hegemoniska position vid analys av situationer där vårt sätt att tänka kring kroppen influeras av biomedicinsk teknik.

Begreppet *medikalisering* myntades av historikern, teologen och mo-

dernitetskritikern Ivan Illich (1977) och syftade till att lyfta fram konsekvenserna av att allt fler viktiga mänskliga livshändelser och problem kommit att hamna på biomedicinarnas bord (eller under "the clinical gaze" (Foucault 1976). Medicinska förklaringsmodeller har kommit att bilda en viktig bas för det kulturella konstruerandet av verkligheten genom att de bland annat kan användas för att definiera normalitet och avvikelse (Devereux 1956).

När jag använder begreppet medikalisering glider jag i avhandlingen mellan två användningssätt. Den enklaste användningen avser den vardagliga biomedicinska praktik som identifierar och kategoriserar tillstånd eller beteenden som sjuka och behov av medicinsk behandling eller intervention. Den andra användningen avser den process genom vilken medicinska perspektiv och behandlingar har blivit alltmer vanliga och inflytelserika i vårt samhälle och kommit att omfatta problem som tidigare inte betraktades som medicinska problem. Denna medikaliseringsprocess har i sin tur påverkat individers erfarenheter av exempelvis menstruation, graviditet, födande, klimakteriet, åldrande, homosexualitet, ensamhet och sorg. Medikalisering kan med andra ord också beskrivas som en identitetsskapande process (Sachs 2000). Antropologen Gananath Obeyesekere (1990) belyser, i en analys av relationen mellan strukturella maktförhållanden och hälsa, att det finns en tendens att sociala och politiska problem transformeras till "ett lidande som går att klassificera i termer av sjukdom (depression, magsår, kronisk smärta) som i sin tur går att intervensera mot genom medicinsk praktik" (Sachs 2000:34). Fokus hamnar på enskilda individers lidande på bekostnad av insikter om strukturella orättvisor. Symptom lindras utan att något behöver göras åt de grundläggande problemen.

Natur och kultur är ett återkommande begreppspar på graviditetens och födandets arena. Natur står ofta för något ursprungligt och givet, stabilt och opåverkat av interventioner, och kultur representeras ofta av biomedicinsk kunskap och teknik. Med biomedicinens hjälp kultiverar vi graviditet och förlossning. Det råder emellertid delade meningar om vad naturlighet är. Var går gränsen för vad som är naturligt och inte? Vad kännetecknar exempelvis en naturlig förlossning? Kan man föda naturligt på ett sjukhus? Är en hemförlossning naturligare än en naturlig för-

lossning på sjukhus? Det råder också oenighet om naturlighet i grunden är bra eller om det också finns negativa aspekter av natur. Är kvinnokroppen fullkomlig eller behöver den ibland "lite hjälp på traven"?<sup>6</sup> Det är viktigt att hela tiden ha i åtanke att hur olika personer definierar natur är beroende av kontext och vilken position de talar utifrån. Naturligheten har med andra ord olika positioner (Fjell et al. 1998a).

Socialantropologen Tove Fjell diskuterar i sin avhandling hur synen på födandet förändrats över tid (1998b). Fjell beskriver hur man i Norge från mitten av 1980-talet gått från ett teknikorierat synsätt på födande till en dragning mot ett "naturligare" födande. Det är en utveckling vi även kan känna igen i en svensk medicinsk kontext, där utvecklingen under 1980-talet var teknikorierad vilket följdes av kritisk reflektion och debatt i slutet av 1980-talet och i början av 1990-talet. Resultatet blev att en av naturlighetens positioner inordnades inom ramen för sjukvården i form av ABC-kliniker i Göteborg och Stockholm<sup>7</sup> samt en generellt större öppenhet inför den enskilda mammans behov och önskemål. Andra naturlighetspositioner fann sjukvårdens nya orientering otillräcklig, vilket speglas i det fortsatta arbetet inom exempelvis föreningen Föda hemma.

Det finns flera goda skäl till att problematisera dikotoma uppdelningar som kulturanthropologen Sherry Ortners natur/kultur (1974)<sup>8</sup>, kulturanthropologen Robbie Davis-Floyds holistisk/teknokratisk (1992; 1994)<sup>9</sup> samt begreppsparet naturlig/medikaliserad. För det första är begreppen svåra att definiera och hur de definieras är beroende av såväl ideologisk positionering som kontext på födandets arena. Diskussioner om graviditet och födande är ofta politiska och det får i sin tur konsekvenser för hur begreppen definieras. Begreppet naturligt används exempelvis ofta ideologiskt för att skapa ett sken av ofrånknlighet, vilket ur ett forskningsperspektiv kan vara problematiskt.

För det andra tycker jag det har funnits en tendens att forskningen tagit den ena delen av begreppsparet (det naturliga) för givet och därför inte problematiserat den, medan forskningen kritiskt granskat den andra delen (det medicinska). Ett sådant förhållningssätt kompliceras när vi möter människor i fält som ifrågasätter det naturliga och efterfrågar det medicinska.

För det tredje leder distinktioner av den här typen ofta till polariseringar av perspektiv som kan fördunkla vår blick för nyanser i fältet. Det finns ideologiska perspektiv på fältet, men de kvinnor jag följt har fler och mer komplexa förhållningssätt och handlingsstrategier än vad som går att inordna under rubriker som naturligt eller medikaliserat. Polariseringen av perspektiv gör att vi inte ser nyanserna i olika kvinnors uppfattningar och agerande. Distinktionen naturlig-medicinsk gör det svårare att se att människa och teknik ofta är mycket mer sammanflätade än vad vi uppfattar vid en första anblick.

## MÄNNISKA + TEKNIK = CYBORGIFIERING

Mödravården representerar för många kvinnor trygghet, mänskliga möten, omvårdnad, biomedicinsk kunskap och teknik. Jag fokuserar i avhandlingen särskilt på det sistnämnda och vad som händer i mötet mellan den gravida kvinnan och biomedicinen. Det var först när jag försköt perspektivet från delarna (kvinnor och teknik) till helheten (det som uppstår i mötet mellan kvinnor och teknik) som jag tyckte det gick att sätta ord på falterfarenheterna och hur grundläggande biomedicinsk kunskap och teknik är för hur kvinnor resonerar och agerar i samband med graviditet och födande. Det var *relationen* mellan den gravida kroppen och tekniken som hela tiden fångade min uppmärksamhet och det faktum att våra liv idag är så sammanflätade med teknik i olika former att det är svårt att avgöra var tekniken börjar och var den slutar.

Ett sätt att beskriva den *symbiotiska sammansmältningen mellan människa och tekniska system* (Dumit & Davis-Floyd 1998:1; min översättning) som blivit en del av nutidsmänniskans vardag är att använda begreppet cyborg. Cyborgbegreppet har sitt ursprung i amerikansk rymdforskning och myntades 1960 av rymdforskaren Manfred E. Clynes. Till sammans med kollegan Nathan S. Kline skrev han artikeln *Cyborg and Space* (1995 [1960]), där de föreslår att det vore mer logiskt att förändra rymdfararens kroppsfunktioner än att försöka återskapa en jordisk atmosfär åt honom i rymden. De eftersökte ett begrepp som skulle beskriva en person som med hjälp av ett i kroppen inbyggt tekniskt regelsys-

tem skulle kunna anpassa sig till främmande miljöer (Clynes & Kline 1995:31) – ”a selfregulating man-machine system” (1995:30).

Tjugofem år senare upphöjde idéhistorikern Donna Haraway cyborg-begreppet till en feministisk ikon med potential att lösa upp förtryckande dualismer (1991:149-181 [1985]). Cyborger, påpekade Haraway, är inte bara monsterliknande varelser hämtade i science fiction-världen utan är också en del av allas vår vardag. Cyborger behöver inte ens vara maskin-människor utan kan vara föreningar av relativt vardaglig karaktär som bilar, glasögon, p-piller och smärtstillande tabletter. Människor har i århundraden använt sig av teknik i sin vardag. Allt från spjut till skriftspråk har vävts in i människors liv och påverkat deras livsvillkor. Begreppet cyborg är ett sätt att förstå människan.

Kulturanthropologen Joseph Dumit<sup>10</sup> och Robbie Davis-Floyd urskiljer tre grundläggande användningssätt av cyborgmetaforen i sin introduktion till boken *Cyborg Babies. From Techno-Sex to Techno-Tots* (1998). Det första perspektivet behandlar cyborgens som ett tecken på positiva teknovetenskapliga framsteg. I ett sådant perspektiv blir ”naturlig” reproduktion ”farlig”, ”riskfylld” och ”slumpmässig” och en symbol för ett romantiskt bakåtsträvande (Dumit & Davis-Floyd 1998:8-9). Med preventivmedel kan graviditeter planeras och med hjälp av ägglossningstester har möjligheterna att pricka in önskad tidpunkt för konception ökat. Det har blivit onaturligt att föda hemma och naturligt att teknologisera födande. Frågor som uppstår till följd av ett sådant perspektiv är bland annat varför teknik inte ska användas när den finns tillgänglig? Om det exempelvis med hjälp av diagnostik går att identifiera problem som sedan kan åtgärdas med hjälp av intervention och det i sin tur kan förbättra barnets kommande livsvillkor, finns inte då också en moralisk plikt att ingripa?

Det andra synsättet behandlar teknifieringen av reproduktionen som en regression eller rörelse bort från det som uppfattas som ”naturligt” och viktigt (Dumit & Davis-Floyd 1998:9). ”Naturlig reproduktion”, med risker och slumpmässighet, uppfattas som bättre och säkrare än teknisk övervakning och intervention. Teknik i sig bör inte vara ett självändamål och det gäller kanske särskilt vid tillstånd som inte kan behandlas. Ett annat argument är att teknik inte bara löser problem utan även kan ska-

pa nya i den komplexa organism som människokroppen utgör. Om livets "naturliga gång" rubbas kan med andra ord nya problem uppstå. Att manipulera kroppen kan vidare uppfattas som en kränkning av livet och ett sätt att höja sig över en potentiell högre mening med det som sker. Perspektivet kan vi spåra till 1960- och 1970-talens alternativa rörelser kring födande samt till dagens ekofeministiska perspektiv.

Det tredje perspektivet använder cyborgbegreppet som "ett neutralt analytiskt verktyg och metafor för alla slags relationer mellan människa och tekniskt system" (Dumit & Davis-Floyd 1998:8; min översättning). Det innebär bland annat att begreppet 'naturlig' reproduktion problematiseras utifrån utgångspunkten att det inte finns någon ren natur. Exempelvis kan även en hemförlossning assisterad av en barnmorska enligt detta synsätt betecknas som "cyborgreproduktion" genom att såväl barnmorska som blivande föräldrar för in medicinskt och tekniskt kunnande i processen. Begreppet syftar här också till att hitta en mer flexibel hållning jämfört med de två första perspektiven och därigenom försöka undvika att fastna i positioner som handlar om *antingen* teknologins faror *eller* löften (Dumit & Davis-Floyd 1998:12). Snarare handlar det om att erkänna att det finns såväl förtjänster med medicinsk teknik som faror och möjlig överanvändning.

När jag själv började undersöka problematiken kring kvinnor som ville göra planerade kejsarsnitt utan medicinsk indikation blev det snabbt tydligt att det var en fråga som väckte starka känslor. Dels genom kvinnors berättelser, dels genom reaktioner jag mött när jag själv talat om 'fenomenet'. För mig blev därför ett öppet förhållningssätt en ännu tydligare förutsättning för att jag skulle kunna nysta i frågan på ett någorlunda förbehållslöst sätt.

Jag tycker att det antropologiska uppdraget främst består i att studera hur människor drar gränser på olika sätt samt att analysera vilka konsekvenser de olika gränsdragningarna har. Min användning av cyborgbegreppet karaktäriseras därför mera av vad vi kan kalla *cyborgifiering* av processer och perspektiv. Cyborgifiering, enligt mitt sätt att se det, karaktäriseras framförallt av att teknik och kunskap blivit en självklar del av vår vardag och att detta inte är något som vi reflekterar kring utan istället tar för givet. Cyborger är med andra ord inte bara hybrider mel-

lan kroppar och tekniska implantat utan är också en del av vårt sinne, det vill säga av hur vi tänker. I avhandlingen tar jag upp tre exempel på cyborgifiering av den gravida kroppen. Jag beskriver graviditetstest, ultraljudsundersökning av fostret samt kejsarsnitt och hur de interagerar med den gravida kroppen såväl fysiskt som mentalt.

## ANTROPOLOGISKA OCH SOCIOLOGISKA INFALLSVINKLAR PÅ RISK

Det vanligaste angreppssättet när det gäller riskforskning har utgångspunkten att risker är objektiva fenomen som alltid svarar mot en kalkylerbar fara och präglas av ambitionen att beskriva risker på ett neutralt och kalkylerbart sätt (Lupton 1999:1). Hit hör en epidemiologisk förståelse av risk. Ur mödravårdens synvinkel ligger epidemiologernas riskkalkyler därför som en självklar grund för verksamheten.

Den traditionella riskforskningen brukar delas in i tre områden: riskanalys, riskperception och riskkommunikation (Binde 2002:111). Riskanalys utgörs av tekniska kalkyler av risker. Forskning om riskperception handlar ofta om hur "allmänhetens uppfattningar om risker formas och ser ut" (Binde 2002:111) och är ofta inriktade på individer och psykologisk funktion. Forskning om riskkommunikation handlar om kommunikation av riskinformation. Den omfattar dels olika sätt att informera på, dels hur informationen tas emot och används (Binde 2002).

Vad som identifieras som risker i ett samhälle av såväl lekmän som experter är inte bara en fråga om att identifiera ren fakta utan är också ett resultat av sociokulturella processer (Douglas 1986; Beck 1992 [1986]; Giddens 1997; Luhmann 1993; Furedi 2002). När begreppet risk hamnar under samhällsvetarens eller humanistens lupp är det därför inte i första hand faktiska risker som är i fokus utan snarare hur definitioner och värderingar av risker också relaterar till ett större sociokulturellt och politiskt sammanhang.

Socialantropologen Mary Douglas fäste tidigt vår uppmärksamhet på att vad människor upplever som riskfyllt och farligt är relativt och kontextuellt (1966, 1986, 1992). Fördelen med Douglas angreppssätt är

att det inte bara berör individnivån, det vill säga psykologiska responser på risker, utan inkluderar den sociokulturella kontext som också influerar hur individer ser på risk. Vilka risker vi fruktar mest, vilka risker vi är beredda att ta och vilka risker vi ignorerar är enligt Douglas även influerat av kulturella antaganden. För Douglas handlar samtal om risker och faror i grund och botten för det mesta om ideal för hur den sociala ordningen i ett samhälle upprätthålls på bästa sätt. Hur vi uppfattar risker är, menar Douglas, bland annat kopplat till moralfrågor vilket i sin tur ytterst handlar om normer för hur vi bäst organiserar våra sociala relationer (1986:8). Jag får anledning att återkomma till Douglas perspektiv i avsnittet om kejsarsnitt och risker, där jag visar att diskussionen inte bara handlar om objektiva risker utan också om normer för hur en kvinna bör agera.

I boken *Purity and Danger* (1966) demonstrerar Douglas hur sådant som uppfattas hota den sociala ordningen ofta beskrivs som kontaminerande eller farligt och att vad som uppfattas som farligt varierar med den kulturella kontexten. I essäsamlingen *Risk and Blame* (1992) inriktar sig Douglas på hur begreppet risk i vårt eget samhälle ofta används för att upprätthålla gränser mellan individer och sociala grupper och hur skuld och ansvar är centrala begrepp i diskurser om risk. När vi talar i termer av risk definierar vi samtidigt ofta individer, grupper eller institutioner som riskfyllda. Etnologen Anna Ljung visar exempelvis i sin avhandling *Bortom oskuldens tid* hur riskdiskursen kring HIV/AIDS inte bara fokuserar på reella risker utan också har moraliska implikationer (Ljung 2000).

Tankar om ansvar är centrala för "riskens dynamik" eller för hur vi upplever och hanterar frågor som på något sätt anknyter till risker och faror. Sociologen Niklas Luhman (1993) menar att vi därför bör skilja mellan begreppen risk och fara. När vi talar om risker så avser vi ofta möjliga händelser som kan förutses samt att beslutet ligger i våra egna händer om vi ska ta risken eller inte. Risk är något som vi i viss mån kan förutse och kontrollera och något som vi har ansvar för. Fara tillhör däremot det okontrollerbaras zon. En fara kan inte förutses eller undvikas på samma sätt som en risk och vid fara, om man drabbas, så är man otursdrabbad snarare än skyldig.<sup>11</sup> Samtidigt, vill jag tillägga, är det ibland

kanske inte självklart vad som är en fara och vad som är en risk, vilket i sin tur gör skuldfrågan förhandlingsbar.

Ulrich Beck och Anthony Giddens uppmärksammade oss i början av 1990-talet på att begreppet risk och riskhantering som praktik har fått ett allt större utrymme i vårt moderna eller senmoderna samhälle. Beck skriver att "risk may be defined as a systematic way of dealing with hazards and insecurities induced and introduced by modernization itself" (1992:21). Anthony Giddens beskriver på ett liknande sätt hur begreppet risk har blivit fundamentalt för hur såväl lekmän som tekniska specialister organiserar den sociala världen (1997). Diskussionen om risk och modernitet handlar inte bara om "nya" risker utan också om hur vår moderna tillvaro på olika sätt aktualiserar kända risker och faror (Giddens 1997). Det handlar inte bara om att vardagen har blivit farligare. "Det centrala är istället att vi under modernitetens villkor – såväl lekmän som experter inom olika områden – praktiskt taget hela tiden tänker i termer av risker och gör riskbedömningar". (Giddens 1997:150). Människor ställs hela tiden inför allt fler val, vilket i sin tur kräver mer reflektion och i denna reflektion ingår, menar Giddens, ett ständigt övervägande av risker.

Ett karaktäristiskt drag hos risksamhället är att människor i stor utsträckning förhåller sig till potentiella risker. Sociologen Frank Furedi poängterar att risker ofta är teoretiska, eftersom kunskapen om det vi oroar oss för inte särskilt ofta är baserad på våra personliga erfarenheter (2002:vii). Mycket information om risker får vi till exempel via tidningar, radio och TV, samt, vill jag lägga till, Internet. Vi har med andra ord i regel kännedom om långt fler risker än vi någonsin kan komma att drabbas av (Furedi 2002:vii). Teoretiska risker behöver inte heller vara baserade på andra människors personliga erfarenhet. I teorin kan ju allting hända, och tar vi det i beaktande så får vi ett oändligt antal teoretiska risker att förhålla oss till (Furedi 2002:viii). Furedi menar att sammantaget är många av de paniker som med jämna mellanrum uppstår relativt frikopplade från vad som verkligen kan inträffa. Vår upptagenhet av teoretiska risker är ett resultat av att säkerhetstänkande blivit institutionaliserat i varje aspekt av livet idag (Furedi 2002:4).

Ytterligare ett angreppssätt är inspirerat av Michael Foucaults be-

skrivningar av den maktform som är karaktäristiskt för det moderna samhället, det vill säga maktutövande i form av disciplinering (*disciplinary power*). Sociologen Deborah Lupton benämner perspektivet med den engelska termen *governmentality approach* (1999). Angreppssättet är en vidareutveckling av Douglas kultur- och symbolteoretiska perspektiv samt Beck och Giddens karaktärisering av "risksamhället". Angreppssättet utgår ifrån att risker inte bara är en följd av nya faror utan också av att sociala institutioner bidrar till produktionen av dessa (se även Burchell, Gordon & Miller 1991). Fokus ligger på hur riskdiskurser på en samhällslelig nivå kan inverka på individers dagliga liv och ibland även tjäna sociala och politiska syften. Riskdiskurser kan ha en självreglerande effekt på individnivå, eftersom det förväntas av varje samhällsmedborgare att ta ansvar. Att ta risker, som definierats av samhällsleliga institutioner, blir därmed oansvarigt och belagt med skuld och skam (Douglas 1992).

Detta angreppssätt tillämpas i ett flertal studier inom medicinsk antropologi som bland annat behandlar konsekvenserna av statlig hälsoövervakning (health surveillance) i form av medicinsk screening.<sup>12</sup> Kärnan i den preventiva medicinen är kunskap kombinerad med viljan att skåda in i framtiden (Adelswärd & Sachs 2002). Det handlar alltså om att ta fram information om kroppsliga tillstånd som kan hjälpa oss att förutse och förhindra sjukdom. Lupton (1999) har påpekat att det är svårt att problematisera eller ifrågasätta screening "because of its benevolent goal of maintaining health" (Kaufert 2000:181). Den preventiva vården har naturligtvis många fördelar, men det är också viktigt att undersöka dess mer problematiska konsekvenser. På vilket sätt förändrar screening människors syn på sig själva genom att verksamheten även introducerar rädsla? Vad innebär det till exempel att leva med risk i samband med genetisk screening för cancer (Sachs 1998)?

Socialantropologen Lisbeth Sachs har i sin forskning bland annat studerat och analyserat hur människor uppfattar och hanterar den kunskap som följer av preventivt arbete i form av kolesterolmätningar (1995). En av hennes observationer är att riskprevention inte bara befrämjar hälsa utan även kan komplicera liv och välmående på individnivå. Riskprevention förser nämligen människor med en mängd ny information och direktiv att förhålla sig till och det är inte alltid att kunskap bara är av godo

(Sachs 1995; 1998; Adelswärd och Sachs 1996). Ett annat exempel som inte har med riskprevention att göra är hur försäkringsbolag numera höjer premierna i lägen när det går att påvisa i förväg att risken för olika medicinska problem är högre för vissa individer. Ett tredje exempel belyser Sachs i boken *Att leva med risk*, som bygger på samtal med kvinnor som involverats i utredningar av ärftlig benägenhet att utveckla cancer (1998).

Undersökningar utförda i preventivt syfte har bidragit till att ifrågasätta den tidigare så självklara relationen mellan välbefinnande och god hälsa. Tidigare tillit till den egna upplevelsen har kommit att ersättas med synen på kroppen som bedräglig genom att den kan må bra, men samtidigt dölja allvarliga sjukdomar (Sachs 1998, Kaufert 2000). Vi lägger med andra ord stor vikt vid sådant vi inte kan känna och riskerar på så sätt även att introducera oro och fruktan när sjukdom inte förekommer. Dels genom att peka ut teoretiska möjligheter, dels genom falska alarm. Preventiv medicin innebär med andra ord inte bara intervention i kroppen utan också i sinnet. Giddens formulerar effekten träffande när han skriver att "risk koloniserar framtiden" (1997).

Det är en svår balansgång vården har att vandra när det gäller att avgöra när screening är legitimt eller inte. Det handlar om att intervensera i kropp och själ hos många människor för att kunna upptäcka, och i bästa fall bota, problem hos ett fåtal (Sachs 1998; Kaufert 2000). Riskprevention har blivit en del av vår kultur och att säga nej till ett erbjudande om screening kräver ett aktivt ställningstagande (se t.ex. Anette Forss 2005).

Epidemiologerna brukar ibland kallas för den preventiva medicinens prästerskap (Kaufert 2000:170), eftersom de har makt att definiera vad som är normalt och vad som är avvikelse. På samma sätt kan screening ha moraliska implikationer i och med att grundprincipen är att identifiera avvikelse från vad som uppfattas som normalt. Sachs beskriver grundprincipen som en biomedicinsk normaliseringspraktik, vilket innebär att det normala måste definieras på förhand för att man ska kunna skilja ut det som avviker i avsikt att behandla det (1995:506). Riskdiskursen kan alltså betraktas som en normaliserande diskurs och därmed också en mo-

när lillan kommer till  
jorden har hon redan varit  
försäkrad i tre månader

Att vänta barn är fantastiskt. Men ibland upplever du säkert stunder av oro med många tankar och frågor. Därför har vi tagit fram en VäntaBarn försäkring. Tack vare den kan du som förälder försäkra ditt barn redan när det ligger i magen. I barnets försäkring ingår bland annat ersättning för förlösnings-skador, sjuk- och olycksfallsskydd och en livförsäkring.

Barnets försäkring gäller från 28:e graviditetsveckan och sex månader framåt.

Som mamma får du ett olycksfallsskydd utan extra kostnad.

VäntaBarn kan tecknas tidigast den tionde graviditetsveckan.

De krav vi ställer, för att du ska få teckna VäntaBarn, är att din graviditet är normal enligt kontroller hos MVC eller läkare och att du själv inte behandlas eller kontrolleras för diabetes, hjärt-/njursjukdomar eller högt blodtryck.

VäntaBarn kostar 750 kr och är en extra trygghet för både dig och ditt väntade barn i en tid fylld av både oro och glädje.

Fyll i och posta kupongen. Inom kort får du en bekräftelse på att du tecknat VäntaBarn samt ytterligare information.

AME 12/98

Jag vill gärna  
teckna VäntaBarn för mig och mitt barn.

JAG GÅR PÅ REGELBUNDEN KONTROLL HOS \_\_\_\_\_

MVC ELLER LÄKARE\* \_\_\_\_\_

I (ORT)\* \_\_\_\_\_

JAG ÄR NU I GRAVIDITETSVECKA\* \_\_\_\_\_ MED \_\_\_\_\_

BERÄKNAD FÖRLÖSSN. (ÄR/MÅN/DAG)\* \_\_\_\_\_

NAMN\* \_\_\_\_\_

ADRESS\* \_\_\_\_\_

POSTNR/ORT\* \_\_\_\_\_

PERSONNUMMER\* \_\_\_\_\_

TELEFON DAG \_\_\_\_\_ KVÄLL \_\_\_\_\_

För mer information gå till www.vanta.com eller ring 0800 777 777

*Numera rekryterar försäkringsbolagen även kunder bland födda barn. Försäkringsbolagen drar nytta av att den oro som blivande föräldrar kan känna.*

raliserande diskurs, som kan skapa sociala stigma och skuldkomplex (Sachs 1995; Adelswärd & Sachs 1994; Ljung 2001).

## GRAVIDITET OCH RISK

Att vara gravid är en situation då fokus på risker är särskilt stort. Dels är det en fråga om att graviditet är ett tillstånd som ofta genererar känslor av ovisshet och osäkerhet på såväl ett konkret plan som på ett existentiellt, dels är det en fråga om kontext. Risk framträder ur antropologisk synvinkel som en kulturell fråga genom att det finns skillnader i tid och rum i hur risk konstrueras, betonas och hanteras. I Sverige finns ett relativt välutvecklat system av rekommendationer från mödravårdshåll för att undvika risker i samband med graviditet och födande. Det säkra tas före det osäkra även när det gäller relativt små och ovanliga risker. Min observation under fältstudien var också att många blivande föräldrar ofta är pålästa och väl medvetna om såväl stora som små risker.

En röd tråd i avhandlingen är att visa hur olika former av begreppet risk kommer till uttryck i mitt fältmaterial. Jag skriver om risker, på empirisk nivå, på ett sätt som motsvarar hur mina informanter talat om risker och faror. Det har inneburit att jag har fått hantera flera och löst definierade varianter av begreppet risk. En viktig fråga är vem som i en specifik situation har den privilegierade positionen att definiera vad som är en risk.

Blivande föräldrars oro och upptagenhet av olika risker i samband med graviditet och födande kan synas paradoxal med tanke på den positiva utveckling vi haft inom svensk mödravård i ett historiskt perspektiv. Riskerna med graviditet och födande har minskat dramatiskt i vår del av världen. Det fanns en tid då kvinnor dog i barnsäng på grund av läkares okunskap om betydelsen av god handhygien och då ett kejsarsnitt var förenat med döden. Fram till 1800-talet utfördes bara kejsarsnitt när moderns liv inte gick att rädda och i Sverige var kejsarsnitt ett mycket ovanligt ingrepp fram till 1950 (Alfvén et al 1996). I Sverige har spädbarnsdödligheten minskat från 16 barn per 1000 levande födda, år 1960, till 3 barn år 2005.<sup>13</sup> Men med ett modernitetsperspektiv på det etnografiska

materialet framstår oro och risktänkande som vare sig paradoxalt eller irrationellt. Istället framträder en tidsanda präglad av diskurser om risker och riskhantering som också har konsekvenser på individnivå.

Faror och risker har alltid varit ett tema för människor. Min uppfattning är emellertid att vår tids risktänkande skiljer sig från tidigare generationers. Säkerhet och riskmedvetenhet har blivit integrerade i varje aspekt av våra vardagsliv och då även i sammanhang där farorna/riskerna minskat eller är oförändrade. Människor har fått mer att oro sig för i form av exempelvis miljöförstöring och växthuseffekt. Samtidigt har vi också blivit bättre på att identifiera och hantera en del risker genom exempelvis epidemiologisk forskning och vaccinationer, kontroller av dricksvatten och vattenrening, samt trafiksäkerhetsforskning och införande av bilbarnstolar. Vi konfronteras alltså dels med nya risker, dels med ökad kunskap om "gamla" men kanske tidigare okända faror. Tillgången på medicinsk teknik och kunskap har bidragit till blivande föräldrars ökade medvetenhet om faror och risker samt givit dem mer eller mindre uppnåeliga löften om ökad kontroll.

Viljan att skåda in i framtiden (Adelswärd & Sachs 2002) eller viljan att veta (Hellmark Lindgren 2003) finns inte bara hos den medicinska professionen utan är också en drivkraft hos blivande föräldrar. Medicinska tekniker som graviditetstester och ultraljud har en stor attraktionskraft och är populära och efterfrågade (se vidare kapitel fyra). Teknikerna innebär en bekräftelse och ett synliggörande av graviditeten. En tidigt identifierad graviditet innebär att kvinnor kan undvika risker genom att snabbt börja följa de rekommendationer som finns när det gäller undvikande av alkohol, östersjöfisk och opastöriserade ostar. En ultraljudsundersökning uppfattas ofta som ett sätt att fastställa om allt är normalt i relation till ett antal teoretiska risker och bruket av undersökningsmetoden motiveras ofta av blivande föräldrar med ett "jag vill se om allt är som det ska". Användning av medicinsk teknik får ibland en nästan magisk karaktär genom att den inte bara syftar till att ta fram information om fostret utan också kan användas som ett lugnande medel mot oro. Teknik kan skapa känslor av kontroll och kan på så sätt även beskrivas som en form av existentiell riskhantering.

När det gäller den ökade kännedomen om olika risker och faror är

den stora förändringen som skett på graviditetens område kanske framförallt att blivande föräldrars riskscenarier har blivit mer specifika. Tidigare fick den generella frågan om "allt är som det ska med barnet" relativt allmänna svar medan vi idag talar i mer specifika termer av mätvärden och kromosomer. Den riskfokusering som kommer till uttryck inom mödravården sker som jag visar i avhandlingen på ett indirekt sätt. Genom att definiera det normala i en graviditet möjliggörs också upptäckt av avvikelser som ges extra observandum. "Riskmammor" och "riskavdelningar" är vardagspråk inom mödravården och syftar på gravida kvinnor med avvikande mätvärden och symptom samt avdelningar på sjukhusen med omvårdnad av "riskmammor" som specialitet.

Ytterligare en dimension, som jag redan varit inne på, är att känedom om olika faror och risker idag har en stor spridning genom framförallt olika medier, där bland annat Internet idag har en framträdande plats för många av dagens blivande föräldrar. Mediaspridd kunskap om olika faror och risker är snarare teoretisk för det stora flertalet mottagare än upplevd.

Konsekvensen av det jag beskrivit ovan tycks vara en upptagenhet av risker som yttrat sig på så sätt i fältet att "risk" varit ett återkommande tema inom såväl mödravård som hos blivande föräldrar jag varit i kontakt med. Min slutsats är att talet om risker inte bara handlar om reella risker utan också har blivit ett sätt att förhålla sig till livet på. Detta innebär i sin tur också att diskurser om risk är tacksamma att använda i moraliserande och sålunda också kontrollerande syfte. I debatten om kejsarsnitt har riskerna ibland överdrivits. Bland annat har det hänvisats till uppgifter om risker med kejsarsnitt som baserats på statistik, där det inte görs någon skillnad mellan akuta kejsarsnitt och planerade. Mina informanter uppfattade detta ofta som en slags skrämseltaktik, som inte bara hade med riskbedömningar att göra utan också handlade om en djupt liggande ovilja mot "onaturligt födande" samt att det finns en provokation i en kvinnas ifrågasättande av en given ordning.

En fråga som infunnit sig under arbetets gång är om faror i allt högre utsträckning i våra sinnen transformerats till risker, det vill säga att företeelser som uppfattats som faror i Luhmanns perspektiv (1993) har förskjutits till att bli risker, som vi har lärt oss går att kontrollera och ta

ansvar för. Om kvinnor känner till farorna med att utsätta ett foster för alkohol, kan de ta ansvar för fostret genom att låta bli att dricka under graviditeten. På så sätt har faran med alkohol genom ökad kunskap transformerats till en risk som går att kontrollera. Men det finns också andra exempel där frågan om ansvar och kontroll är mer diffus eller komplicerad eftersom sambanden mellan en viss företeelse och fara för barnet är av ett mer svårbestämt slag. Det kan handla om faror som kanske finns utan att vara kända för oss ännu. Eller kanske företeelser som kan vara farliga, men där oenighet råder bland forskarna. Det kan också handla om företeelser som är kända för att vara ohälsosamma, men svåra för den enskilda att kontrollera som exempelvis föroreningar i luften vi andas. För att komplicera bilden ytterligare kan det vidare råda delade meningar om hur man bäst förebygger komplikationer och vad man kan kontrollera och inte. Det blir tydligt i de förhandlingar om risk som uppstår i situationer där kvinnor väljer att avvika från mödravårdens rekommendationer. För de flesta blivande föräldrar som jag varit i kontakt med är det exempelvis en självklarhet att den stundande förlossningen ska äga rum på ett sjukhus med tillgång till teknik och farmakologisk smärtlindring om det behövs. Men det finns också synsätt på risker som leder fram till helt andra önskemål om villkoren för förlossningen, som att få föda sitt barn hemma eller att undvika den vaginala förlossningen genom ett planerat kejsarsnitt. Oavsett om gravida kvinnor, barnmorskor eller läkare argumenterar för eller emot sjukhusförlossning, hemförlossning eller planerade kejsarsnitt så är resonemang om risker och ansvar framträdande i diskussionerna. Betoningen av risker gör att andra överväganden, som kvinnors autonomi och subjektiva upplevelser av trygghet kommer i skymundan, vilket jag i sig tror är en nackdel inte bara för kvinnan utan också för barnet.

Den här avhandlingen handlar alltså inte om analys av faktiska risker i samband med graviditet, det hör till epidemiologernas kompetensfält. Avhandlingen handlar inte heller om varför vissa kvinnor ignorerar riskinformation om exempelvis alkoholens skadeverkningar i samband med graviditet (riskperception och riskkommunikation). Avhandlingens fokus ligger snarare på "de retoriska och diskursiva aspekterna av risk" (Binde 2002:112) och strävar efter att förskjuta perspektivet från en teknisk

och/eller psykologiskt orienterad diskussion kring risker, till en diskussion om betydelsen av att allt som rör graviditet och födande i så stor utsträckning diskuteras i termer av risker.

Jag vill betona den kulturella dimensionen av risk och ifrågasätter i linje med Mary Douglas att risker är neutrala och kalkylerbara i en objektiv mening. Antropologens uppgift är inte att bedöma och värdera risker objektivt utan snarare att försöka beskriva hur risker *uppfattas* på ett så nyanserat sätt som möjligt. Man kan kanske, som jag nämnt tidigare, beteckna mitt förhållningssätt som relativistiskt i så måtto att jag medvetet undviker att ta ställning till "vem som vet bäst" till förmån för en analys av hur rationella olika perspektiv är i förhållande till sin kontext.

Kulturellt konstruerade risker kan naturligtvis vara grundlösa genom att de bygger på idéer som vid närmare granskning inte håller för en vetenskaplig prövning. Jag tänker exempelvis på olika idéer som florerat genom åren när det gäller hur man blir smittad av HIV (se Dover 2001). I mitt material har jag emellertid inte funnit beskrivna risker som varit grundlösa i den bemärkelsen. Snarare har jag funnit variation i vilka risker som betonats framför andra risker och den dynamik som följer med en stor medvetenhet om teoretiska risker.

Min tolkning av materialet är att den mesta oron som mammor bär på är grundad i reella men ovanliga risker. Koncentration på risker kan också vara ett uttryck för en allmän oro inför det ovissa i att vänta barn. Denna oro kan ta sig specifika uttryck, när möjligheten erbjuds, i form av detaljerade farhågor om sådant som kan skada fostret.

## BEGREPPET KÖN ISTÄLLET FÖR GENUS

Jag föredrar att använda begreppet kön som analytisk kategori framför genus (Hellmark Lindgren 2001) Min avsikt är att undvika distinktionen kön/genus eftersom jag dels tycker det ofta är oklart vad som egentligen avses med begreppen kön och genus, dels för att jag upplever det som problematiskt att dikotomisera något som utifrån en medicinsk antropo-

logisk läsning av kroppen i själva verket är sammanflätat i en relation och som förändras över tid (Lock 1993; Worthman 1995; Kirmayer 1988).

Syftet med att föra in den begreppsliga distinktionen mellan kön och genus var att undvika biologisk determinism och sexistiska stereotyper (Rubin 1975; Kulick 1987). Syftet var också att synliggöra att relationer mellan män och kvinnor, samt de symboliska betydelser som tillskrivs kategorierna man och kvinna, varierar i tid och rum och därför inte kan antas vara "naturliga" eller förutbestämda (Moore 1994:820; Rubin 1975; Kulick 1987; Strathern 1980).

I slutet av 1980-talet och början av 1990-talet gjordes invändningar mot kön/genus-distinktionen (t.ex. Yanagisako & Collier 1987). Framförallt kritiserades tendensen att en distinktion görs samtidigt som vi ofta bara analyserar den ena delen i paret, det vill säga genus. Kön förblir oproblematiserat, vilket i sin tur tenderar att reproducera en föreställning om att kultur är ett ytligt utanpåverk på en ursprunglig biologisk essens.

Ett annat problem med dikotomin är att den "ursprungliga biologiska essensen" är svår att komma åt eftersom även biologiska kategorier konstrueras kulturellt. Emily Martin visar exempelvis i sin studie av hur konceptionen beskrivs i medicinska läroböcker att till och med små kroppsliga beståndsdelar som spermier och ägg får ett kulturellt innehåll så fort vi börjar tala om det vi ser genom mikroskopet (Martin 1997; Forss 2005).

Sylvia Yanagisako och Jane Collier ville öppna "den svarta lådan" genom att påpeka att även biologiskt kön är kulturellt konstruerat (1987). De menade att kön/genusdistinktionen var ett resultat av en västerländsk folkmodell som utgick ifrån att genus överallt grundar sig på anatomiska skillnader mellan män och kvinnor (1987:15). Enligt Yanagisako och Collier borde vi fokusera på relationen mellan det kulturellt konstruerade könet och genus och hur dessa konstrueras i förhållande till varandra. På så sätt nådde de fram till en punkt då kön inkorporeras i genus genom att genus betraktas som det diskursiva ursprunget till kön (Moore 1999), ett synsätt som vanligtvis brukar tillskrivas Judith Butler (1990). Resultatet är en inversion av "den kausala ordning som postulerats av biologiska determinister" (Heinämaa 1998:44) och kan beskrivas som såväl kulturell konstruktivism som determinism.

Jag känner mig dock tveksam till att per definition reducera kulturell konstruktivism till determinism eftersom det sällan handlar om att utesluta existensen av den materiella kroppen utan oftare är en fråga om förskjutning i fokus. Jag tycker det finns en stor poäng med att erkänna att det inte går att tala om kön och fysiska kroppar utan att vårt 'tal' präglas av en kulturell förståelse. Frågan som hela tiden måste ställas är om en specifik fysisk skillnad verkligen är en skillnad som gör en skillnad (Yanagisako & Collier 1987). Om en specifik, observerbar, skillnad saknar skillnad i praktiken är det den kulturella kategoriseringen som måste omprövas och vice versa. Dessutom är det viktigt att erkänna den politiska sprängkraften i den könade och könande kroppen<sup>14</sup> och att konstruktivism respektive essentialism inte bara är teoretiska inriktningar utan också något som används politiskt. I könsteoretiska diskussioner blandas ofta vetenskapliga argument med politiska och inte sällan även väldigt privata och existentiella argument. Den gravida kroppen är högst påtaglig och en fysisk process som inte kan avgränsas från en diskussion om kulturella betydelser. Kroppen är i sig betydelsebärande precis på samma sätt som vi också tillskriver den kulturella betydelser som inte alltid motsvaras av den fysiologiska processen. Min ambition för detta avhandlingsarbete har varit att ta den materiella kroppen på allvar utan att för den skull varken hänfalla åt extrem kulturdeterminism eller ren biologism.

## GRAVIDITETENS OCH FÖDANDETS ANTROPOLOGI

Det har producerats en hel del etnografiska data om ideal och praktiker som är relaterade till mänsklig reproduktion. Några exempel på klassiska studier är Bronislaw Malinowskis skildring av hur man på Trobrianderna förklarade hur konceptionen gick till (1929) och Victor Turners arbete om fertilitetsriter (1967). Det finns också världsomfattande jämförande kartläggningar av etnografiska skildringar av reproduktion (se t.ex. Engelman 1883; Ford 1945; Lorimer 1958; Mead & Newton 1967; Nag 1966). Kartläggningarna har varit av skiftande kvalitet och varierat mellan försök att visa teoretiska principer för varierande förlossningspraktiker till

mer beskrivande undersökningar, som med Browner och Sargents ord "primarily provide a laundry list of reproductive customs around the world" (1990:217)<sup>15</sup>.

Efter andra världskriget gjordes stora satsningar på internationella hälsoprojekt med fokus på barn och mödrar. I kombination med feministiska strömningar som tog ny fart under 1960- och 70-talen fick reproduktion som forskningsfält ny aktualitet (Browner & Sargent 1990). Graviditet, födande och föräldraskap analyserades som källa till såväl makt som underordning. Forskningen fokuserade exempelvis på hur kulturella konstruktioner av kön samspelar med konstruktioner av moderskap och gav oss en provkarta på varierande moderskapsideal från hela världen (se t.ex. Kitzinger 1978; Paulme 1960; Oakley 1979; Morsy 1982).

Under 1980- och 90-talen har studiet av reproduktiv kultur utvecklats till att bli ett avgränsat forskningsområde i sig (se t.ex. MacCormack 1982; Buckley & Gottlieb 1988; Knight 1991; Oakley 1977). Detta till skillnad från den äldre etnografins vars skildringar av mänsklig reproduktion, med vissa undantag, har varit en etnografisk biprodukt till andra etnografiska och ofta manliga projekt. Det var framförallt Brigitte Jordans (1993 [1978]) jämförande och empiriskt baserade studie av födande i tre olika samhällen, som gav ny legitimitet till empiriska studier av biologisk reproduktion inom antropologin (Ginsburg & Rapp 1991:320).

Under 1990-talet har biomedicinsk kunskap och teknik fått en central plats i antropologiska studier av reproduktion. En vanlig infallsvinkel är att undersöka hur biomedicinsk kunskap och teknik influerar olika sätt att uppfatta och tolka graviditet och födande. Ett forskningsfält som vuxit snabbt fokuserar på 'den nya reproduktiva teknologin', det vill säga provrörsbefruktning, hormonbehandling, ägg- och spermiedonationer, surrogatmoderskap med mera. (se t.ex. Franklin 1997; Ragoné 1997; Sandelowski 1991; Strathern 1992; 1996; Modell 1989; Lundin 1997). Det finns även studier som koncentrerat sig på rutinmässiga undersökningar som ultraljud (Georges 1996; Mitchell & Georges 1998; Petchesky 1987; Draper 2002; Maher 2002) och fostervattensprov (Rapp 1988; 1997b).<sup>16</sup>

Gemensamt för studierna är att de tydligt speglar hur medicinsk teknik har implikationer som sträcker sig utanför den medicinska sfären.

Det är också viktigt att ta med i beräkningen att biomedicin i sig inte är neutral och oberoende av kontext. Emily Martin (1987; 1997) har exempelvis gjort kritiska könsanalyser av biomedicinska texter om kvinnokroppen och dess reproduktiva funktioner och demonstrerar hur biomedicinsk diskurs är präglad av sitt kulturella och sociala sammanhang (se även Good 1994).

En annan rörelse inom reproduktiv antropologi är som på så många andra områden att söka sig till ett mer aktörsorienterat perspektiv. Antropologisk forskning om graviditet och födande i en biomedicinsk kontext fokuserar generellt på vilka konsekvenser biomedicinens hegemoniska ställning har för kvinnors graviditet och födande. En vanlig ingång har varit att fokusera på individer som är utsatta för teknisk manipulation (Lock & Kaufert 1998). Med ett aktörsorienterat perspektiv får vi i större utsträckning syn på olika responser på teknik, allt ifrån ideologisk acceptans eller avståndstagande till mer pragmatiska förhållningssätt och ageranden (Ginsberg & Rapp 1995; Lock & Kaufert 1998). Istället för att kritiskt analysera medicinsk kunskap och teknik utifrån ett oproblematiserat offerperspektiv menar Alberto Cambrosio, Allan Young och Margaret Lock att vi istället bör skapa "*a sociology of criticism*", det vill säga analysera vilka perspektiv, överväganden och ideologier som mobiliseras av såväl forskare, kliniker och lekmän när de utvärderar och använder sig av teknik (2000:12). I en sådan sociologi eller antropologi framträder teknik som något som kan definieras olika beroende på vad vi har för utgångspunkter och perspektiv.

## DEN GRAVIDA KROPPEN OCH KÖN

Vid sidan av förhandlingar om risker pågår också ofta förhandlingar om vad som är/bör vara manligt respektive kvinnligt i relation till graviditet och födande. Kön är naturligtvis av biologiska skäl en ofrånkomlig ordnande princip för graviditet och födande eftersom endast kvinnor kan bli gravida. Men utöver detta självklara faktum så strukturerar kollektiva normer för kön våra individuella erfarenheter och handlingar på ett mer subtilt sätt än biologiska förutsättningar gör. Hur vi ser på kön och kvinn-

lighet är centralt för hur vi tycker en gravid kvinna bör vara och göra. Att könsnormer genomsyrar perspektiv på graviditet och födande blir särskilt tydligt i diskussioner om medicinsk teknik. Dels finns könsnormer implicit i kvinnors uttalanden för eller emot användning av teknik, dels finns det en feministisk diskussion kring huruvida teknik har potential att frigöra det kvinnliga könet från begränsande inramningar eller huruvida teknik vidmakthåller och reproducerar förtryckande definitioner av kön.

Kvinnokroppen framträder som ett centrum i alla diskussioner som berör mänsklig reproduktion oavsett om vi diskuterar medicinska angelägenheter eller kvinnors sociala och kulturella erfarenheter av graviditet och förlossning. Det är kvinnan, hennes kropp och det ofödda barnet som utgör centrum för olika perspektiv och synsätt. Kroppen får rollen som en arena "där sociala sanningar och motsättningar utspelas" (Lisbeth Sachs 1989:22; se också Hellmark & Sachs 1993; Hellmark Lindgren 1998). Ofta handlar diskussionen om gränsdragningar. Var går gränsen mellan psyke och soma och mellan individ, samhälle och kultur? Kroppsliga tillstånd ges sociala och kulturella innebörder och sociala relationer och kulturella ideal tar sig kroppsliga uttryck (t.ex. Douglas 1970; Martin 1997). Gränserna är flytande och motsägelsefulla och vi definierar och omdefinierar ständigt dessa gränser i vardagen. När det gäller mänsklig reproduktion är naturligtvis de anatomiska olikheterna mellan män och kvinnor "skillnader som gör skillnad" eftersom det (än så länge) uteslutande är personer med äggstockar och livmoder som blir gravida och föder, det vill säga kvinnor. Men även om vi utgår ifrån en så snäv definition finns det konkurrerande perspektiv på vad en kvinna och kvinnlighet är och då tänker jag inte enbart på skillnader mellan olika samhällen utan också på skillnader inom det svenska samhället.

Om vi utgår ifrån en alltför stereotyp särartssyn genom att betona könsens olikheter riskerar vi att osynliggöra likheter och skillnader inom respektive könskategori. En mer nyanserad utgångspunkt är därför att det som kvinnor upplever som autentisk eller sann kvinnlighet varierar och är beroende av kontext. För det första befinner sig kvinnor i olika situationer. En kvinna kan vara gravid eller inte, mamma sedan tidigare eller inte, yngre eller äldre, skånsk, kurdisk eller av annat ursprung, hög-

utbildad eller lågutbildad, höginkomsttagare eller låginkomsttagare, gift, sambo, singel, lesbisk eller heterosexuell. För det andra finns det olika kulturella perspektiv på graviditet och födande oavsett vilken situation kvinnan befinner sig i. För det tredje väljer kvinnor som aktörer att handla på olika sätt i samband med graviditet och födande. Samtliga ovan beskrivna nivåer influeras av normer för kön. Dock är nivåerna sammanflätade i verkliga livet och det är bara i analysarbetet de tillfälligt separeras.

I grova drag finns det tre övergripande förhållningssätt till frågan om hur den biologiska och kulturella kroppen förhåller sig till varandra. Ett förhållningssätt som jag redan varit inne på är att göra en distinktion dem emellan. När kön/genus-distinktionen introducerades synliggjordes den kulturella dimensionen av kön och det blev även legitimt för humanister och samhällsvetare att kritiskt analysera representationer av kroppen. Men som kritiker påpekat förblev ofta den biologiska kroppen en svart låda ur humanistisk synvinkel. Det andra förhållningssättet har varit en form av kulturell determinism medan ett tredje har undersökt om det går att inkludera den materiella kroppen i analysen utan att fastna i biologismer och rasistiska och sexistiska stereotyper.

## KROPPEN SOM BETYDELSEBÄRARE ...

Medveten om risken för biologismer vill jag ändå vända blicken mot kroppen av kött och blod, kroppen som kan känna lust och smärta, kroppen som kan bli gravid. Kort sagt, kroppsligheten bortom diskursen. Shelly Errington problematiserade Yanagisako och Colliers uppgörelse med den biologiska kroppen (Errington 1990). Den fysiska kroppen, menade Errington, tillskrivs inte bara betydelser utan bär också i sig själv på betydelser. Errington föreslog att vi skulle behålla distinktionen mellan kön och genus samt lägga till en tredje kategori, det vill säga Kön med stort K. Kön med stort K skulle då representera det kulturellt konstruerade könet som ligger till grund för genus och kön med litet k skulle representera kön i ontologisk mening. Problemet med hur vi ska definiera kön kvarstår dock om vi samtidigt erkänner att kroppen alltid är föremål för

tolkningar och att även om kroppen finns i ontologisk bemärkelse så blir den alltid något mer i en betraktares öga.

När det gäller studier inom ramen för medicinsk antropologi är den materiella kroppen ofta mycket mer påtaglig än i många könsteoretiska studier, vilket kanske också påverkar hur relationen mellan biologi och kultur hanterats teoretiskt.<sup>17</sup> När antropologer närmar sig frågor om ohälsa möter de ofta människor med kroppslig smärta. De möter kanske också människor som känner sig kränkta för att de upplever kroppsliga symptom, som inte kan bekräftas av den medicinska vetenskapen (jmf Del-Vecchio Good et al. 1992). Att i en sådan situation beskriva symptom som enbart kulturellt determinerade avslöjar inte bara en yttlig kulturförståelse utan kan dessutom uppfattas som en ytterligare kränkning.

En graviditet är en fysiologisk process som på ett kännbart och synbart sätt förändrar kvinnokroppen. En fråga som följt mig genom avhandlingsarbetet är hur jag som forskare på ett analytiskt plan skulle kunna förstå mina gravida informanter om jag inte tog hänsyn till att det händer något i den gravida kroppen, att kroppen bär på betydelser och att betydelserna förändras i takt med att magen växer. Graviditet är inte en stabil biologisk grund utifrån vilken symboliska betydelser konstrueras historiskt och kulturellt. Graviditet är snarare en föränderlig eller dynamisk process som i varje ögonblick samspelar med en specifik kontext.

## ... OCH KROPPEN SOM SITUATION

Toril Mois och Sara Heinämaas läsning av Simone de Beauvoirs *Det andra könet* erbjuder ett alternativ till dikotomier som kön/genus och extrem konstruktivism. Genom att beskriva kroppen som en situation lyckas de Beauvoir argumentera för att den biologiska kroppen är viktig för kvinnor utan att för den sakens skull vara ett öde (Moi 1997:108ff). Biologi är inte determinerande men inte heller irrelevant för "den levda erfarenheten" (Moi 1997:108ff). Kroppen är "inte ett ting utan en situation" (de Beauvoir i Moi 1997:108). När de Beauvoir beskriver kroppen som en situation menar hon, enligt Moi, inte bara att kroppen får sin

mening först när den sätts in ett kulturellt och historiskt sammanhang (1997:106). Det är också fråga om en fenomenologisk förståelse av vad en människa är och att kroppen är själva förutsättningen för att vi ska kunna uppleva och närvara i världen (1997:107). "Kroppen är en historisk sedimentering av vårt sätt att leva i världen och av världens sätt att leva med oss" (Moi 1997:112). de Beauvoir skriver också, med hänvisning till Merleau-Ponty, att "kvinnan är inte en fixerad realitet utan snarare ett vardande" (Moi 1997:108). Enligt Moi är påståendet synonymt med att kvinnor alltid befinner sig "i en process där de gör sig själva till vad de är" (1997:108). En kvinna kan inte definieras utifrån enbart sin kropp utan "definierar sig [...] genom det sätt hon lever sin förkroppsligade situation i världen" (Moi 1997:114), och det finns oräkneliga sätt att vara kvinna på och "att erfara kvinnokroppens möjligheter" (Moi 1997:111).

När jag ansluter mig till ovan beskrivna perspektiv innebär det att jag utgår ifrån att det har en viss betydelse att födas med en kvinnokropp. Men det innebär inte att det i varje enskilt fall går att förutse *vilken* betydelse det kommer att ha eftersom kroppen inte bara är ett objekt utan också en situation. Om vi vill förstå vad en kvinna är eller kan vara bör vi studera "variationerna i kvinnors levda erfarenheter" vilka inte bara går att generalisera till könsskillnader (Moi 1997:121).

Något av de första barnmorskorna på mottagningen uppmärksammade mig på var att varje graviditet är allmängiltig och unik på en och samma gång. Med detta påstående tror jag att de framförallt ville fästa uppmärksamhet på att även om graviditet är en universell process som i grova drag utvecklar sig på samma sätt för alla kvinnor, är en graviditet också alltid unik genom att varje kvinna har sin egen personliga historia, biologiskt, socialt och kulturellt. De biologiska, sociala och kulturella aspekterna av varje kvinnas varande bildar en unik och ständigt pågående process, där de olika inslagen inte går att separera från varandra utan att helheten reduceras till intetsägande delar. Min utgångspunkt är med andra ord att varje enskild kropp härbärgerar en historia av "being in the world", som gör varje försök att generalisera och att separera biologi från kultur alltför förenklat.

I de Beauvoirs anda vill jag definiera varje gravid kropp som en situa-

tion och på så sätt inkludera såväl kroppslighet som individuell variation i begreppet levd erfarenhet. Men jag vill också inkludera den gravida kroppens diskursiva potential. Merparten av avhandlingen handlar om hur den gravida kroppen inte bara är en individuell angelägenhet utan också utgör en plats där motstridiga perspektiv och sociala sanningar bryts mot varandra. Mitt fokus är, för att använda Ann Balsamos definition, ”den ömsesidigt konstituerande interaktionen mellan dominerande diskurser om [den gravida] kvinnokroppen och materialiteten i specifika kroppar [individuella kvinnors levda erfarenhet]” (Balsamo 1996:163).

En viktig skillnad mellan de Beauvoirs tid och vår är den tillgång vi i den här delen av världen har till medicinsk kunskap och teknik. Teknik i olika former bidrar till att kroppsliga gränser som tidigare varit stabila och bortom förhandling idag kan tänjas och omdefinieras. Även om vi fortsätter att betrakta kroppen som en förutsättning för att vi ska kunna uppleva och närvara i världen så har det i större utsträckning blivit möjligt att förhandla om (tänja på gränserna i) den situation som kroppen utgör.

## AVHANDLINGENS UPPLÄGGNING

Kapitel två är etnografiskt i bemärkelsen att det handlar om hur fältmaterialet blivit till. Jag beskriver min forskningsprocess och motiven bakom några val och avgränsningar jag har gjort, bland annat mitt val av att inkludera ickeplatsbunden etnografi i form av vad som tas upp i samtal på nätet mellan gravida kvinnor. Internet ingår i det *pregnoscape* som bildar tolkningsramen för graviditet i Sverige idag. Detsamma gäller de debatter om graviditet och födande som fördes i olika massmedier under min fältarbetsperiod. Jag diskuterar också mina egna erfarenheter av graviditet i relation till fälterfarenheter i Vietnam och Zimbabwe och ifrågasätter den distinktion som ibland görs mellan att fältarbete ”hemma” och ”borta”.

Kapitel tre, fyra, fem och sex är avhandlingens etnografiska kapitel. I kapitel tre beskriver jag graviditeten som resa i mödravårdens regi. Kapitel fyra innehåller en beskrivning av graviditetsförloppet och mödravård-

ens uppläggnings vid tiden för fältarbetet. Jag beskriver barnmorskesamtalen, olika undersökningar som mottagningen erbjöd samt aktiviteter som syftade till att informera och sammanföra blivande föräldrar. Beskrivningen är kompletterad med observationer jag gjorde genom att möta mina informanter även vid andra tillfällen än då de besökte mödravården. I kapitlet har jag också redovisat olika teman som utkristalliserades under fältarbetets gång. I huvudsak har jag koncentrerat mig på spontana funderingar hos blivande föräldrar som varit återkommande, men även avvikande teman har fått ett visst utrymme. Det handlar om allt från funderingar kring vad man kan äta, hur man bör leva, vilka symptom som är normala, social situation hemma och på arbetet, upplevelsen av ultraljudsundersökningen, tankar som väcks med anledning av erbjudanden av fosterdiagnostik, val av smärtlindring till betydelsen av känna till barnets kön i förväg. En del av dessa teman följs upp i senare kapitel, andra är tänkta som bakgrund.

I kapitel fyra koncentrerar jag mig på graviditetstester och ultraljudsundersökningar. Jag visar hur upplevelsen av graviditet är så sammanflätad med moderna graviditetstester att det är svårt att föreställa sig hur en graviditet tidigare kunde bli bekräftad utan graviditetstest. Jag beskriver ett glapp i föräldrarnas beskrivning mellan graviditeten som fysiskt faktum och deras känsla av att där finns ett barn. Behovet av bekräftelse är stort och graviditetstestet används inte enbart för att fastställa graviditet utan kan också användas för att upprepade gånger befästa något som man redan vet. Detsamma gäller ultraljudsundersökningen som idag är så självklar för blivande föräldrar att det kändes naivt att fråga dem om de tänkte göra en undersökning trots att mödravården betonade att den var frivillig. Såväl graviditetstester som ultraljudsundersökningar har kvaliteter som attraherar. Bägge teknikerna kan beskrivas som visualiserande eftersom de producerar bilder som kan sägas representera och bekräfta en graviditet. Graviditetsstickan visualiserade en graviditet med två blå streck i ett litet fönster på en teststicka och ultraljudet gjorde det möjligt för föräldrarna att för första gången se en rörlig om än lite suddig bild av barnet på en TV-skärm.

I kapitel fem och sex utvecklar jag analysen av tekniken som möjlighet och löfte. Kapitlen skiljer sig från kapitel tre och fyra genom att de

handlar om kvinnor som avviker från mödravårdens snitslade bana. I kapitel fem redogör jag för kvinnor som omvärderat kejsarsnittet som förlossningsmetod från att vara en sista utväg till att bli en preventiv och ångestdämpande strategi. Medicinsk teknik uppfattas av många av dessa kvinnor som en möjlighet och en trygghetsfaktor. Mödravårdens erbjudanden om ett födande övervakat med hjälp av medicinsk teknik kan upplevas som en motsägelse för dessa kvinnor eftersom deras önskemål om planerat kejsarsnitt möter på motstånd från dem som bestämmer över de medicinska resurserna. Debatten som uppstått i kölvattnet av dessa önskemål belyser hur kvinnokroppen ofta utgör den arena där olika perspektiv på medicinsk teknik, risk och kön ageras ut.

I kapitel sex beskriver jag några kvinnors motiv för att föda sina barn hemma. Kapitlet är tänkt att fungera som ett kontrasterande material till kapitel fem även om jag också visar på en del likheter mellan hemfödorskor och "frivilliga" kejsarinnor. Gemensamt för såväl kvinnor som vill föda hemma som kvinnor som önskar kejsarsnitt är att de måste vara starka i sin egen övertygelse för att få sin förlossning på det sätt de vill ha den. Både önskemål om hemförlossning och kejsarsnitt bryter mot den svenska normen för hur födandet bör gå till och blir därför ofta ifrågasatta av såväl nära och kära som av läkare och barnmorskor. Jag diskuterar också hur risker har blivit det legitima språket för förhandlingar om hur och var födandet ska ske: i hemmet, på sjukhus, vaginalt eller med kejsarsnitt. Även om kvinnor som vill föda hemma avviker från "det normala" så är de liksom alla andra ofta fast i den medicinska diskursen eftersom det är svårt att diskutera utanför den ram som fokuserar på risker. I kapitel sju redogör jag för avhandlingens resultat och reflekterar kring frågor som jag finner relevanta att gå vidare med i framtida forskning.

## NOTER

<sup>1</sup> Cyborg är en engelsk förkortning för cybernetisk organism. En annan metafor för relationer mellan människa och teknik är "amalgamation" (Lundin & Åkesson 1999).

<sup>2</sup> Människors sårbarhet och utsatthet samt olika strategier som syftar till att undvika risker har naturligtvis alltid funnits. Men utgångspunkten för den här avhandlingen är att människors riskhantering har förändrats som följd av den vetenskapliga och tekniska utvecklingen. Den typ av riskkonstruktioner som jag kommit i kontakt med genom mitt fältarbete är nära associerat med medicinsk kunskap och teknik och den dynamik som uppstår som följd av förfinade undersökningsmetoder och ökad detaljkunskap om olika komplikationer som kan drabba en gravid och/eller födande kvinna.

<sup>3</sup> Stuart Blume är brittisk professor i "Science Dynamics". Hans forskning handlar framförallt om den medicinska teknikens dynamik,

<sup>4</sup> Bryan Pfaffenberger, kulturanthropolog och professor i vetenskap, teknik och samhälle, problematiserar "The standard view of technology" (1992:493 ff) som han beskriver som ett modernistiskt perspektiv. Karaktäristiskt för "standardperspektivet" är en linjär och evolutionistisk syn på teknikutveckling och att all teknik är sprungen ur neutrala och värderingsfria behov av att tämja en oberäknelig "natur". Pfaffenberger argumenterar för ett mer dynamiskt sätt att se på teknik som inkluderande sociala relationer genom att tala om 'socio-tekniska system' (1992) eller 'technoscapes' (2001): "A 'technoscape' is a socially constructed world of meaning and sociality that is the consequence of technological activity" (Pfaffenberger 2001:2). På så sätt blir det svårare att i tanken utesluta den i praktiken sociala dimensionen av teknik.

<sup>5</sup> Begreppet auktoritativ kunskap blev ett samlande fokus för ett temanummer av *Medical Anthropology Quarterly* (1996: 10:2) som i sin tur resulterade i volymen *Childbirth and Authoritative knowledge: crosscultural comparisons*. Davis-Floyd, R. & Sargent, C. (red.) (1997).

<sup>6</sup> Uttrycket har jag hämtat från en artikel som handlar om en familj där kvinnan fött tvillingar efter en provrörsbefruktning ("Vi har bara hjälpt naturen lite på traven" *Dagens Nyheter* 3 maj 2000).

<sup>7</sup> ABC är en förkortning för engelskans Alternative Birth Care. ABC-vård innebar i korthet att mammorna erbjöds mödravård, förlossning och eftervård på samma avdelning och att alternativ smärtlindring användes istället för medicinsk. Klinikerna har lagts ned på grund av att spädbarnsdödligheten ansågs högre än vid traditionella förlossningskliniker. När verksamheten var i bruk var efterfrågan på ABC-vård långt större än vad det fanns resurser att möta. I en undersökning av barnmorskan Ingegerd Hildingsson (2003) ville över 7000 kvinnor föda vid ABC-klinik med alternativ smärtlindring. 400 kvinnor gavs möjligheten.

<sup>8</sup> Sherry Ortner skrev inte specifikt om graviditet och födande men fick stort genomslag med sin artikel i boken *Women, Culture and Society* (Rosaldo & Lamphere 1974) där hon ville förklara kvinnors universella underordning med att kvinnor associeras med natur och män med kultur. Marilyn Strathern ifrågasatte generaliserbarheten i Ortners modell i en artikel som också fick stort genomslag (1980). Begreppet naturlig har senare problematiserats i en flod av feministisk litteratur. Fjell et al. diskuterar begreppet i direkt relation till graviditet och födande i antologin *Naturlighetens positioner* (1998a).

<sup>9</sup> Robbie Davis Floyd problematiserade själv senare begreppsparet i antologin *Cyborg Babies* (1998) till vilken jag har anledning att återkomma till senare.

<sup>10</sup> Dumit är även professor i vetenskap, teknik och samhälle.

<sup>11</sup> Mary Douglas diskuterar också frågan om ansvar och skuld, men istället för att som Luhmann göra skillnad mellan risk och fara så skiljer hon mellan *frivilliga* och *ofrivilliga risker*. Att ta frivilliga risker är att aktivt vara beredd på eller ta risker medan ofrivilliga risker handlar om risker som man vill undvika men inte har något inflytande över.

<sup>12</sup> Screening är ett vedertaget uttryck inom svensk sjukvård. En screening är en hälsoundersökning riktad till alla personer i en specifik åldersgrupp eller till alla som har en viss risksituation. Exempel på screening är mammografi av kvinnor som fyllt 40 år och ultraljudsundersökning av gravida kvinnor.

<sup>13</sup> FN-förbundets interaktiva världskarta: [www.Globalis.se](http://www.Globalis.se). Spädbarnsdödlighet: sannolikheten för att dö mellan födseln och exakt ett års ålder. Uppgifterna kan också jämföras med Sierra Leone som har världens högsta spädbarnsdödlighet: år 2002, 166 barn per 1000 levande födda.

<sup>14</sup> Begreppsparet den könade och könande kroppen har jag hämtat i sociologen Kristina Erikssons avhandling *Manligt läkarskap, kvinnliga läkare och normala kvinnor: köns- och läkarskapande symbolik, metaforik och praktik* (2003).

<sup>15</sup> För ytterligare referenser som problematiserar tvärkulturella jämförelser av föreställningar om reproduktion se Ginsburg & Rapp (1991).

<sup>16</sup> För generella analyser av prenatal diagnosticering se Browner & Press (1995), Rothman (1986) och Oakley (1993).

<sup>17</sup> Margaret Lock ifrågasätter i sin studie av klimakteriesymptom i en japansk kontext att kultur reduceras till ett ytligt lager som kan skalas av bara vi får "korrekt" kunskap om kroppen (Lock 1993). Hon argumenterar för möjligheten att biologi är "plastisk" och lokal snarare än en universell konstant. Biologen Carol M. Worthman (1995) argumenterar på ett liknande sätt att biologiska processer, från ett biologiskt perspektiv, bara kan förstås till fullo i relation till specifika kulturella och sociala sammanhang och att biologi och kultur är intrikat sammanbundna i en växelverkan som inte går att beskriva som vare sig kulturellt eller biologiskt determinerande.



## KAPITEL 2

# PREGNOSCAPE – GRAVIDITET SOM ETNOGRAFISKT FÄLT

Graviditet och födande präglas av såväl universella som lokala drag. Det gör att den koppling mellan plats och kultur som ofta finns implicit i ett geografiskt avgränsat fältarbete, bara kan ge oss en begränsad bild av vad som händer när reproduktiva normer definieras och omdefinieras.<sup>18</sup> Gravida kvinnor utgör en social kategori snarare än en grupp lokaliserad till en specifik plats. Gravida kvinnor finns överallt, i stad och på landsbygd, i alla samhällsklasser och inom alla yrkesområden. Vidare kommer gravida kvinnor i kontakt med flera från varandra avskilda kontexter (t.ex. hemmet, barnmorskemottagningar, släkt, vänner, arbetsplatser, Internet och massmedier), som på olika sätt influerar deras syn på sig själva, sin graviditet och sitt födande. Vad som förenar svenska gravida kvinnor på ett generellt plan är faktorer som mödravård, generella arbetsvillkor, tillgång till media, skatte- och pensionssystem, sociala försäkringar som föräldra-, havandeskaps- och sjukpenning samt det faktum att graviditetsprocessen följer ett universellt mönster. Kvinnor i Sverige delar vissa erfarenheter och min fråga har hela tiden varit vad de gör med dessa erfarenheter. Jag har också undersökt hur dessa erfarenheter kan förstås i relation till de diskurser om graviditet och födande som kvinnorna hela tiden förhåller sig till.

Jag har alltså i första hand tänkt på gravida kvinnor som en social kategori som endast temporärt skapas och återskapas som grupp på en personlig nivå. Därför använder jag begreppet *pregnoscares* för att tydliggöra den icke-platsbundna, men tidsbundna dimensionen av gravid samhörighet. Jag har inspirerats av Arjun Appadurais term 'ethnoscares' (1991) som har sitt ursprung i att han ville problematisera antropologins betoning av plats. Vi lever i en föränderlig värld och "[a]s groups migrate, regroup in new locations, reconstruct their histories, and reconfigure their ethnic "projects" the **ethno** in ethnography takes on a slippery, nonlocalized quality, to which the descriptive practice of anthropology will have to respond" (Appadurai 1991:191). Appadurai definierar begreppet "ethnoscape" som det landskap av människor som skapar förändringar i världen vi lever (1991:192). När turister, migranter, flyktingar, gästarbetare och andra rörliga grupper och personer rör på sig, så påverkar det även de människor som stannar kvar och på så sätt upprätthåller en relativ stabilitet och tvärtom. Mina grunder för att betrakta plats eller lokalitet som sekundärt skiljer sig från Appadurai, eftersom gravida kvinnor aldrig utgjort en ursprunglig grupp med ett specifikt ursprung. Med *pregnoscape* menar jag personer och idéer som sammantaget bildar den kulturella tolkningsram inom vilken gravid identitet (gravidentitet!) konstitueras. Det innebär alla gravida kvinnor och alla de sammanhang där temat graviditet aktualiseras. Det inkluderar också icke-gravida personers tidigare erfarenheter av graviditet, vilket i sin tur formar synen på eventuella framtida graviditeter liksom andras graviditeter.

Mitt antropologiska fältarbete har främst varit inriktat på insamling av kvalitativa data. Mitt fältarbete kan karaktäriseras som en öppen process där jag ibland följde stickspår. Det har varit nödvändigt med utrymme för flexibilitet när det gällt såväl urval av informanter som val av teman och frågor. Istället för att börja med frågor och sluta med svar har forskningsprocessen snarare utgjort ett alternerande mellan frågor och svar. Frågor om kejsarsnitt och hemförlossning var exempelvis inte en del av min ursprungliga projektidé utan ett intresse som skapades i fält-situationen. Det är just i denna subjektiva och i mångt och mycket oförutsägbara forskningsprocess som jag finner antropologins styrka och

lockelse. Antropologisk kunskap kan utgöra ett meningsfullt komplement till kunskap som andra forskningsstrategier genererar.

## PREGNOSCAPES – PLATSBUNDNA OCH ICKE PLATSBUNDNA AVGRÄNSNINGAR FÖR DATAINSAMLING

Mitt fältarbete tog inledningsvis en barnmorskemottagning i Uppsala som utgångspunkt. Mottagningen innehöll i sig olika kontexter för datainsamling i form av barnmorskesamtal, föräldrakurser, gruppträffar, personalens lunch- och kafferaster samt det skriftliga material som delades ut till blivande föräldrar. På barnmorskemottagningen lärde jag känna blivande föräldrar, som jag även vid upprepade tillfällen träffade utanför barnmorskemottagningens verksamhet. Vi träffades i deras hem samt vid några enstaka tillfällen på Uppsala Akademiska Sjukhus. De kvinnor och män som jag träffade under en avgränsad tid och genom en viss barnmorskemottagning gav mig inblickar i en specifik uppsättning och tidstypiska sätt att tänka kring och förhålla sig till graviditet och födande. Samtidigt var kanske mitt största 'fynd' under fältperioden insikter i den struktur och dynamik, som olika perspektiv på graviditet och födande kan ge upphov till.

Efter en tid kände jag ett behov av att gå utöver den geografiskt avgränsbara barnmorskemottagningen för att få svar på nya frågor som fältarbetet genererat (jmf Melhuus 1996:106).<sup>19</sup> En annan dimension av kvinnornas *pregnoscape* var Internet i form av främst diskussionsgrupper, e-postlistor och hemsidor som fokuserade på olika aspekter av graviditet. Mediadebatter som under fältperioden fördes om olika aspekter av graviditet och födande var också en viktig del av graviditetens landskap. Jag har vidare undersökt hur andra personer än de gravida, direkt eller indirekt, är med och konstituerar graviditeten i social och kulturell mening även om det inte skett med samma systematik som när de gäller de gravida kvinnorna. Papporna har naturligtvis en given plats i graviditetens landskap. Papporna var ofta med vid det första barnmorskesamtalet, nästan alltid i samband med ultraljudsundersökningen och förlossningen.

De brukade också oftast vara med på den föräldrautbildning som barnmorskemottagningen erbjöd. Jag träffade också några av papporna utanför mottagningen. Dessa pappor var ofta oerhört engagerade i graviditeten och delade mycket av sina funderingar, förväntningar och oro med mammorna. Är det normalt att må så illa som min kvinna gör? Är allt som det ska? Är det farligt att äta den eller den osten? Tänk om jag inte klarar av att ta hand om en nyfödd? Vad kan jag göra för min kvinna under förlossningen? Hur ska vi göra med föräldraledigheten?

Barnmorskorna utgjorde också ett centralt och betydelsebärande inslag i graviditetens landskap. För de blivande föräldrarna fungerade barnmorskans som uttolkare av vad som hände i kvinnans kropp. De uppfattades också som representanter för mödravårdens resurser och perspektiv på vad som var rätt eller fel beteende i samband med graviditet och födande. Mammorna lyssnade uppmärksamt på det som sades i samtalen och funderade ofta vidare på egen hand eller tillsammans med sin partner eller någon annan intresserad part. Barnmorskornas professionalitet inkluderade även en personlig sida som uttrycktes i ett som kvinnorna oftast uppfattade (och även jag) som ett genuint engagemang. Deras minne för detaljer gällande varje föräldrapar var ofta imponerande och då även sådant som pågående reoveringar, husletande och bröllop. Väggar på mottagningen var täckta med bilder på bebisar och tacksamma rader från nöjda föräldrar. Ett återkommande inslag var också att nyblivna föräldrar kom upp på mottagningen enbart för att visa upp sin guldklimp. Naturligtvis uppstod ibland meningsskiljaktigheter och friktion i relationen mellan barnmorskans och den gravida kvinnan, men på det stora hela så representerade barnmorskans för de flesta en trygg axel att luta sig mot under graviditeten. Andra personer som dök upp i mina samtal med blivande föräldrar var läkare, föräldrar, vänner och arbetskamrater.

Jag samtalade vidare med gravida kvinnor som inte hade någon koppling till barnmorskemottagningen. Jag deltog också i yogapass för gravida samt möten som föreningen Föda Hemma arrangerade i Uppsala. Andra relevanta inslag i graviditetens landskap var försäkringskassans regler och arbetslivets villkor. Dessa kontexter kom jag emellertid bara indirekt i kontakt med genom kvinnornas berättelser.

En annan viktig del av min studie är de tankar om graviditet som inte nödvändigtvis är direkt knutna till enskilda personer, en diskursiv nivå som på olika sätt lämnar spår i kvinnornas egna berättelser. Kvinnorna jag talade med satte ständigt sina egna erfarenheter i relation till vad de trodde förväntades av dem av omgivningen. Kvinnors erfarenheter, synsätt och krav sätter givetvis också spår på den diskursiva nivån, vilket syntes särskilt tydligt i den debatt om planerade kejsarsnitt som pågick under tiden för mitt fältarbete.

Jag betonar således i avhandlingen kontextens betydelse för hur kvinnor och män uppfattar och förhåller sig till graviditet och födande. Men graviditet och födande är naturligtvis också fenomen som präglas av mer övergripande förutsättningar. Utöver det fysiologiskt universella i graviditet och födande så förbinds även världens gravida kvinnor av den utbredning som biomedicinsk vetenskap och praktik har idag. Biomedicin är global i den bemärkelsen att det finns gemensamma drag i hur graviditet och födande organiseras idag på olika platser i världen. De flesta människor i dagens värld har på något sätt, trots variationer och meningsskiljaktigheter, en gemensam referenspunkt i en slags hegemonisk om än föränderlig biomedicin. Samtidigt finns det lokala skillnader i resurstillgång och i hur biomedicinsk teori tolkas och används i praktiken. Den globala biomedicinen tar sig med andra ord lokala uttryck. Svensk mödravård är grunden för det lokala uttryck jag har valt att studera.

## BARNMORSKEMOTTAGNINGEN

Hösten 1998 kontaktade jag landstingets chefsbarnmorska, som gjorde det möjligt för mig att presentera min studie på ett möte med representanter för landstingets mottagningar. Innan jag själv hann ta några initiativ hörde flera av mötesdeltagarna av sig och meddelade att jag var välkommen till deras respektive mottagningar. Jag valde att begränsa studien till en av mottagningarna och satsade på en av de tre mottagningar från vilka barnmorskorna själva spontant hörde av sig och hälsade mig välkommen. En av dessa mottagningar hade jag själv varit inskriven vid som gravid, vilket gjorde att jag kände några av barnmorskorna sedan

tidigare. På ett sätt hade det kanske varit praktiskt att återuppta dessa kontakter, men samtidigt ansåg jag att jag i så fall skulle missa chansen att knyta nya kontakter. Slutligen stod valet mellan en mottagning fem mil utanför Uppsala eller en av innerstadsmottagningarna. Min spontana tanke var först att arbeta med två mottagningar, eftersom jag då såg möjligheter att göra jämförelser mellan innerstad och småstad. Men vid närmare eftertanke så var min ambition inte att samla in ett material ur vilket det skulle gå att urskilja betydelsen av klasskillnader och skillnader mellan storstad och småstad. Mitt fokus har snarare varit att undersöka hur kvinnor på mikronivå provar olika tolkningar eller bearbetar olika typer av information och perspektiv som filtreras genom olika medium. Jag valde innerstadsmottagningen som generellt besöktes av relativt välutbildade och yrkesarbetande kvinnor. Det går inte att generalisera materialet till att gälla alla gravida kvinnor i Sverige. Men materialet fick istället ett djup som gör det tacksamt att jämföra med andra material samt samtal som pågick på olika Internetsajter.

Projektet granskades och godkändes av en medicinsk etikkommitté och jag gjorde mitt första besök på barnmorskemottagningen i december år 1998. Jag återvände dit sista gången i augusti år 2000. Inledningsvis gick jag bredvid barnmorskorna, var med vid samtal och satt med i personalrummet, var med på gruppträffar och några föräldrautbildningstillfällena. Jag var i kontakt med sammanlagt ett 50-tal personer varav huvuddelen var kvinnor (barnmorskor och läkare ej inräknade).

Inledningsvis gjorde jag ett flertal längre enstaka intervjuer med några av de kvinnor och män jag lärde känna i samband med gruppträffar och föräldrautbildning. Därefter började jag, med barnmorskornas hjälp, rekrytera informanter. Det gick till på så sätt att jag fanns på plats när det var dags för en nyinskrivning. Barnmorskorna berättade om mig och mitt projekt och frågade om kvinnan kunde tänka sig att träffa mig. Om svaret var positivt så var jag med under första barnmorskesamtalen och efter samtalen frågade jag om de kunde tänka sig att ha fortsatt kontakt med mig under hela graviditeten och fram till strax efter förlossningen. Alla kvinnor som fick frågan svarade ja inledningsvis utom en kvinna som gärna ville bli intervjuad men reserverade sig mot att jag skulle vara med under barnmorskesamtalen. Hon erbjöd mig senare att få ta del av hen-

nes dagboksanteckningar. Till en början underhöll jag regelbundna kontakter med 15 gravida föräldrapar. Två kvinnor hoppade av efter ett tag med motiveringen att de inte tyckte de hann med sitt övriga liv som de önskade och att jag skulle som en av dem uttryckte det "bli ytterligare en anledning till dåligt samvete". Förutom dessa kvinnor avbröts kontakten med två andra kvinnor, den ena på grund av missfall och den andra på grund av att hon bestämde sig för att avbryta graviditeten. Jag begränsade i ett senare skede antalet kvinnor till åtta eftersom jag bedömde att jag inte skulle hinna med att följa fler än så. Dessa kvinnor (och deras män) följde jag genom hela graviditeten. Det innebar att vi träffades flera gånger under graviditeten samt en gång strax efter förlossningen. Vi träffades fyra till fem gånger utanför mottagningens aktiviteter, vilket oftast innebar att jag åkte hem till de blivande föräldrarna och gjorde cirka 2 timmar långa intervjuer. Vi träffades också i samband med barnmorskesamtal och vid några tillfällen var jag även med vid ultraljudsundersökningen. Några informanter hade jag dessutom kontakt med per telefon och e-post.

Intervjuerna ägde, som sagt, i de flesta fall rum hemma hos de blivande föräldrarna även om jag också hade några möten ute på stan i samband med lunchtid. Jag använde i samtliga fall bandspelare, vilket aldrig blev ett problem. Snarare uppfattade jag det som om kvinnorna och de män jag intervjuade såg bandspelaren som ett redskap för mig att öka möjligheterna att uppfatta det som sades på ett korrekt sätt. Ofta avbröt sig personerna när det var dags att vända och byta band så att ingen detalj skulle gå förlorad. Även om jag alltid hade förberett frågelistor, som jag försökte följa med tanke på att jag ville ha någorlunda samstämmighet mellan vad som togs upp under intervjuer med olika personer, så utmynnade i stort sett alltid "intervjuerna" i en slags dialog och gemensamt sökande efter en förståelse av kvinnans (och i några fall mannens) situation, upplevelser och funderingar. Det hände aldrig att det inte fanns något att tala om. Snarare uppfattade jag det som om de personer jag talade med tyckte om situationen och såg egna fördelar i att få diskutera sin situation med en annan och kanske ovanligt intresserad och nyfiken person.

Barnmorskesamtalen är en central del av svensk mödravård. Besöken

på mottagningen inleddes för det mesta med provtagning hos mottagningens undersköterska. Barnmorskesamtalen ägde rum inne hos barnmorskan. Barnmorskornas rum var möblerade med ett skrivbord, stolar för de blivande föräldrarna att sitta på samt en brits som kvinnan fick ligga på när barnmorskan undersökte henne.

Mötena mellan barnmorska och blivande föräldrar inleddes nästan alltid med ett samtal som bestod av en blandning av information, möjligheter att få ställa frågor och ventilera diverse symptom och funderingar av mer existentiell natur. Samtalen var något som alla de föräldrar jag var i kontakt med uppskattade och ofta såg framemot. Flera av de män som brukade följa med sina kvinnor förklarade att samtalen vid sidan av det medicinska var ett sätt att komma närmare den för dem ofta abstrakta graviditeten. För flera av kvinnorna var det också ett sätt att avsätta tid för tankar och känslor inför en graviditet, som kanske ibland kom lite i skymundan för allt annat som vardagen förde med sig. Detta gällde särskilt för de familjer som redan hade ett eller flera barn.

Min egen roll i samtalen var mer observerande än deltagande, även om min närvaro naturligtvis kan ha påverkat situationen. Jag försökte dokumentera samtalen genom att lyssna och föra anteckningar. Jag deltog för det mesta bara aktivt i samtalen om jag blev tilltalad. Ofta följde jag upp delar av samtalen efteråt med såväl barnmorska som blivande föräldrar. Det hände ganska ofta att barnmorskesamtalen gav mig uppslag till nya frågor och funderingar, som jag hade användning för i mina pågående intervjuer.

Barnmorskemottagningens lunchrum var också ett viktigt sammanhang för min datainsamling. Här kunde jag ställa frågor till barnmorskorna som inte hanns med när de hade mottagning. I lunchrummet kunde jag också genom att sitta med och lyssna få ta del av tankar och funderingar kring aspekter av arbetet, som var viktiga för barnmorskorna i ögonblicket. Även i den här situationen använde jag mig främst av papper och penna, eftersom det handlade om flera och ofta korta stunder.

Gruppträffar var en engångsaktivitet som riktade sig till blivande mammor i mitten av graviditeten (cirka vecka 18-20). Då diskuterades hur det gick att kombinera graviditeten med resten av vardagen. Teman som ofta kom upp handlade om olika graviditetssymptom, ultraljudsun-

dersökningar och fosterdiagnostik samt att kombinera graviditet, små barn och heltidsarbete. Barnmorskan gick också igenom ett rörelseprogram med ryggräning och avslappning. När jag deltog i en sådan träff deltog jag i gymnastiken, lyssnade till samtalen som utspann sig, knöt en del nya kontakter samt ställde följdfrågor. Om tiden medgav passade jag ibland även på att ställa frågor rörande andra teman.

Föräldrakurs var en återkommande aktivitet på barnmorskornas schema. Utbildningen gick ut på att samla intresserade föräldrapar till tre mötestillfällen, i slutskedet av graviditeten. Då gavs information om förlossningsförloppet, smärtlindringstekniker, amning, pappans roll vid förlossningen och om tiden efter förlossningen. Barnmorskorna hade en plan för utbildningen, men var samtidigt lyhörda och öppna för att ta upp frågor som de blivande föräldrarna ville ventilera.

Vid några tillfällen under kursens gång brukade föräldragruppen delas i två grupper bestående av blivande pappor respektive blivande mammor för diskussion av frågor som i hög grad var inriktade på förväntningar på förlossningen och det kommande föräldraskapet. Diskussionerna som kom ut av denna strategi var ofta engagerade och fyllda av såväl skritt som allvar. Min roll i detta sammanhang var såväl deltagande som observerande. När vi drack kaffe passade jag på att lära känna nya potentiella informanter. I stunder då de blivande föräldrarna var aktiva genom att ställa frågor till barnmorskan gick jag ibland in och ställde följdfrågor till deltagarna. Under gruppdiskussionerna ställde jag en bandspelare hos pappagruppen och satt tillsammans med mammagruppen med papper och penna, lyssnade och antecknade. Även då gick jag ibland in med egna följdfrågor. Vidare brukade jag be om några minuters eget utrymme vid varje mötestillfälle då jag kunde ställa frågor som inte berörts men som var relevanta för mitt arbete. Vid några tillfällen bad jag också de blivande föräldrarna att göra skriftliga sammanfattningar av sina graviditeter.<sup>20</sup> Några utförde uppgiften under några minuter vid kurstillfället medan andra gjorde en sammanfattning hemma som de sedan e-postade till mig.

Skrifterna som delas ut på mödravården bildade ett slags kunskapsfält som införlivades i informanternas liv. De flesta läste noga vad som erbjöds och jag uppfattade därför texterna som en slags gemensam refe-

rensram. Det mesta av innehållet kände jag till sedan mina egna graviditeter även om det naturligtvis skett en del förändringar. I några fall har jag diskuterat en del av innehållet med mina informanter och då har det nästan alltid kommit sig av att de på eget initiativ refererat till någon av texterna i våra samtal, särskilt Folkhälsoinstitutets skrift *Vänta barn* (1998).

## FRÅN BARNMORSKEMOTTAGNING TILL CYBERRYMD

Mina studier av Internet blev till under fältarbetets gång. Jag inledde med att samla in data "In Real Life" (IRL), det vill säga bland människor som jag träffade ansikte mot ansikte, och nätet var till en början bara en plats jag besökte av allmän nyfikenhet. På nätet kunde jag undersöka om det som mina informanter IRL tog upp också var relevant för dem som diskuterade sin graviditet och förlossning på nätet. Jag letade också efter teman på nätet som jag inte stött på under mitt fältarbete IRL. Det fanns en tydlig samstämmighet mellan vad som kom upp i mina samtal med kvinnor och rösterna på nätet. Efter ett tag övergick jag till att uppmärksamma hur nätaaktiviteterna fungerade och började fundera kring vilken funktion dessa kunde tänkas fylla. Exempelvis blev det tydligt för mig hur kvinnor med avvikande uppfattning om graviditet och födande kunde skapa sig en frizon, där saker kunde uttryckas som var svåra att säga "i verkliga livet".

Antalet webbplatser där samtal förs om graviditet och födande är stort. I synnerhet om man, som en av mina informanter gjorde, även sökte sig till amerikanska diskussionsfora. Under min fältarbetsperiod fanns det på Internet två stora svenska fora för graviditet, förlossning och föräldraskap: *föräldraNätet* och *Föräldrakanalen*. *föräldraNätet* var störst och antalet registrerade medlemmar växte under tidsperioden jag följde verksamheten från c:a 45 000 till 70 000. Delar av sajten har funnits sedan 1997 och har i sin nuvarande form (*Allt för föräldrar: www.alltforforaldrar.se*) funnits sedan november 2002. I november 2005 hade sajten 215 000 medlemmar registrerade och innehöll 300 diskus-

sionsgrupper. Sajten besöktes då av 150 000 unika besökare varje månad varav 20% är män och 80% kvinnor. Sajten har också en expertpanel bestående av en läkare, en barnmorska, en psykolog och en ekonom samt återkommande krönikor av kända skribenter. På *föräldraNätet*, som sajten kallades under min fältarbetsperiod, erbjöds forum för diskussion genom så kallade "Snack", debattartiklar och frågespalter där experter inom olika områden svarar på frågor. Som medlem fick man regelbundet nyhetsbrev om vad som hände på webbplatsen. Jag intresserade mig mest för diskussionsgrupperna. Det fanns ett stort antal "snack" att välja mellan och jag följde "snack" som "vänta barn" (här fanns ett antal underavdelningar), så kallade "ankomstgrupper", "föda hemma" och "kejsarsnitt".

På redaktionell plats beskrevs *föräldraNätet* en gång som ett virtuellt köksbord runt vilket det går att samlas och föra liknande samtal som dem man brukar föra i ett kök. Det finns en träffsäkerhet i uttrycket virtuella köksbord som signalerar att även diskussionerna på Internet handlar om en för det mesta avspänd och accepterande miljö med utrymme för såväl stora som små frågor. Kring ett *virtuellt köksbord* kan blivande föräldrar (oftast kvinnor) möta andra blivande föräldrar och diskutera tankar och erfarenheter under liknande former som kring ett

## Våra Snackämnen


- ▶ \* **Mina favoriter (5 st)**
- ▶ \* **fN-Snack (2 st)**
- ▶ \* **Tillfälliga Snack (6 st)**
- ▶ **Allmänna diskussioner (28 st)**
- ▶ **Allt utom barn (14 st)**
- ▶ **Ankomstgrupper (16 st)**
- ▶ **Baby (4 st)**
- ▶ **Barn med särskilda behov (28 st)**
- ▶ **Barnuppfostran (6 st)**
- ▶ **Dagis/förskola (3 st)**
- ▶ **Familj & relationer (27 st)**
- ▼ **Födelse (3 st)**
- Föda hemma
- Förlossning
- Kejsarsnitt
- ▶ **Föräldraskap (14 st)**
- ▶ **Hälsa (9 st)**
- ▶ **Känsliga snack (17 st)**
- ▶ **Råd och recept (11 st)**
- ▶ **Skolan (7 st)**
- ▶ **Våra barn (17 st)**
- ▼ **Vänta barn (7 st)**
- Adoptivbarn
- Fosterdiagnostik
- Förlossningsrädsla
- Första barnet
- Graviditetskomplikationer
- Nio månader
- Planera för barn!

*På websajten föräldraNätet fanns under min fältarbetsperiod följande snackämnen.*

**FÖDELSE:**  
**Kejsarsnitt**

Snackvärd: **Ida Carlsson**

Hemsida:

Visa antal nivåer: 5 4 3 2 1 

**Antal inlägg: 2500 st**

- ↳ Ont innanför snittet 2000-05-23 16:00:26, *Lite deppig fast med en underbar baby* Nytt!
- ↳ Inte oerhört ledsen idag.... 2000-05-23 12:03:44, *Lilla jag* Nytt!
  - ↳ Vad skönt! 2000-05-23 16:13:17, *T* Nytt!
- ↳ Snälla hjälp 2000-05-22 18:36:43, *sh* Nytt!
  - ↳ Det tror jag inte.... 2000-05-22 21:35:04, *Ena* Nytt!
- ↳ Till Oerhört ledsen! 2000-05-22 18:07:44, *Teolinda* Nytt!
- ↳ Lite ledsen... 2000-05-22 09:06:18, *Oerhört ledsen* Nytt!
  - ↳ Hallå där! 2000-05-22 09:42:12, *Två akuta snitt (och en "vanlig")* Nytt!
  - ↳ Vad ledsen jag blir.. 2000-05-22 09:55:50, *Ena* Nytt!
    - ↳ Lite väl svepande... 2000-05-22 10:13:49, *Helena* Nytt!
      - ↳ Vad har ditt inlägg här att göra? 2000-05-22 12:17:41, *Frågande?* Nytt!
      - ↳ Men varför då? 2000-05-22 12:25:45, *Helena* Nytt!
      - ↳ Jag menar.. 2000-05-22 12:40:12, *Förstår du nu?* Nytt!
      - ↳ Till dig som undrar varför jag svarar här! 2000-05-23 09:34:25, *Helena* Nytt!
    - ↳ Helena.... 2000-05-22 13:51:09, *Saga* Nytt!
    - ↳ Nej, jag är inte rädd för att föda... 2000-05-22 19:15:35, *Helena* Nytt!
    - ↳ Ha respekt för andras känslor.. 2000-05-22 20:26:06, Nytt!
    - ↳ Du har inte läst mitt inlägg ordentligt! 2000-05-23 09:30:14, *Helena* Nytt!
  - ↳ Hej oerhört ledsen! 2000-05-22 12:56:02, *Fd. snittad & lessen* Nytt!
  - ↳ Känner med dig 2000-05-22 13:01:40, *evad* Nytt!
  - ↳ Provocerande fråga! 2000-05-21 08:44:19, *Två akuta snitt (och en vanlig förlossn.)* Nytt!
    - ↳ Har du någon gång..... 2000-05-21 09:12:31, *Två snitt, en vaginal* Nytt!
    - ↳ För mig har ... 2000-05-21 09:58:13, *Två akutasnitt (och en vanlig förlossn.)* Nytt!
    - ↳ Jag mädde jättebra 2000-05-21 10:54:16, *Linda och Tova* Nytt!
    - ↳ Håller helt med dig! 2000-05-21 12:26:22, *Kicki* Nytt!
    - ↳ Hej! 2000-05-21 15:24:12, *Sophie* Nytt!
    - ↳ Jag tycker att det.... 2000-05-21 16:11:09, *Chrilian ( 1 akutsnitt o 2 vanliga förlossningar)* Nytt!
    - ↳ jag ville föda vaginalt... 2000-05-21 19:43:10, *Heldi & Linus* Nytt!
    - ↳ Det förstod inte jag heller förut!! 2000-05-21 23:27:49, *Yva* Nytt!
  - ↳ Varför..... 2000-05-20 19:46:37, *Teolinda* Nytt!
    - ↳ Jag har haft 2000-05-20 20:31:01, *icca* Nytt!
    - ↳ Men varför är det så olika? 2000-05-20 21:03:18, *Teolinda* Nytt!
      - ↳ Tror inte enskild läkare bestämmer .... 2000-05-20 21:11:48, *maxa* Nytt!
    - ↳ klammar och stygn.... 2000-05-20 21:05:44, *maxa* Nytt!
    - ↳ Tejpåd(imt) 2000-05-21 10:56:41, *Linda och Tova* Nytt!
  - ↳ Coralls födelse 2000-05-20 15:07:58, *Sara* Nytt!
    - ↳ Grattis igen Sara! 2000-05-20 19:48:52, *Teolinda* Nytt!
    - ↳ Stort tack för din berättelse och.. 2000-05-21 20:38:04, *Maja* Nytt!
  - ↳ om humant kejsarsnitt 2000-05-20 05:25:30, *B* Nytt!
    - ↳ Dum eller????????.....Vem har sagt att man kan opereras av fri vilja?..... 2000-05-21 19:26:16, *Mille ( 1snitt 2 vaginala)* Nytt!
      - ↳ Det är nog ingen, som opereras av fri vilja för att det är kul 2000-05-22 10:29:27, *Mamma Erik* Nytt!
      - ↳ JAg fattar inte!! Gillar ni att ha ont?? 2000-05-22 20:33:29, *Jag blir trött på er!* Nytt!
      - ↳ Ojoj... 2000-05-23 10:12:34, *Helena* Nytt!
  - ↳ Nu är hon här... 2000-05-18 23:45:44, *Sara* Nytt!
    - ↳ Stort Grattis, visst är det underbart!!!!!! (imt) 2000-05-19 00:31:38, *Jennie* Nytt!
    - ↳ Gratulationer i mängder(imt) 2000-05-19 09:55:35, *Kicki* Nytt!
    - ↳ Jättemycker Grattis!!!(imt) 2000-05-19 19:49:03, *Jessicav.37+4* Nytt!
  - ↳ Fler som tycker att själva säret var läbbigt? 2000-05-18 21:37:09, *Christina* Nytt!
    - ↳ Gå till närmaste vårdcentral..... 2000-05-19 07:11:53, *Teolinda* Nytt!

Om man klickar på ett snack på föräldraNätet får man upp ett snackträd där inläggen finns representerade med rubriker och signaturer. Om man klickar på en rad kommer inlägget upp.

vanligt köksbord. De kan också söka alternativa kunskap och alternativa perspektiv till den information som presenteras av läkare och barnmorskor. Genom att kommunicera med andra kvinnor så får kvinnorna inte bara tillgång till hur andra kvinnor resonerar utan de kan också få en inblick i andras erfarenheter av hur barnmorskor och läkare förhåller sig till och hanterar olika frågor kring graviditet och födande. Genom att skriva och läsa snackinlägg kan kvinnor undersöka och hantera oro och besvikelser utifrån en rad olika synsätt, eftersom de kan prova olika avvikande åsikter och perspektiv som kan vara svåra att ge röst åt inom mödravården eller i andra nära sammanhang. De virtuella köksborden skiljer sig dock från vanliga köksbord i den bemärkelsen att här delar kvinnor specifika erfarenheter och funderingar genom att de befinner sig i en liknande livssituation. Detta är sällan fallet med människor som samlas runt ett ”verkligt” köksbord att alla exempelvis har ägglossning vid samma tidpunkt eller ens är gravida. Dessa delade erfarenheter i samma här och nu ger i sig upphov till en speciell form av dynamik. Eftersom kvinnorna i regel befinner sig i samma skede samtidigt kan de inte ge varandra perspektiv och distans genom att berätta för varandra vad som hände senare eller hur det var att göra en liknande erfarenhet för exempelvis 20 år sedan. Men det finns förstås undantag från denna observation

*I mars 2006 fanns följande diskussionsgrupper att delta i.*

## Snackämnen

- Mina favoriter**
- + Allmänna diskussioner
- + Barn
- + Bebis
- + Ekonomi / Konsument
- + Fritid
- + Föräldraskap / Familj
- Graviditet / Vänta barn
  - Adoptivbarn
  - Ensam och gravid
  - Foglossning
  - Fosterdiagnostik
  - Första barnet
  - Graviditetskomplikationer
  - Nio månader
  - Ägg-/spermadonation
  - Äntligen gravid/förälder!
- + Ankomstgrupper (10 st)
- Födelse (4 st)
  - Föda hemma
  - Förlossning
  - Förlossningsrådsala
  - Kejsarsnitt
- Innan gravid (4 st)
  - Försöker bli gravid (< 6 mån.)
  - Försöker bli gravid (> 6 mån.)
  - Längtan efter barn
  - Planera för barn!
- + Hälsa
- Känsliga snack
  - Abort (innan/efter)
  - Allvarligt sjuka vuxna
  - Fysisk/psykisk misshandel
  - Föräldrar i fängelse
  - Synpunkter och medkänsla
- + Barn (3 st)
- Graviditet (+ innan/efter) (8 st)
  - Förlossningsdepression
  - Gravid efter att ha förlorat barn
  - Gravid efter missfall
  - IVF
  - Mellan missfall och graviditet
  - Missfall
  - Svåra förlösningar
  - Svårt att bli gravid
- + Själsligt (8 st)
- + Mat & Dryck

också, eftersom det också finns kvinnor som deltar i diskussionerna som har erfarenheter av tidigare graviditeter och förlossningar.

Diskussionerna på *föräldraNätet* var öppna för alla som var beredda att registrera sig på webbplatsen. Som medlem kunde man läsa meddelanden utan att annonsera sin närvaro. Tonen i diskussionsinläggen var oftast informell, vänlig, inkännande och stödjande, även om åsikterna ibland gick isär. De möjligheter som Internet erbjuder kvinnor att kommunicera med andra kvinnor, som har liknande erfarenheter, tillmättes en stor betydelse av kvinnorna själva. Det var vanligt förekommande att kvinnor prisade den möjlighet de såg i *föräldraNätet* att hantera svåra erfarenheter och känslor i samband med sina graviditeter och förlossningar. Ofta beskrev de att de kände sig mindre oroliga och mådde bättre tack vare samtalen på nätet. Särskilt betonades betydelsen av att kunna känna igen sig i andras erfarenheter och att få veta att man inte är ensam om sina erfarenheter och känslor.

Som jag nämnt tidigare såg jag inledningsvis Internet-rösterna mest som ett sätt att undersöka om den bild jag fick genom samtal och intervjuer stämde överens med hur "snacket gick" på Internet. Hade mina samtal och intervjuer fångat in teman som var relevanta även för andra kvinnor? På den punkten kändes steget mellan intervjuer och observationer av diskussioner på Internet inte särskilt långt. Det var ungefär samma teman som återkom med den viktiga skillnaden att på Internet upptäckte jag ytterligare teman som jag inte kommit i kontakt med på barnmorskemottagningen. Jag tänker då framförallt på användningen av graviditetstester, som inte längre var ett aktuellt tema för kvinnorna när de kommit så långt i graviditeten att de börjat gå på besök på barnmorskemottagningen. Diskussioner om graviditetstester på Internet visade sig däremot ha stor relevans för mitt tema, det vill säga användning av medicinsk teknik, vilket jag utvecklar i kapitel fyra.

Internetmaterialet kom efterhand att betyda mer än komplement och breddning av intervjumaterialet. Internet förändrades i mina ögon från att vara ett sätt att spegla ett intervjuematerial till att bli ytterligare ett fält för datainsamling. Framförallt var det en plats där nya förutsättningar och möjligheter gavs för kvinnor att samtala om graviditet och födande, vilket jag i sig tror kan ha en betydelse för hur kvinnor upplever

och agerar i samband med sina graviditeter och förlossningar. Med hjälp av Internet kan kvinnor få tillgång till en kontaktyta av helt andra dimensioner än vad som är möjligt på annat sätt. Via Internet kan kvinnorna diskutera perspektiv, funderingar och information med kvinnor i liknande livssituationer med en lätthet och snabbhet som inte är möjlig utan teknikens hjälp.

En annan aspekt av Internet är möjligheten att berätta om sig själv och sina erfarenheter på en egen hemsida. Ett av de föräldrapar jag följde skrev dagbok om graviditeten på nätet, vilket även inkluderade ultraljudsbilder på det väntade barnet samt en grafisk illustration av hur magen växte. När jag själv gjorde sökningar efter hemsidor på Internet fann jag en mängd "privata" hemsidor av ett liknande slag. Berättelsen om förlossningen intog ofta en central plats liksom bilder av den nyfödda babyen. I några fall illustrerades även förlossningsberättelsen med detaljerade bilder.

## MEDIADEBATTER OM GRAVIDITET OCH FÖDANDE

För den som är gravid finns det inte bara reflektioner och perspektiv i den närmsta omgivningen att förhålla sig till. Under fältarbetsperioden samlades klipp ur dags- och kvällspress i en stor hög på mitt skrivbord. Ämnen som återkom var gravida kvinnors sjukskrivningsrätt, diskriminering av gravida i arbetslivet<sup>21</sup>, kvinnors möjligheter att kombinera yrkesarbete med föräldraskap<sup>22</sup>, livsmedel, att kvinnor väntar med att föda barn tills de är äldre<sup>23</sup>, krisen inom förlossningsvården<sup>24</sup>, läkemedel och risker för gravida kvinnor, förlossningsrädsla, önskemål om kejsarsnitt och hemförlossning. Det finns en öppenhet i media kring svåra frågor som fosterdiagnostik, missfall, abort och ofrivillig barnlöshet.<sup>25</sup> Inga ämnen verkar vara tabubelagda. Kvinnor låter sig fotograferas mer eller mindre nakna i olika förlossningssituationer och tidningar som *Dagens Nyheter* tvekar inte att placera bilderna på förstasidan.

Artiklarna innehöll allt från nyhetsrapportering och reportage till debattartiklar. Andra medier som mina informanter kunde ta del av var Tidskrifter som *Gravid* (Vi Föräldrar), *Med barn*, *Vänta barn* (Amelia),

*Födelse och Föräldraskap* samt dagsländan *Dunderpappa* [1998-1999].<sup>26</sup> Utöver detta finns en stor flora av handböcker på området. Allt från gamla klassiker som Sheila Kitzingers *Att vänta och föda barn* (1981) och Folkhälsoinstitutets bok *Vänta barn* till nyare mer personliga skildringar av egna upplevelser i romanform som *Jag ska bli mamma: dagbok från en graviditet* av Karin Milles (2001), *Baby blues* av Pia Hintze (2000) samt antologin *Uppdrag mamma: berättelser från en ny generation mammor* (2002).

Diskussionerna om graviditet och sjukskrivning handlade om att antalet sjukskrivningar av gravida ökat och att Försäkringskassan börjat se över sina rutiner.<sup>27</sup> Uppsala blev känt som en kommun med stor återhållsamhet gentemot gravida kvinnor och kritiska röster höjdes mot en alltför restriktiv hållning.<sup>28</sup> Gravida kvinnor är visserligen inte sjuka, men kan få sjukdomsliknande symptom som sätter ned arbetsförmågan. Kvinnor jag träffade med exempelvis svårt illamående och/eller ryggbesvär kände sig ifrågasatta och kränkta och hade svårt att få ihop sin vardagstillvaro. Graviditet är ett tillstånd som hamnar mellan två stolar (Puranen 1995). Från barnmorskehåll föreslogs att föräldraförsäkringen skulle förändras från att det varit möjligt att ta ut en månads ledighet före förlossningen till att månaden skulle öronmärkas för detta ändamål. Barnmorskorna menade att dagens svenska mammor annars prioriterar sina barn genom att arbeta in i det sista och spara föräldrapenningen till efter förlossningen. Detta var också en hållning mina samtal med blivande föräldrar bekräftade.

Diskriminering av gravida på olika arbetsplatser var ett ämne som aktualiserades av att undersökningar visade en ökning av antalet kvinnor som bland annat förlorat sina arbeten när de blev gravida. Jag har talat med kvinnor som väntat väldigt länge med att berätta om graviditeten på arbetsplatsen. Inte på grund av oro för att mista sitt arbete men på grund av att de var oroliga att det skulle påverka deras framtida arbetsvillkor negativt.

Ett annat återkommande tema var rapportering om olika livsmedel och läkemedel som kan vara farliga i samband med graviditet. Barnmorskorna på mottagningen jag befann mig på berättade hur olika rapporter

i media kunde öka antalet telefonsamtal till mottagningen gällande frågor angående dessa larm, något som brukade ebba ut efter ett par dagar.

I flera artikelsierier togs fenomenet *förlossningsrädsla* upp till granskning och diskussion. En del menade att förlossningsrädsla var ett relativt modernt fenomen, medan andra menade att kvinnor alltid har varit rädda men att det har blivit mer accepterat att tala öppet om det.

Artiklar om så kallade självvalda kejsarsnitt var liksom övriga nämnda ämnen ett tema som återkom lite då och då. Linda Skugge, krönikör på *Expressen*, personifierade debatten när hon publicerade en krönika där hon provocerade genom att skriva "Söv ner mig och skär upp mig". Diskussionerna handlar i grova drag om varför kejsarsnittsfrekvensen stiger<sup>29</sup>, varför en del kvinnor begär kejsarsnitt<sup>30</sup>, om läkare ska utföra kejsarsnitt på grundval av mammors önskemål<sup>31</sup>, om kvinnor själva bör få bestämma hur de ska föda och den medicinska, psykologiska och moraliska lämpligheten i att med hjälp av kirurgi hoppa över värkarbete och vaginal förlossning.<sup>32</sup> Jag har här framförallt tagit fasta på icke-medicinska aspekter av diskussionen. Det har då handlat om hur kvinnors rätt att bestämma reducerats till en fråga om medicinsk teknik är något som förtrycker eller frigör<sup>33</sup>, prioriteringen av "naturligt" födande<sup>34</sup> och normer för kvinnlighet som tillskrivs kvinnor som önskar föda genom planerat kejsarsnitt.<sup>35</sup> Artiklar och debattinlägg om kvinnors möjligheter att föda hemma tangerar delvis diskussionerna om kejsarsnitt, eftersom frågor tas upp om kvinnors autonomi att själva få bestämma



*Larmrapporter duggar tätt på fler områden än bara graviditet, och något vi måste lära oss att leva med. Gravida kvinnor är extra sårbara eftersom de inte bara har ansvar för sig själva utan också för sitt ofödda barn.*

över sitt födande vilket också inkluderar ekonomiska bidrag och tillgång till barnmorska<sup>36</sup>, naturlighet kontra medikaliserat födande<sup>37</sup> samt risker med födande.<sup>38</sup> Men det handlar också om behovet av trygghet och att det som skapar trygghet inte bara behöver handla om riskminimering och tillgång till medicinsk teknik.

## MAMMA SOM ANTROPOLOG

Den här avhandlingen är en presentation av den antropologiska kunskap, som mitt fältarbete kring millennieskiftet genererade om graviditet och födande i Sverige. Kunskapen tog form när jag började berätta och skriva om mina fälterfarenheter. I min roll som antropolog vill jag ge röst åt de människor jag träffat, vilket också innebär att deras berättelser bryts genom det prisma som mitt antropologiska förhållningssätt och mina personliga erfarenheter bildar. Det har med andra ord betydelse att det var jag som satte upp vävstolen och som vävde ihop erfarenheten till den här texten.

Jag hade troligen aldrig formulerat avhandlingsprojektet som jag gjort utan mina egna erfarenheter av två graviditeter och förlossningar. Jag födde en dotter 1995 och en son 1996. Under den första graviditeten tillbringade jag två månader på landsbygden i Vietnam och under den andra graviditeten bodde jag de första fem månaderna i London. Båda graviditeterna var okomplicerade liksom förlossningarna, men vistelserna i Vietnam respektive London gav på olika sätt upphov till frågor som senare ledde fram till att jag formulerade ett avhandlingsprojekt om graviditet och födande.

Resan till Vietnam gav mig anledning till att reflektera kring potentiella risker med att göra fältarbete i ett "främmande land". Där fanns andra faror än i Sverige och den medicinska mödravård var mindre utbyggd (om något skulle hända). Min första reaktion var att tillsammans med barnmorskor och läkare diskutera möjliga risker på längden och tvären. Eftersom det var min första graviditet och min första resa till Vietnam visste jag inte vad jag hade framför mig och jag kände mig till

en början osäker på om jag skulle resa eller inte. Det kändes inte ansvarsfullt att utsätta varken barnet eller mig själv för fler risker än nödvändigt.

En del generella risker kunde jag sortera bort eftersom de inte var giltiga för den specifika plats jag skulle resa till. Exempelvis fanns det ingen malaria i området jag skulle besöka och det var inte säsong för japansk hjärnhinneinflammation när jag skulle vara där. Andra risker var jag tvungen att acceptera, som till exempel att det skulle vara långt till sjukvård av samma standard som jag kunde få hemma, om komplikationer skulle tillstå. Det svåra var att bilda sig en realistisk uppfattning om vilka risker som tillkom om jag reste och hur stora och allvarliga dessa risker i så fall var. När jag kände mig övertygad om att en resa inte var förenad med orimliga risker och att faror samtidigt också är en ofrånkomlig del av livet, bestämde jag mig för att resa.

Under månaderna i London försökte jag förhålla mig till "galna ksjukan" samt det faktum att listan över livsmedel jag blev rekommenderad att undvika var längre jämfört med i Sverige. Dessutom blev jag erbjuden fler ultraljudundersökningar än vad som var rutin hemma samt ett blodprov (alfafetoproteintest) som syftade till att beräkna sannolikheten att jag skulle få ett barn med Downs syndrom eller inte. Den brittiska erfarenheten gav mig anledning att återigen reflektera kring risker. Dels var jag tvungen att hitta ett sätt att förhålla mig till de "nya" riskerna som tycktes mig nästan ligga inbakade i olika livsmedel och dels var jag tvungen att ta ställning till fosterdiagnostiska undersökningar som var nya för mig. För mig var det en fördel att redan ha varit med om en graviditet: jag hade erfarenheterna från Vietnam samt kände mig trygg med den svenska mödravården. Mina personliga strategier blev därför att kombinera en viss försiktighet när det gällde maten med en fatalistisk inställning och att hålla mig till den svenska modellen för mödravård. Den senare strategin gjorde det lättare att avstå från några av de undersökningar, som enligt min förståelse låg utanför en svensk rutin.

Ytterligare ett fält av mer personlig karaktär är att jag i mitt dagliga liv, utöver de kontakter jag byggde upp genom min deltagande observation på barnmorskemottagningen, har levt med att systrar, kusiner, vänner, bekanta, grannar och arbetskamrater varit gravida. På så sätt har jag

ibland på väldigt nära håll tillgodogjort mig erfarenheter, berättelser och funderingar kring graviditet och födande.

Jag har också i likhet med Tjoernhoej-Thomsen (1998) upplevt att människors vetskap om mitt avhandlingsämne gjort att många i min omgivning känt sig motiverade att kommentera, diskutera och berätta om sina egna och andras erfarenheter av graviditet och födande. Mitt avhandlingsämne berör med andra ord ofta människor på ett djupt personligt plan. För det mesta har detta varit en stor tillgång, men ibland har det också varit problematiskt. Det har varit väldigt stimulerande och tacksammt att arbeta med ett avhandlingsämne, som berör och väcker känslor och som människor gärna delar med sig av sina funderingar kring. Den problematiska aspekten är främst att ämnet kan vara starkt laddat med såväl starka känslor och minnen som ideologi, vilket kan försvåra en förbehållslös diskussion på en mer allmän och generell nivå.

Utöver samtal och intervjuer med kvinnor jag mött genom mödravården så har jag även intervjuat kvinnor som jag fått kontakt med av rena tillfälligheter eller genom vänner och bekanta. När kontakter förmedlats genom vänner och bekanta så har de ofta skett tack vare att jag dryftat något tema i min avhandling och fått responsen ”men jag känner en kvinna som varit med om just det där. Henne tycker jag absolut att du ska tala med.”

På barnmorskemottagningen lärde jag känna två kvinnor som föredrog ett planerat kejsarsnitt istället för en vaginal förlossning. Ungefär samtidigt debatterades ”självalda kejsarsnitt” i media och min nyfikenhet gjorde att jag intervjuade ytterligare tre kvinnor som ville ha kejsarsnitt. Frågan om medikaliserade förlossningar i formen av kejsarsnitt gjorde mig också nyfiken på det som jag tänkte var en motsats, det vill säga hemförlossning med så lite medicinsk intervention som möjligt. Jag tog därför också kontakt med kvinnor och män som fött eller ville föda barn hemma istället för på sjukhus. Jag deltog på möten som Föreningen Föda hemma anordnade, följde diskussionsgrupper och diskussionslistor på Internet genom vilka jag tog kontakt med kvinnor, som fött eller ville föda hemma. Tidskriften *Födelse och Föräldraskap* som ges ut av föreningen Föda hemma har också varit en värdefull källa.

## FRÅN FÄLT TILL TEXT – FORSKNINGSPROCESSEN

Forskningsprocessen i den här studien är utsträckt över en period på sex år. Fältnaterialet som jag samlat in och analyserat är komplext eftersom det består av olika typer av data, som är insamlat i flera olika sammanhang under en ganska lång tidsperiod. Jag har ägnat mycket tid åt vad jag kallar för öppen kodning av materialet, vilket innebar att jag så förbehållslöst jag kunde letade efter olika teman i materialet vare sig det fanns en röd tråd mellan dem eller inte. I detta skede försökte jag ignorera teoretiska perspektiv och krav på koherens så gott jag kunde och istället bara koncentrera mig på vad som fanns i materialet oavsett om det kändes intressant eller trivialt.

Därefter fortsatte jag med en mer selektiv bearbetning av materialet, vilket var en mer intuitiv process där min nyfikenhet och lust att utforska vissa teman framför andra kom till uttryck. Särskilt fångad blev jag av hur kvinnor som avvek från mödravårdens snitslade bana väckte starka reaktioner i sin omgivning och på så sätt pekade ut var de normativa gränserna för graviditet och födande går.

När jag återvände till de teoretiska perspektiv som inspirerat mig inledningsvis, visade sig dikotomiserande analyser av graviditet och födande inte vara särskilt användbara (se kap ett). Varken föda-hemma-rörelsen eller "de frivilliga kejsarinnorna" gick att förstå i sin komplexitet med hjälp av begrepp som naturlig eller medikaliserad. Jag kände mig också hindrad av den ideologiska laddning som olika teoretiska perspektiv på födande ofta har. Strax efter att jag avslutat huvuddelen av min datainsamling hade jag dessutom svårt för att distansera mig från problematiken jag kommit nära. Graviditet och födande är livets kärna och väckte starka känslor hos såväl kvinnorna jag talat med, som mig själv och hos personer i min närmsta omgivning. Jag kände stor sympati med kvinnor som så starkt önskade att få föda sitt barn på sitt eget sätt, men mötte motstånd eftersom deras önskemål inte passade in i de sätt vi valt att organisera svenskt födande på.

Min presentation av etnografi har balanserat mellan att beskriva individuella fall och att organisera etnografien tematiskt. Slutresultatet lig-

ger närmare den senare strategin. Jag citerar i texten flera olika sorters källor. När jag återger citat från transkriberade intervjuer har jag normaliserat citaten för läsvänlighetens skull från talspråk till något som ligger närmare skriftspråk. När det gäller citat från Internet har jag endast ändrat stavfel.

## BETYDELSEN AV UTGÅNGSPUNKT FÖR VAD SOM UPPFATTAS SOM EXOTISKT OCH FAMILJÄRT

När jag som gravid befann mig i Vietnam och England framträdde även den reproduktiva kulturen i Sverige som exotisk eller annorlunda. Min nyfikenhet på svensk reproduktiv kultur väcktes i hög grad av mina erfarenheter i dessa länder. Under fältarbetets gång kunde jag sedan konstatera att det även *inom* Sveriges gränser finns en variation i sätten att tänka kring graviditet och födande. Kvinnor som väljer att föda sina barn hemma och kvinnor som önskar planerat kejsarsnitt utan medicinsk indikation uppfattas ofta av sin omgivning som exotiska eller 'svåra att förstå'. Men det är kanske snarare utgångspunkten än det geografiska avståndet som avgör vad som är exotiskt och vad som är familjärt.

Brittiska läsare som tagit del av Judith Okelys studie av en brittisk internatskola utan att själva ha internatbakgrund uppfattade exempelvis internatskolan som en exotisk institution (Okely 1996). Samtidigt var det många med internatbakgrund från andra länder som hörde av sig och berättade att de kände igen sig i Okelys skildringar, vilket visar hur det som vi uppfattar som kulturspecifikt ibland kan vara ett globalt fenomen (1996:8).

The differences found within Europe or the West in general serve as a warning to anthropologists of the far away. The latter tend to erect a vast homogenised stereotype of "the West" or their own West with which to contrast their micro-field study abroad, without recognising the cultural multiplicity of the places from where they came. They are making a banal occidentalism of themselves.

(Okely 1996:5)

Hur stor skillnad är det egentligen mellan fält på hemmaplan och fält borta? Det är en fråga som följt mig i flera år. Jag har viss fälterfarenhet från Vietnam (Hellmark Lindgren 1998) och har som medföljande tagit del av min mans antropologiska fältarbete i Zimbabwe. Som jag uppfattar det erbjuder varje fält sina specifika villkor. Villkor som dessutom är i ständig förändring. Jag finner det svårt att ta fram några generella skillnader mellan de förhållandevis abstrakta kategorierna 'fält hemma' respektive 'fält borta'. Vi kan lika gärna hitta främmande företeelser i vår egen närmiljö och känna igen oss hos människor 'långt borta' som vice versa.

Min två månader långa fältstudie i Vietnam 1994 gjorde mig uppmärksam på hur begränsade språkkunskaper också begränsar antropologens förståelse. Bristande språkkunskaper kan orsaka allt från direkta missförstånd till att man har sämre förutsättningar att förstå nyanser och mer subtila aspekter av mänskliga erfarenheter. Men även i den egna hemmiljön kan det vara meningsfullt att reflektera över sin språkförståelse (Sachs 1996, Okely 1996:3). I graviditetens landskap spelar, vid sidan av svenskt vardagsspråk, biomedicinsk terminologi en central roll. En del av termerna kände jag till sedan tidigare, dels genom att jag under en period arbetat som vårdbiträde på en förlossningsklinik i Stockholm, dels genom mina egna erfarenheter av graviditet och förlossning. Emellertid upplevde jag inte det biomedicinska språket och jargongen som en särskilt svår barriär att forcera. Var det något jag inte förstod så var det helt legitimt för mig som lekman att fråga. När de gällde mina huvudkällor till information, det vill säga blivande mammor och pappor, så var vi oftast jämbördiga i vår språkförståelse och språkanvändning genom att vi med några få undantag var lekmän.

När jag var ute på landsbygden i Matabeleland, i Zimbabwe 1997 och 2000 kände jag igen de amningsråd som zimbabwiska kvinnor fick, som samma råd jag själv en gång fått hemma. Den sammanbindande länken var de nuvarande amningsrekommendationerna som formulerats av WHO. Och en ultraljudsundersökning i staden Bulawayo visade sig kunna sätta igång liknande funderingar och reaktioner som samma undersökning kunde göra i Uppsala.

En av antropologins styrkor är att den kan hjälpa oss med perspektiv

på oss själva och andra genom att erbjuda möjligheter till jämförelser. Ibland problematiseras 'fältarbete hemma' med tanke på att antropologen inte utgör en främling i sin hemmiljö. Dels kan det innebära att antropologen oreflekterat köper 'the emic view' som självklar, dels att antropologen inte får samma utrymme att ställa 'oinitierade frågor' som man kanske får om man är 'främling' eller novis. Samtidigt är det, som Okely påpekar, sällan så att kontraster som beskrivs i etnografier är resultatet av erfarenheter 'within the same space and time' (Okely 1996:3) utan snarare ett resultat av analyser och reflektioner kring sådant antropologen upplevt före, under och efter fältarbetet. Ofta är det också en fråga om kontraster som lyfts fram med hjälp av jämförelser mellan systematiskt undersökta företeelser i ett främmande land med företeelser i den egna hemmiljön, som antropologen kanske har personlig erfarenhet av men sällan undersökt systematiskt.

Idéer, perspektiv och företeelser som uppfattas som självklara i ett sammanhang kan betraktas som exotiska i ett annat. Kultur är något vi tar för givet ända tills vi får syn på alternativa synsätt. Mitt avhandlingsarbete har inspirerats av antropologiska studier av reproduktiv kultur i andra samhällen. I Holland är mödravården organiserad utifrån hemfödandet som norm (Wieggers et al. 1998). Detta kan jämföras med Brasilien där kejsarsnitt blivit det normala förlossningssättet (Béhague 2002). Men det mest givande "speglarna" i forskningsprocessen har jag funnit inom Sveriges gränser och då speciellt med avseende på kvinnor som på olika sätt avviker från det födande som blivit 'normalt' i Sverige. Kvinnor som vill föda hemma eller önskar planerade kejsarsnitt kan utifrån den svenska normen betraktas som exotiska eller ogripbara. Eftersom våra invanda perspektiv inte hjälper oss att förstå dem blir de istället förfrämligade. Resultatet kan vara stereotypa framställningar i form av exempelvis raljerande nidsbilder av å ena sidan romantiserande verklighetsfrånvända civilisationskritiker i filttofflor och å andra sidan filofaxstyrda karriärkvinnor som helt tappat kontakten med sig själva och sina kroppar.

Vad som förenar humanistiska och samhällsvetenskapliga perspektiv på reproduktion är att reproduktion sätts in i ett sammanhang; det vill säga kontextualiseras. Det antropologiska fältet har traditionellt avgrän-

sats till en lokal geografisk mikronivå, som en by, en mindre stad eller en stadsdel. Under 1980- och 90-talen har begreppet lokal getts ytterligare innebörd genom att även småskaliga arenor inkluderats där social "mening" produceras och modifieras i ansikte-mot-ansikte-interaktioner (Ginsburg & Rapp 1995; Gupta & Ferguson 1992). Därutöver har det också skett en omdefiniering av begreppet lokal kunskap till något som byggs upp i relation till globala processer. Omdefinieringen beror i sin tur på en medvetenhet om hur globala eller transnationella processer möjliggör att kunskap som producerats i ett specifikt sammanhang influerar tillvaron för människor som lever i samhällen med helt andra livsvillkor (Ginsburg & Rapp 1995).

Biomedicinens globala expansion är ett klassiskt exempel på hur ett västerländskt kunskapssystem fått fäste och makt i andra delar av vår värld. Det finns även exempel på hur flödet av idéer kan ha en motsatt riktning även om idéerna och kunskapen ofta får något av en alternativ status i väst. När det blev modernt att föda stående eller hukande brukade förespråkarna exempelvis lite generaliserande hänvisa till afrikanska kvinnors förlösningsställningar. Nästa kapitel handlar om svensk mödravård och hur graviditet i Sverige för majoriteten kvinnor kan beskrivas som en resa i mödravårdens regi.

## NOTER

<sup>18</sup> Traditionellt har det antropologiska fältet varit en geografiskt avgränsbar plats som antropologen reser till. Fältet förstås då ofta som något som förbinder en viss plats med en viss kultur (Appadurai 1991; Okely 1996; Tjoernhoej-Thomsen 1998; Gupta & Ferguson 1997:8; Hastrup & Olwig 1997:4; Hannerz 2001 ). Samtidigt kompliceras en sådan utgångspunkt av att världen av idag är en annan jämfört med den tid då Bronislaw Malinowski myntade och definierade begreppet antropologiskt fältarbete. Det har blivit allt svårare att tala om territoriellt avgränsade samhällen och stabila platsbundna kulturer eftersom vi idag lever i en värld där såväl människor, som varor och tankar är rörliga (Marcus 1995; Tjoernhoej-Thomsen 1998; Appadurai 1991; Hannerz 2001).

<sup>19</sup> "Some things can perhaps not be explained within the terms set by the society under study, and if we happen to want to elucidate these "things", then more data might only produce more of the same" (Melhuus 1995:106).

<sup>20</sup> Föräldrarna fick då följande skriftliga instruktion: Gör en kort sammanfattning av graviditeten från att Du insåg att Du/Din partner var gravid och fram till idag. Spåna fritt kring tankar, känslor och upplevelser som känts centrala. För att få lite struktur kan Du försöka dela in graviditeten i olika faser (eftersom jag antar att Ni haft olika upplevelser i olika perioder av graviditeten). Markera så att jag kan förstå var en ny fas börjar och slutar. Markera kan man göra genom att notera tidpunkter i graviditeten (vecka 10 etc) eller genom att notera att något började före eller efter en viss händelse. Gör gärna både och. Ange dessutom graviditetsvecka, din ålder, yrke och kön.

<sup>21</sup> Ökad diskriminering av gravida enligt Jämo. *SvD* 20 november 2001. Allt fler gravida diskrimineras. Kraftig ökning av anmälningar. *DN* 18 september 2002.

<sup>22</sup> Forskare tvingas till socialbidrag. Ekonomisk knipa för gravida. *UNT* 7 februari 2000.

Stressig småbarnstid kartlagd. Mammor pressas hårdare av föräldraskapet. Svagt socialt nätverk vanlig orsak. *UNT* 17 maj 1999.

<sup>23</sup> Göran Persson vädjar: Skaffa fler barn – annars blir det kris. *Aftonbladet* 9 november 2000.

Är du också en uppskjutare? *Amelia* Nr 5 24 februari 2000.

Önskas: en bra pappa. Singel – och ingen att få barn med. Vilja barn Del 8. Ett livsval medan klockan tickar. *SvD* 13 februari 2001.

Gärna barn, men först en rejäl examen. *SvD* 9 januari 2000.

<sup>24</sup> Överläkaren: Nu har det gått för långt. *Expressen* 20 september 1999.

Färre BB-platser på Akademiska. Tidig hemgång ska spara pengar. *UNT* 24 augusti 2001.

Borta bra men hemma bäst? Hjälpammor oroade över kort BB-tid. *UNT* 17 september 2001.

Trycket ökar på förlossningen. Stockholmskor väljer UAS. *UNT* 19 maj 1999.  
Kaosartat för gravida kvinnor. Brist på personal vid AB-länets sjukhus. Många hänvisas till andra BB:n. *UNT* 19 juni 1999.

Klinik i kris tvingas avvisa var femte gravid. Barnmorskor flyr sjukhus. *SvD* 18 februari 2001.

BB-krisen: Trebarnsmor vill inte föda i Stockholm igen. *SvD* 19 februari 2001.

Brännpunkt: Barnen behöver ett statsråd. "Från Skåne skickas födande kvinnor till Köpenhamn" *DN* 18 februari 2003.

Alla ska få välja var de vill föda. Färre kejsarsnitt om föräldrarna får veta var de ska föda, tror politikerna. *SvD* 4 augusti 2001.

BB-krisen får medicinska följd. "Vi visste inte ens om vi fick vara kvar i länet". *DN* 13 maj 2002.

<sup>25</sup> "Vi sätter en liten ängel på dörren, sa sköterskan" Vinjett: Det hände mig. *Amelia* 28 januari 1999.

Den lilla döden – visst får man sörja ett missfall. *Amelia* 4 maj 2000.

Tänk om jag inte kan bli mamma. Sex sidor för dig som vill bli med barn. *Amelia* 10 februari 2000.

"Jag fick inga egna barn". *Amelia* 19 april 2000.

Vem klarar av att välja bort ett barn? "När Katia och Fredrik (...) väntade sitt andra barn hände det som inte får hända". *Amelia* 13 januari 2000.

Den nya fosterdiagnostiken – det svåra valet. Valfrihet – eller bara ångest? *Amelia* 13 januari 2000.

Sorgen man talar tyst om [missfall]. *DN* 31 mars 2001.

Barnlöshet rör vid livets innersta kärna. *DN* 5 mars 2000.

<sup>26</sup> I april 2003 kom tidskriften *Mama* som blandar artiklar om smärtlindring med mode och reportage om kända mammor. Tidskriften innehåller också en särskild sektion för pappor som kallas *Papa*. "En tidning som inte bara handlar om bebisar, utan om det svåra livspusslet och den roliga men komplicerade mammorollen... En tidning som ger efterlängtd lyx i vardagen." (Chefredaktör Carina Nunstedt)

<sup>27</sup> Allt fler gravida blir sjukskrivna. Försäkringskassan inleder kartläggning. *UNT* 29 april 2000.

<sup>28</sup> Hård linje mot gravida i Uppsala. *DN* 27 november 2001.

Sjukskrivning vid graviditet. "Regeringen ser över orättvisa regler" *DN* 28 november 2001.

Gravida får stöd i EU-direktiv. *DN* 30 november 2001.

RFV försvarar gravidas rätt att sjukskriva sig. *SvD* 1 juni 2002.

Gravida ska ha rätt att sjukskriva sig. *DN* 31 maj 2002.

<sup>29</sup> Ond cirkel ökar kejsarsnitt. Uppgång under hela 90-talet. Svår förlossningsrädsla en av orsakerna. *UNT* 16 mars 1999.

Kejsarsnitt allt vanligare. Uppsala toppar riksstatistiken. *UNT* 18 augusti 1999.

Kejsarsnitt kan bli vanligare. Ny studie visar på risker vid förlossning med sätetsbjudning. *UNT* 24 augusti 2000.

Antalet kejsarsnitt ökar – svenska läkare oroliga. *Sydsvenskan* 2 mars 2001.

Det är sjukvårdskrisens fel att kejsarsnitten ökar. *Amelia* 9 mars 2000.

Kejsarsnitten fortsätter att öka. *Expressen* 27 februari 2001.

Kejsarinna för en dag. *Helsingborgs Dagblad* 1 april 2001.

<sup>30</sup> "Jag har gjort fem kejsarsnitt." Fler och fler kvinnor väljer att föda med kejsarsnitt – Marie, 37, är en av dem. *Aftonbladet* 24 augusti 1999.

Läkarna: Kvinnor i dag vill ha mer kontroll över förlossningen. *Aftonbladet* 24 augusti 1999.

Dominika Peczynski: "Jag gjorde det för min dotter" *Expressen* 14 augusti 2000. Allt fler kvinnor väljer kejsarsnitt. *Psykologtidningen* 2000:3.

"Varför ska kvinnor ha ont i onödan?" Födas på beställning. Del 1. *DN* 6 maj 2000.

"Kvinnors kontrollbehov är en myt" Planerade kejsarsnitt. Alla skäl är lika legitima, anser psykologen Malin Alfvén. Födas på beställning Del 3. *DN* 14 maj 2000.

Tredje kejsarsnittet för Helena. /Nästan vart femte barn föds med kejsarsnitt. *UNT* 7 juni 2000.

"Att föda är en poänglös aktivitet" Dominika Peczynski födde sin dotter med kejsarsnitt. Nu rasar hon över förslaget att kvinnor ska betala. *Aftonbladet* 5 december 2001.

"Smärtan är det som skrämmer mig". Rädd att föda. Del 1. Ett psykiskt problem som många vill lösa med kniven. *SvD* 11 mars 2002.

<sup>31</sup> "Kejsarsnitt – en mänsklig rättighet?" *Läkartidningen* 97(20):2515-2516. Kejsarsnitt – val eller kval? *Expressen* 14 augusti 2000.

<sup>32</sup> Uppmanades föda "naturligt" – fick opereras akut. *Expressen* 14 augusti 2000.

"Mitt kejsarsnitt blev en tre månaders mardröm". *Amelia* 2 december  
Jag vill göra kejsarsnitt! Så bemöts kvinnor som vill välja själva. *Expressen* 15 augusti 2000.

Ska kvinnor få välja om de vill ha kejsarsnitt? *Expressen* 15 augusti  
Kejsarsnitt – ett eget val. *Expressen* 14 augusti 2000.

Helen uppmanades föda "naturligt" – tvingades till operation efter 30 timmar. *Expressen* 14 augusti 2000.

"Betala kejsarsnittet själv!" *Expressen* 17 augusti 2000.

Är det rätt att köpa kejsarsnitt? Expressens förslag har mött starka reaktioner. *Expressen* 18 augusti 2000.

Kritik mot ökat antal kejsarsnitt. Självvalda snitt oroar läkare. Födas på beställning. Del 1. *DN* 6 maj 2000.

"För dyrt med kejsarsnitt vid förlossningskräck." *SvD* 2 februari 2002.

Samtal fick hennes mamma att tänka om. Samtal hjälp mot rädsla att föda. *DN* 11 februari 2002.

<sup>33</sup> Delade meningar om kejsarsnitt. Läsarreaktioner. *DN* 9 maj 2000.

"Rätten till kejsarsnitt är inte feminism" *Expressen* 9 februari 2002.

<sup>34</sup> SöS försöker bryta trenden. "Jag är glad att jag födde naturligt" Födas på beställning del 2. *DN* 7 maj 2000.

"Hjälp kvinnor lära känna sina kroppar" Föderskor litar inte på sina kroppar idag. "Satsa långsiktigt", säger barnmorskan Pia Hallström. *Aftonbladet* 2001.

"Låt kvinnorna betala för kejsarsnitten" Chefsekonom på socialstyrelsen: Begränsa bekvämlighetssnitten. *Aftonbladet* 5 december 2001.

"Mår ni bra om vi måste lida?" *Expressen* 15 juli 2000.

"Ingen ska tvingas att föda vaginalt". *Expressen* 26 augusti 2000.

"Föd helst vaginalt". *UNT* 13 juni 2000.

"Föd smärtfritt utan att ta kejsarsnitt". *Aftonbladet* 26 september 2000.

Att övervinna rädslan – en triumf. Rädd att föda 2. Ett psykiskt problem som många vill lösa med kniven. *SvD* 12 mars 2002.

"Jag klarade av att föda" Rädd att föda. Del 3. Ett psykiskt problem som många vill lösa med kniven. *SvD* 13 mars 2002.

Glömmer vi bort hur man föder naturligt? Allt fler väljer kejsarsnitt – men riskerna är större för mor och barn. *Aftonbladet* 25 augusti 2000.

<sup>35</sup> "När blivande mammor är rädda för livet självt". *Aftonbladet* 17 maj 2000.

"Hur förenklad är inte Anita Goldmans kolumn om naturligt födande kontra kejsarsnitt" Läsarnas kommentarer. *Aftonbladet* 17 maj 2000.

"Jag tillhör den generation som skulle "ta makten" över våra egna kroppar. *Aftonbladet* 24 maj 2000.

"Jag är en fuskamma" Hon födde med kejsarsnitt. Och började jobba två veckor efteråt. *Aftonbladet* 10 oktober 2000.

Är du en fuskamma? Får en nybliven mamma göra som Dominika? Läsarnas kommentarer. *Aftonbladet* 10 oktober 2000.

Ett naturligt behov av kontroll. *föräldraNätet* 1999.

<sup>36</sup> "Låt föräldrarna föda barnen hemma". *DN* 5 maj 2000  
Stockholm – ett Mecka för hemförlossningar. *SvD* 29 april 2002

<sup>37</sup> "Efter tre hemska BB-förlossningar födde jag min fjärde son hemma. Jag var lurad på något väsentligt som fanns i födandets mystik." *Amelia* Nr 19 1999.  
Föd hemma – helt gratis. Hemföderskan Unni Drougge: På sjukhus är allt så teknologiskt. *Aftonbladet* 8 april 2002.

"Jag litar mer på min egen kropp än på sjukvården" *SvD* 30 april 2002.

"Mindre teknik – mer" händer. *SvD* 2 maj 2002.

Skönt att föda hemma utan stress. *DN* 10 mars 2003.

<sup>38</sup> Bättre föda på sjukhus om något skulle hända. *DN* 9 maj 2000.

"Kvinnan hade dött om hon fött hemma." *SvD* 2 maj 2002.

Hårda medicinska krav för hemfödslar. *DN* 7 april 2002.

"Lika säkert att föda hemma". *UNT* 4 juli 2000.

"Hemförlossning – varför inte!" *UNT* 17 augusti 2000.

"Tryggare att föda hemma". *DN* 14 maj 1999.

"Föd tryggt hemma istället, kvinnor". *Aftonbladet* 10 juni 2002.



## KAPITEL 3

# GRAVIDITET SOM RESA I MÖDRAVÅRDSREGI

När börjar en graviditet? Är det i det ögonblick då ägget sammansmälter med spermien? Är det när kvinnans menstruationscykel börjar eftersom den tidpunkten ligger till grund för hur barnmorskor beräknar graviditetens längd?<sup>39</sup> Eller är det när kvinnan känner att hon är gravid? Jag valde att utgå ifrån informanternas sätt att tala om sina graviditeter. Ur biologisk synvinkel började graviditeten för samtliga med att ett ägg smälte samman med en spermie. Men *berättelsen* om graviditeten är oftast baserad på minnen av olika händelser och situationer som inte var direkt relaterade till själva konceptionsögonblicket. Det kan vara ett minne av en utebliven menstruation, en första känsla av ett svagt illamående, spänningar i bröstet och ett positivt graviditetstest. En graviditetsberättelse kan också börja med ett "vi har försökt i flera år" och då kan kanske viljan att bli gravid definieras som en känslomässig inledning på graviditeten. På *föräldraNätet* fanns det diskussionsgrupper som grundades på just viljan att bli gravid. Grupperna kallades ankomstgrupper och namngavs efter den månad man ville föda sitt barn. Av diskussionsinläggen som görs i dessa grupper framgår att en del blivande föräldrar håller sig informerade om var i menstruationscykeln kvinnan befinner sig med hjälp av

ägglossningstest och att många kvinnor börjar med graviditetstest innan de vet om menstruationen kommer att utebli.

Något som förbryllade mig inledningsvis var att så många blivande föräldrar beskrev att "graviditeten inte kändes på riktigt" förrän efter ett graviditetstest, efter första besöket hos barnmorskan eller efter ultraljudsundersökningen. Flera kvinnor gjorde dessutom upprepade graviditetstester även om de visste att testerna var tillförlitliga. Första besöket på mödravården sades också göra graviditeten "verkligare" liksom ultraljudsundersökningen. När förstföderskan Kristina och hennes man Matts besökte barnmorskemottagningen första gången utspann sig följande ordväxling:

BARNMORSKAN: Är det något ni vill ha sagt innan jag börjar?

KRISTINA: Kanske att vi ibland oroar oss för att jag kanske inte är gravid.

BARNMORSKAN: Då är ni de första jag skrivit in som inte varit gravida.

KRISTINA: Vi har ju gjort test.

BARNMORSKAN: Ja men då är ni gravida. Då får ni gå hem och tro på det.

KRISTINA: Jag känner ju en del symptom som illamående.

BARNMORSKAN: Är det hela tiden?

KRISTINA: I början var det bara så att jag inte ville tala om mat, nu har jag kräcks och bröstet är ömma.

BARNMORSKAN: Det bekräftar ju graviditeten på olika sätt. Prova och sov med behå ett tag. Så här kommer det inte att vara hela graviditeten.

KRISTINA: Ja man kan ju tänka att man inte vill göra det igen. Jag är jättetrött också. Skulle kunna stå och sova.

MATTS: Mmm ... jättetrött [nickar och hummar instämmande].

Jag hade till en början svårt att förstå hur kvinnorna, som i exemplet ovan, å ena sidan upplevde påtagliga graviditetssymptom som illamående och trötthet och å andra sidan tvivlade över sin graviditet och sökte olika former av bekräftelse av den. Det var ju uppenbart att kvinnorna visste att de var gravida samtidigt som de tvivlade. Efter ett tag insåg jag skillnaden mellan att ha teoretisk kunskap om en graviditet, och att ta in kunskapen (förkroppsliga kunskapen) samt att känna tillit till att allt ska gå bra. Ylva, en av barnmorskorna brukade tala om skillnaden mellan

datumet för konstaterad graviditet och när de blivande föräldrarna började *känna sig* som mamma och pappa. Denna känsla varierade från person till person och var något hon ibland frågade blivande föräldrar om. "Känner du dig som en mamma? Har det sjunkit in att ni ska ha barn?" Så här i efterhand har det slagit mig att det kanske var just detta med skillnaden mellan att vara gravid och att känna sig gravid som hon avsåg. Och när blivande föräldrar talade om att graviditeten blev *verkligare* eller mer *på riktigt* handlade det också om denna skillnad.

## MÖDRAVÅRD PÅ EN BARNMORSKEMOTTAGNING

Syftet med svensk hälsovård i samband med graviditet är att övervaka graviditeten när det gäller kvinnans hälsa och fostrets utveckling och hälsa, samt att förebygga att ohälsa och risker uppstår.<sup>40</sup> Svensk mödravård har även andra innebörder som skapas av blivande föräldrar i samspel med mödravårdens experter. Mödravården kan också beskrivas som en researrangör för blivande föräldrar, en utbildning i normalitet och kön, en tryggs oas i en farlig värld, samt en frizon där utrymme ges för kontemplation inför det kommande föräldraskapet.

Graviditet kan beskrivas som en förändringsprocess eller transformation som börjar vid en punkt och slutar vid en annan. Graviditet kan också beskrivas som en resa till föräldraskapets land. När de blivande föräldrarna är framme vid slutstationen har de blivit mamma och pappa och en ny fas i livet har börjat. Även om det finns många parter som aspirerar på att guida gravida kvinnor så är mödravården den researrangör som dominerar branschen. Barnmorskan är reseledaren som leder de blivande föräldrarna igenom såväl mödravårdens program som individuella upplevelser längs vägen. I rollen som reseledare fungerar barnmorskan också ofta som tolk. Tolkande har framförallt två dimensioner. För det första översätter barnmorskan allt från kliniska provresultat från diverse medicinska undersökningar till ultraljudsbilder. För det andra hjälper hon kvinnan att tolka olika fysiska sensationer som följer av graviditeten, något som även blivande pappor ofta funderar på. Framförallt framträder i barnmorskesamtalen jag varit med om fokus på vad som är normalt eller

inte. Två varianter av begreppsparet normal/avvikande är i omlopp i mitt material och min text. Normal kan vara en synonym till frisk och motsats till patologisk. Normal kan också användas i en mer generell och värderande bemärkelse och stå i motsats till avvikelse från en norm.

Mödravårdens undersökningar handlar om att identifiera patologiska avvikelser. När det gäller sökandet efter patologi i förebyggande syfte bidrar de blivande föräldrarna också aktivt med bränsle till frågan om vad som är normalt. Sakta men säkert växer en förståelse fram för vilka symptom som är normala och de blivande föräldrarna känner efter hand, i bästa fall, sig allt tryggare i sin nya situation. Graviditetsresan är med andra ord inte bara en nöjestrapp utan också en utbildning i normalitet. Den andra dimensionen av normalitet handlar om hur man som kvinna (och man) bör tänka, känna och agera i samband med graviditet och förlossning. De flesta följer den snitslade banan som barnmorskorna föreslår och sätter sin tillit till experterna. På så sätt, menar många att riskerna minimeras och skulle något ändå hända så behöver de blivande föräldrarna inte stå ensamma med ansvaret.

## INSKRIVNINGEN

Första besöket hos barnmorskan är speciellt och något som flera av informanterna beskrev som något de såg framemot. Särskilt för de förstföderna jag samtalat med var inskrivningsamtalet en viktig form av bekräftelse av en graviditet som ännu inte var så påtaglig. Förstföderna Theresia noterade i sin dagbok: "Storsten inskrivning: A och jag träffar Iréne Känns som man är gravid 'på riktigt' när man väl är där". Kvinnor som väntade sitt andra eller tredje barn påpekade också att besöken på mödravården blev ett sätt att skapa utrymme för graviditeten i en för övrigt hektisk vardag med yrkesarbete, dagishämtningar och hemarbete. För många representerade mödravården också trygghet i form av känslomässigt stöd och expertkunskap. Tove, förstföderna, vecka 13: "Är man väl inne i systemet så sköter det sig själv. Någon annan med större kunskaper har gjort upp en plan för mig". Och det kan också gälla blivande pappor. Matts:

[det] känns som en trygghet, någon kollar upp hur Kristina mår. Jag vet ju inte hur hon ska må eller hur hon ska känna. Så för mig känns det som en trygghet att ha [tillgång till] mödravårdscentralen [...] För mig känns det som en trygghetsfaktor. Man blir kallad dit och dom tar lite prover och sådär. Man får ju besked om det är nånting eller om det ser bra ut allting.

Men det finns också kvinnor som sett fram emot första besöket på mödravården med blandade känslor. Tänk om de tankar och känslor de har kring sin graviditet och sitt kommande födande inte skulle uppfattas som legitima eller normala? Anna, förstföderska, kände sig pressad under graviditeten av att så många i hennes omgivning hade så mycket synpunkter:

De frågar vad jag äter, hur stor magen är, om jag ska amma. De talar om vad jag kan och inte kan göra, säger att jag ska sjunga för magen, äta mycket grönsaker och inte dricka alkohol. De frågar om det sparar i magen. Det är väl ändå min ensak vad som händer i min livmoder? Det är förödmjukande och jag känner mig kränkt.

Hon berättade hur hon målat upp en bild av barnmorskemottagningen som en plats befolkad av milda kvinnor i filttofflor och blommiga förkläden, vilket var en bild hon fick revidera efter första besöket: "Så var det ju inte, jag tycker om mödravården trots allt".

Det första besöket kallades av barnmorskorna för inskrivningssamtal. Då fick de blivande föräldrarna träffa en barnmorska för information och samtal. För de blivande föräldrarna började inskrivningen i väntrummet. Väntrummet bestod av en soffgrupp, ett bord och en hylla fylld av information och tidskrifter som på olika sätt behandlade graviditet, födande och föräldraskap. Efter en stund blev de uppropade av en barnmorska som hälsade dem välkomna och bad dem följa med in på ett rum. Barnmorskornas rum var möblerade med undersökningsbrets, skrivbord, hylla och stolar.

I de inskrivningssamtal som jag deltog i var kvinnorna mellan 9:e och 15:e graviditetsveckan. Många kvinnor vill skriva in sig så fort gravidi-

tetstestet visat positivt eftersom de kände sig osäkra och ibland oroliga för att på grund av okunskap äta eller göra något som kunde vara skadligt för fostret. Barnmorskorna avväktade däremot helst med inskrivning tills graviditeten varat i 10-12 veckor eftersom missfallsrisken är som störst fram till och med vecka 12.

Inskrivningsamtalet skilde sig ifrån de barnmorskesamtal som sedan följde genom att längre tid var avsatt. En annan skillnad var att papporna ofta var med vid inskrivningsamtalet vilket inte alltid var fallet när det gällde samtalen som följde. Det var vanligare att förstagångspapporna var med än de pappor som redan varit med om en eller två graviditeter. Stämningen var hjärtlig och ibland nästan uppsluppen.

Vid inskrivningsamtalet upprättades en journal och föräldrarna fick svara på en standarduppsättning frågor. Barnmorskan frågade bland annat när kvinnan hade menstruation senast och tog fram en beräknad förlossningsdag med hjälp av en så kallad graviditetssnurra. Hon frågade om det fanns några ärftliga sjukdomar i familjen och om så var fallet och de blivande föräldrarna så önskade erbjöds vidare utredning och så kallad genetisk rådgivning. Barnmorskan frågade också om kvinnans eventuella alkohol- och tobaksvanor samt gav de blivande föräldrarna information om gällande kostråd. Hon frågade också om kvinnans arbetssituation och nämnde kanske att det kunde behövas ledig tid före förlossningen.

De blivande föräldrarna fick också informationsmaterial om föräldraförsäkringen, om riskerna med alkohol samt en bok som Folkhälsoinstitutet givit ut som heter *Vänta barn. En bok om graviditet, förlossning och föräldraskap*. Den bok som mina informanter fick var en omarbetad utgåva från 1998. Föräldrarna fick också möjlighet att ventilera funderingar och ställa egna frågor. Vid flera tillfällen förekom föräldrarna barnmorskan genom att själva ta upp de frågor hon annars skulle ha tagit upp. I slutet av inskrivningsamtalet bokades tid för en gynekologisk undersökning. Barnmorskan skrev också en remiss till specialistmödravården angående en frivillig rutinundersökning med ultraljud i vecka 17-18.<sup>41</sup>

Det fanns också en del självklara men betydelsefulla skillnader mellan förstföderskor och omföderskor eftersom den förra gruppen var "nybörjare" jämfört med den senare. Omföderskorna relaterade ofta till tidigare erfarenheter i form av skillnader och likheter mellan graviditeterna

och det fanns ofta ett behov av att ventileras såväl tidigare graviditeter som förlossningar. De var ofta också mer fokuserade på det nuvarande och kommande föräldraskapet än graviditet och förlossning i sig (jmf. Marander Eklund 2000). De ”treföderskor ” jag träffade var ofta oroliga för att något skulle gå snett med tanke på att de gått så bra de två första gångerna och att ett tredje barn var med omföderskan Anns ord ”att utmana ödet”. Barnmorskorna på mottagningen påpekade flera gånger att sådana resonemang var ”typiska” för treföderskor. När det gällde omföderskor fanns det naturligtvis också betydelsefulla skillnader mellan vad de olika kvinnorna hade för erfarenheter av tidigare graviditeter och förlossningar.

## BARNMORSKESAMTALET

Barnmorskesamtalen är navet i den mödravård som erbjuds. Samtalen återkommer med glesare mellanrum (en gång per månad) i början och något tätare i slutet (varannan till varje vecka). Basprogrammet omfattar 8-10 besök men kvinnorna kunde ta kontakt med sin barnmorska även vid andra tillfällen. Några kvinnor utnyttjade den möjligheten medan de flesta anpassade sig efter basprogrammet samtidigt som de i samtal med mig uttryckte behov av tätare samtal. Kristina, förstföderska, återkom exempelvis i flera intervjuer till att hon gärna hade gjort fler besök på mödravården. Hon tyckte hon saknade den bekräftelse som hon kunde få där.

Samtalen följer en viss rutin även om innehållet varierade med individuella behov. I samband med några av barnmorskesamtalen ingick även rutinmässiga mätningar och provtagningar i undersköterskan Karins mottagningsrum, som kontroll av vikt, blodtryck, blodvärde och blodsocker. Karin tog även andra individuellt anpassade prover på uppdrag av läkare eller barnmorska. Stämningen inne hos Karin var familjär och det blev alltid lite småprat om olika mätvärden. Var det normalt att gå upp så mycket i vikt eller att ha ett så lågt/högt blodtryck. Hade blodvärdet gått upp efter att kvinnan började med järntabletter? Karin var alltid

snabb med att kommentera när mätvärden låg bra med superlativer som jättefint och jättebra.

Samtalet hos barnmorskan inleddes alltid med att kvinnan och mannen (om han var med) bjöds att slå sig ner i besöksstolarna vid barnmorskans skrivbord. Barnmorskan frågade hur de mådde eller om de hade något särskilt på hjärtat. Barnmorskorna bemödade sig med att inkludera pappan i största möjliga mån. De hade ett uttalat mål att göra pappan så delaktig som möjligt.

Ett övergripande tema som många blivande föräldrar återkom till var: "Är det normalt att...?" Frågan ställdes i relation till olika graviditets-symptom som illamående, smärta, sammandragningar, svullnad och trötthet, samt olika mätvärden som magens storlek, vikt, blodtryck eller blodvärde. Funderingar kring vad som var normalt och inte kom också upp i de samtal jag hade med informanter på egen hand då jag bad dem berätta vad de hade för funderingar kring graviditeten "just nu". Ofta relaterades olika aspekter av graviditeten till "andras erfarenheter". En blivande mamma (Tove) jämförde sig med en annan kvinna på en gruppträff: "Är det normalt även om mitt barn inte sparkar lika tydligt som hennes?". En blivande pappa (Matts) undrade: "Är det normalt att må så dåligt som min fru gör? Vad jag minns så gjorde inte mina svägerskor det". Många relaterade också sin graviditetsvikt till hur det varit för väninnor och släktingar. Är det normalt att gå upp så lite eller mycket som jag har gjort?

Ett annat tema som ofta kom upp under barnmorskesamtalen var frågor om risker. Oro för missfall, fosterskador eller andra graviditets- och förlossningskomplikationer har varit återkommande i mina samtal med blivande föräldrar. När en kvinna blir gravid dyker en mängd frågor upp av såväl existentiell som praktisk karaktär. Många blivande föräldrar uttryckte oro för "att något ska gå snett". "Är allt som det ska? Är fostret friskt och utvecklas det väl?" Blivande föräldrar var dessutom inte bara fokuserade på vad som skulle kunna hända utan också på vad de kunde och borde göra för att förebygga att något negativt skulle hända.

I början av graviditeten ventilerades ofta frågor och oro kring att den blivande mamman, ovetandes om graviditeten, hade ätit, druckit eller gjort något som eventuellt varit skadligt för fostret. Vilken betydelse kan det där glaset vin jag drack eller medicinen jag tog ha för graviditeten?

Kristina: "Nu ska jag inte dricka alls men jag var på två fester innan jag visste att jag var gravid". Kan barnet ha tagit skada? Det kunde också handla om sådant som den blivande mamman *inte* hade gjort som exempelvis att ta kosttillskott i form av folsyra<sup>42</sup> före graviditeten. Frågor om risken för missfall var mest aktuella i början av graviditeten. I barnmorskesamtalen kom frågan ofta upp om kvinnan hade haft missfall tidigare eller om hon hade blödningar. I intervjuerna kom det upp när jag bad kvinnorna berätta vad de tänkte på "just nu" eller när jag frågade om de berättat om sin graviditet för sin omgivning.

Somliga offentliggjorde sin graviditet på en gång men många väntade med att berätta om graviditeten till efter vecka 12. Ett vanligt motiv till att vänta med att berätta till dess var att risken för missfall då var mindre ur statistisk synpunkt enligt ett flertal handböcker och informationsbroschyrer. Tove, vecka 13:

Det är dumt att gå runt och tro att man ska få missfall hela tiden och det gör jag ju inte. Men nånstans långt inne så kanske man har en tanke om att det kanske inte blir nånting. Det kanske händer nånting. Det kan ju faktiskt hända nånting. Och då är ju också det en försvarsmekanism. Det gör ju så mycket ondare om man då har hållit på att berätta det för en massa människor. Om det inte blir nånting.

Det fanns även de som väntade med att berätta till efter ultraljudet eftersom undersökningen ofta uppfattades som en bekräftelse på att allt var OK. En ganska vanlig strategi bland mina informanter var att berätta för nära och kära efter vecka 12 och att vänta med att berätta på arbetsplatsen tills efter ultraljudet.

När graviditeten fortskridit ett par veckor förändrades fokus och nya frågor kring vad man bör och inte bör göra blev relevanta. Vad kan jag göra för att fostret ska må bra och utvecklas väl under graviditeten? Vad ska jag äta (kalcium, järn?), och vad ska jag inte äta (blodiga biffar, gravad lax, opastöriserade ostar?) Kan alla dessertostar innehålla listeriabakterier eller är det OK med ostar som är gjorda på pastöriserad mjölk? Kan jag äta kräftor, träna som vanligt, flyga, bada, resa till Thailand (Kristina

och Matts), Marocko (Sophia) eller åka Vasaloppet (Carina)? Hur mycket kan man stressa utan att barnet påverkas?

Framförallt togs ofta risker med olika livsmedel upp i samtalen. Treföderskan Karin hade exempelvis ätit en bit ost på lunchen utan att reflektera över om den var tillverkad av pastöriserad mjölk. Dagen efter reflekterade hon över riskerna med sin barnmorska. Tankarna hade kommit först på kvällen i samband med att hon upplevde sammandragningar i livmodern. Då började hon fundera på om det fanns ett samband mellan sammandragningarna och osten hon ätit: "Hur var det nu med ost och listeriabakterier? Hur märker man om man fått en listeriainfektion? På vilket sätt kan en sådan infektion påverka barnet?" Sophia kom under ett barnmorskesamtal plötsligt på att hon "ätit fisk med god aptit före jul" varpå barnmorskan påpekade att risken för fostret skulle drabbas av något var liten. Omföderskan Eva berättade hur hon vid sin första graviditet blivit bjuden på en blodig biff och sedan oroat sig för toxoplasmos. Hon berättade hur hon tillsammans med sin man, som var läkare, hade slagit i faktaböcker och läst om "otäcka följder av toxoplasmos". De gjorde en utredning på MVC efteråt och konstaterade att kvinnan inte hade någon infektion. Att be om en undersökning för att utesluta infektionssjukdomen toxoplasmos var för Eva ett sätt att lugna sig själv genom att "ta reda på fakta". Samtidigt beskrev hon själv sin oro som överdriven med hänvisning till att den här typen av infektion trots allt är ovanlig i Sverige. Men insikten om att riskerna var små hjälpte inte mot oron. Att sannolikheten att något ska hända är liten, är inte samma sak som en garanti för att allt går bra i det enskilda fallet. Det finns med andra ord en viktig skillnad mellan epidemiologens perspektiv och den enskilda individens.

På ytan kan det kanske upplevas som om det blivit farligare att vara gravid idag jämfört med förr. Tidigare generationers gravida kvinnor åt både blodiga biffar, gravad lax och drack vin. Men snarare handlar det om att vi idag vet mer om olika potentiella faror som kan hota fostrets hälsa och välmående. Rekommendationer och råd ändras i takt med den snabba omsättningen på ny kunskap. Nya samband upptäcks och ibland tonas "gamla risker" ned. Mammor som fött flera barn under loppet av några år berättade ofta om rekommendationer som förändrats. För en

del blivande mammor skapade insikten om att råd och rön förändrades en osäkerhet, medan andra tog skiftningarna som intäkt för att man inte alltid behövde ta så högtidligt på allt som föreslogs. I skenet av den snabba kunskapsproduktionen aktualiserades ofta också tankar på risker som för dagen var okända men likväl kunde skada barnet.

Ett tredje tema i barnmorskesamtalen var fosterdiagnostik. Alla kvinnor erbjöds en ultraljudsundersökning och kvinnor som var över 35 år erbjöds fostervattensprov. Om det fanns ärftliga sjukdomar i familjen erbjöds även andra former av genetisk rådgivning och utredning. Dels handlade samtalen om vad man kunde få reda på genom en viss typ av undersökning, dels handlade det om de blivande föräldrarna var beredda att göra något om man upptäckte att något inte var som det skulle. Dessutom finns det risker med undersökningar som fostervattensprov, som också måste vägas in i varje enskilt ställningstagande. Barnmorskans dilemma var att hon skulle informera om den medicinska teknik och kunskap som stod till buds utan att väcka oro eller som barnmorskan Ylva uttryckte det efter ett nyinskrivningssamtal: "utan att väcka den björn som sover" .

Ett fjärde återkommande tema var de blivande föräldrarnas vardagsliv. Hur gick det att kombinera arbete och graviditet? Kunde det bli aktuellt med havandeskapspenning?<sup>43</sup> Hur mycket kunde man stressa och pressa sig utan att barnet tog skada? Hur gick det med eventuella syskon, hur var semestern och hur gick det med renoveringen av den nya bostaden?

Barnmorskan följde också upp om det hänt något särskilt i form av några nya provsvar, något läkarbesök eller en ultraljudsundersökning. När frågor och småprat var avklarat var det dags för undersökning och kvinnan fick lägga sig en stund på britsen. Barnmorskan kände på magen, mätte med hjälp av ett måttband hur mycket livmodern vuxit och i den senare delen av graviditeten undersökte hon även fostrets läge. Barnmorskan lyssnade också efter hjärtljud med en trätratt eller med hjälp av dopplerteknik.<sup>44</sup> I det senare fallet kunde även föräldrarna höra barnets hjärtljud genom en liten högtalare. Både undersökningen av magen och lyssnandet efter hjärtljud präglades ofta av en intim och lite högtidlig stämning.

## ULTRALJUDSUNDERSÖKNINGEN

Ultraljudsundersökningen utfördes på sjukhusets mottagning för specialmödravård. Alla föräldrar jag var i kontakt med valde att göra undersökningen, som ofta spontant beskrevs som en viktig bekräftelse av graviditeten. Det var också i samband med ultraljudsundersökningen som papporna blev synliga.

I vecka 20 fick jag följa med på det "riktiga"<sup>45</sup> ultraljudet, det var jättespännande. Det var nog först då som det började klarna för mig att jag verkligen skulle bli pappa. [man, 30 år, "vecka. 34", ur sammanfattning]

Vi tog ultraljud i v. 7 för att se att allt satt som det skulle och då insåg vi att det var verkligt. Ultraljud i v. 15 var en upplevelse – jag blev en mamma. [kvinna, 30 år, "36 fulla i 37 veckan", ur sammanfattning]

Vecka 17 tog vi frivilligt ultraljud, det kändes stort och ansvarsfullt att verkligen kunna se "barnet". Det hade också normala värden på läkarens diagram, som var klart lugnande att få veta för tiden framåt. [man, 46 år, vecka 27]

De flesta var nöjda med de rutinmässiga ultraljudsundersökningar som mödravården erbjöd, men jag talade också med kvinnor som ville göra fler undersökningar och därför vände sig till privata kliniker i Uppsala eller Stockholm. Ulrika reste till en privat klinik i Stockholm för att med hjälp av ultraljudsteknik undersöka om det fanns tecken på att fostret hade Downs syndrom.<sup>46</sup> Eva hade positiva erfarenheter från en tidigare graviditet då hon blev erbjuden tre ultraljud (vecka 8, vecka 18 och vecka 32) på grund av att hon deltog i en studie om tidiga missfall. Hon berättade att hon och hennes man därför hade beställt en tid för ett tidigt extra ultraljud på en privat klinik med motiveringen att hon tyckte det var för sent att vänta med att göra ultraljud i vecka 18. Hon ville veta att "det fanns något där och att det lever" och sa också att "det blev mer verkligt när man såg fostret röra sig".

I samband med en ultraljudsundersökning kunde barnmorskan ibland som ett så kallat bifynd se vad barnet hade för kön. Detta var känt bland blivande föräldrar och en del meddelade barnmorskan att om hon fick syn på barnets kön så vill de inte veta om det var en pojke eller en flicka. Vanliga skäl till att blivande föräldrar inte vill veta är att det anser att det är mer spännande att inte veta och/eller att de tycker det saknar betydelse om barnet är en pojke eller flicka. Men det fanns förstås också föräldrar som vill veta barnets kön i förväg. Deras motiveringar kunde vara att de var nyfikna, att de tidigt vill kunna ställa in sig/förbereda sig på det ena eller andra könet och/eller att de tyckte att de som föräldrar hade rätt att få ta del av den information som kom fram i mödravårdens undersökningar. I exempelvis Italien (Holmqvist 2000), England eller USA är det idag vanligt att blivande föräldrar tar reda på barnets kön under graviditeten. I Sverige är det inte lika självklart och ibland till och med lite tabubelagt. Många uppfattar kunskapen om könet på barnet som irrelevant och ett exempel på ett särskiljande mellan könen som står i strid med "svenskt jämställdhetstänkande". På ett principiellt plan ska det inte spela någon roll om det blir en pojke eller flicka – "huvudsaken är att barnet är friskt". Detta var också en hållning som i stort sett alla jag talade med skrev under på. Men samtidigt var det också så att de flesta jag talat med tyckte det var spännande att fundera kring vad det skulle bli för kön på barnet. Karin hade redan två pojkar och tyckte det skulle vara spännande med en flicka. Nästan alla förstföderskor jag talade med ville helst ha en flicka. Ofta var motiveringen att det känns mer välbekant och därmed lättare att uppfostra en flicka eftersom de själva var kvinnor. En annan motivering var att mödrar kanske skulle stå sina döttrar närmare när de blev vuxna och fick egna barn. Men generellt verkade idealet, precis som på många andra håll i världen, vara att ha ett barn (eller flera) av varje sort även för blivande föräldrar i Sverige. Skillnaden är naturligtvis att man i Sverige inte väger in arvsrätt och patrilineär härstamning som man gör i exempelvis Indien och Vietnam, där pojkar har fler legala rättigheter jämfört med flickor.<sup>47</sup> Jag har inte träffat någon som varit beredd att abortera ett foster på grund av kön. Men jag träffade flera blivande föräldrar som var kritiska mot den återhållsamma inställningen barnmorskor och läkare hade på specialistmödravården där ultra-

ljudsundersökningen utfördes. Flera hade mötts av moraliserande pek-pinnar när de frågat om det gick att se barnets kön. När jag själv ställde frågan till barnmorskor på specialistmödravården fick jag svaret att det är svårt att säkert bestämma kön på foster och att de inte ville säga något om de inte var helt säkra. Barnmorskorna jag talade med uttryckte också ett visst ogillande kring upptagenhet kring kön eftersom "det inte borde spela någon roll" och att situationen för ultraljudsundersökningen kräver mer allvar: "det är ingen underhållning". Vid tiden för min undersökning så var man från specialistvårdens sida i Uppsala också tydlig med att informera om att könsbestämning inte ingick i undersökningens syfte. Samtidigt var många blivande föräldrar medvetna om att praxis skiftade mellan olika sjukhus i landet och ville man väldigt gärna veta könet så fanns det på sina håll möjligheter att få fram informationen genom att göra "tillväxtkontroll" privat.<sup>48</sup>

## MITTRÄFF

I graviditetsvecka 20 erbjöds "mammorna", som barnmorskorna kallade dem, en så kallad mitträff eller gruppträff. Träffen ersatte barnmorskesamtalen som tidigare ägde rum i vecka 20. Träffarna brukar arrangeras i en källarlokal i närheten av mottagningen. På det stora hela följde träffarna samma mönster. Kvinnorna fick sätta sig på mjuka mattor på golvet. Belysningen var dämpad och stämningen informell. Alla fick i tur och ordning uppgiften att presentera sig med förnamn, om det var första barnet, vilken vecka de var i och när förlossningen var beräknad. Därefter fick kvinnorna berätta om hur "allt har gått", hur de mått och hur det gick att kombinera vardagsliv med graviditet. Träffen avslutades med en film om ergonomi samt ryggövningar och avslappning.

Barnmorskan ledde diskussioner kring de teman som kom upp i samtalet, vilka till stor del styrdes av kvinnornas funderingar. Ibland var det tankar som var tydligt knutna till en specifik person eller situation, men oftare var frågorna allmängiltiga och kvinnorna nickade då instämmande till varandras berättelser och associerade vidare utifrån egna erfarenheter. Samtalen kretsade ofta kring olika graviditetssymptom som trötthet,

illamående och ryggproblem. Ett dilemma som ventilerades var att en graviditet å ena sidan är en helt naturlig fysiologisk process samtidigt som den å andra sidan kan föra med sig symptom som påminner om sjukdomssymptom och ibland sätter ner arbetsförmågan. Ur försäkringskassans perspektiv är graviditet ingen sjukdom och kunde därför inte utgöra en grund för sjukskrivning, vilket kunde vara problematiskt för en kvinna med ryggbesvär eller ett kraftigt illamående. Graviditet upplevdes därför av många kvinnor som ett tillstånd som föll mellan två stolar. Åtminstone om man ville bli sjukskriven för ett graviditetsrelaterat besvär. Tove:

Har man lätt för att få ont i ryggen så är det lättare att få ont i ryggen under graviditeten. Skulle du få det onda i ryggen om du hade någon annan typ av belastning på kroppen än just graviditet, då skulle du bli sjukskriven för att du hade ont i ryggen. Men helt plötsligt bara för att du är gravid då sammankopplas ont i ryggen med graviditeten på ett sånt sätt så att du inte kan bli sjukskriven för att du har ont i ryggen. [...] Det är märkligt om man diskvalificerar alla sjukdomstillstånd genom att hänvisa till graviditet.

Situationen på arbetet var också ett viktigt ämne som diskuterades. Kände chefen och arbetskamraterna till graviditeten? Var chefen i så fall positiv till den kommande föräldradigheten? Hur stort manöverutrymme hade kvinnorna på jobbet? Kunde de anpassa arbetsmängd och arbetsuppgifter till graviditeten om det behövdes? En återkommande fråga var också hur mycket en kvinna ska/kan eller inte ska/kan arbeta i samband med graviditet. Barnmorskorna signalerade ofta en oro för att unga kvinnor arbetade för hårt när de istället kanske borde ta det lite lugnare. Här pågick en svår balansgång mellan att skuldbelägga och att stötta kvinnor i att ställa krav på familj och arbetsgivare.

Jämsides med arbetssituation var det av betydelse hur det fungerade hemma. En del kvinnor hade barn sedan tidigare och funderade kanske på framtida syskonrelationer och hur det skulle bli i slutet av graviditeten med vardagsrutiner som matinköp och dagislämningar och hämtningar. En del kvinnor hade ett socialt nätverk av släktingar i närheten

och kunde räkna med stöd vid behov, medan andra var inflyttade och mer utlämnade åt sig själva. Flera familjer höll på att leta efter en större bostad, andra höll på att flytta och renovera.

Något som också diskuterades var fosterrörelser och ultraljudsundersökningen som kvinnorna just varit med om. Återigen upprepades tankar kring tekniken som gjorde graviditeten så mycket verkligare: "Först nu det börjar kännas på riktigt efter ultraljudet". [förstföderska, vecka 18]. "Det är första barnet och jag har inte känt någonting. Har trott att jag var skendrätig. Gjorde ultraljud i måndags. Nu vet jag att det finns en liten bebis i magen." [förstföderska, vecka 17]. "Hade det varit för bekräftelsen hade jag kunnat gå på ultraljud varje vecka" [Theresia]

Även om kvinnorna i tidigare samtal med mig berättat att de kanske känt fosterrörelser så var det för flera kvinnor inte förrän efter ultraljudsundersökningen som de kände sig helt övertygade. Ofta hade kvinnorna också fått sitt förlossningsdatum flyttat fram eller tillbaka i tiden ett par dagar. I samtalen på gruppträffarna framkom ibland att en del kvinnor blev provocerade av att få sitt "eget" datum ifrågasatt. Särskilt jobbigt kändes det kanske om datumet förskjuts i någon riktning med en eller två veckor. Samtidigt var "ultraljuddatumet" alltid följt av brasklappen att det är en tidpunkt som kan variera med plus eller minus fjorton dagar.

I samband med en av gruppträffarna frågade barnmorskan om det inte var bättre om man kunde bekräfta graviditeten genom att känna efter själv, istället för att göra sig beroende av tekniker som ultraljud. Flera av kvinnorna blev provocerade och började argumentera för det unika med ultraljudsundersökningen, som att man får se barnet på bild och vilken betydelse det kan ha för familjekänslan att tillsammans med sin partner få se sitt barn. En av kvinnorna summerade sin hållning genom att säga: "Det går inte att ta bort ultraljudet nu. Att ta bort ultraljudet är som att ta bort Internet". Jag tror hon har rätt. Vad vi än tycker om ultraljud så är det en teknik som existerar och som blivit en del av graviditetsupplevelsen precis på samma sätt som Internet blivit en del av våra vardagsliv.

Ytterligare ett ämne som kunde komma upp på en gruppträff var olika funderingar kring omgivningens förväntningar på graviditeten och

kvinnan. En del kvinnor kände sig pressade av att de "borde" känna sig lyckligare än vad de kanske gjorde. "Hela samhället signalerar att man ska vara så lycklig och gå på rosa moln. I början spydde jag konstant samtidigt som jag reste och jobbade mycket. Jag har mått psykiskt dåligt". [förstföderska]. En annan kvinna beskrev sig som lyckligt lottad genom att hon inte mått illa och att det hon led mest av var kanske andras förväntningar på hennes person. När barnmorskan frågade på vilket sätt så beskrev hon sig som en person som "inte är särskilt feminint lagd" men att det fanns personer som sagt till henne att "nu är du gravid och då blir du som folk du med" [Theresia]. Theresia fortsatte med att beskriva hur omgivningens beröring och engagemang väckte något i henne som hon kallade för "välling-getto-rädsla". Hon beskrev hur hon blev stressad av att gå på gymna med andra kvinnor eftersom hon kände en förväntning på gemenskap när "det enda vi har gemensamt är att vi är gravida". Jag förstod det som om hon upplevde att hon blev inmotad i ett fack som hon inte kände sig hemma i och att hon som gravid blev tillskriven egenskaper hon varken hade eller eftertraktade. De andra kvinnorna i gruppen nickade instämmande till hennes kommentar och en luttrad omföderska bröt in med att säga att det blir ännu värre när barnet är nyfött. "Vem som helst tror dom får klappa honom. De är ju åtminstone skyddade när de ligger i magen". Det finns även verbala sätt att "att klappa en gravid kvinna på magen". En annan kvinna bidrog till samtalet genom att berätta hur en person hade kommenterat hennes kroppsliga förändringar genom att utbrista "Oj vad stora bröst du har fått".

När en kvinna blir gravid kan det alltså hända att andra människor rör vid henne och magen på sätt som inte vore socialt möjligt om hon inte hade varit gravid. Graviditet tycks göra kvinnan tillgängligare i omgivningens ögon. Även om klapparna är välmenande så kan linjen mellan vad som upplevs som uppskattning, omtanke och kränkning vara hårfin för många kvinnor. Vidare handlar det inte bara om fysisk beröring utan också om verbal. Theresia använde begreppet "tvångsråd" som kanske kan beskrivas som ett verbalt sätt att klappa en gravid kvinna på magen, det vill säga råd och tips en gravid kvinna kan få av andra utan att själv aktivt fråga efter dem.

Andra termer som beskriver det som kvinnorna ovan tangerar är ob-

jektifiering och paternalism. Klapparna och tvångsråden skulle kunna beskrivas som en del av en diskurs som visar kvinnorna vägen in i en social ordning som de bör följa. Den som inte känner sig lycklig eller med självklarhet inordnar sig i en gemenskap med andra gravida kvinnor ställer till oreda. Sanktionen kan vara att bli betraktad som exempelvis "okvinnlig" eller "onaturlig". Det kvinnorna beskrev speglar också kvinnors upplevda position i en kamp om vem som vet bäst vad som är bra för den gravida kroppen.

## FÖRÄLDRAKURS/FÖRÄLDRAGRUPP

Jag har verkligen uppskattat föräldrakursen. Fakta är bra, men kontakten med andra i samma situation är ännu viktigare. Jag hoppas att vi daglediga tjejer kommer att kunna fortsätta ses när vi alla fått barn och att vi ibland kan ta med karlar och barn till gemensamma aktiviteter. Jag har inte många daglediga bekanta i Uppsala och känner att jag vill ha några att utbyta tankar, erfarenheter och sällskap med.

[Anci, 28 år, vecka 37, ur sammanfattning]

Känns bra att få en anledning till att börja fundera på förlossningen. Jag har förträngt det fram till nu.

[Rebecka]

När graviditeten började närma sig sitt slut erbjöds blivande föräldrar en föräldrakurs som bestod av tre tillfällen á 2 timmar. Kursen vände sig i första hand till förstagångsföräldrar. Kursen innehöll information om förlossningsförloppet, eventuella komplikationer, smärta och smärtlindring, ett besök på förlossningskliniken på sjukhuset, information om de första timmarna efter förlossningen, amning, BB, tidig hemgång, samt de första dagarna och veckorna med barnen. Kursen avsatte också en hel del tid till frågor och diskussion samt samtal föräldrapparen emellan. Barnmorskorna på mottagningen brukade lite skämtsamt inleda kurserna med att resonera lite kring syftet med kurserna. Iréne frågade exempelvis vid ett tillfälle lite retoriskt "om det inte går att föda barn och bli förälder utan

att gå på kurs?" Ylva brukade fundera lite högt kring vad som är "naturligt" och vad man måste lära sig. Vid något tillfälle nämnde hon att det numera på några håll i landet även finns kurser för nyblivna mor- och farmödrar. Kanske är det något som tidigare generationer mor- och farmödrar skulle finna anmärkningsvärt?

Barnmorskorna (Maria, Ylva och Iréne) var noggranna med att poängtera att det går alldeles utmärkt att föda barn och bli föräldrar även utan kurs.<sup>49</sup> Syftet med kursen var snarare att möta ett behov hos dagens blivande föräldrar att ventileras det som komma skulle. Det kan ha ett värde att träffa andra personer i samma situation och få ta del av olika synsätt och sätt att tänka kring det som håller på att hända. Iréne: "Information kan ni söka själva också men att bearbeta informationen kan vara bra att göra i grupp". Dels speglade barnmorskornas orientering observationen att dagens blivande föräldrar inte alltid har samma sociala nätverk omkring sig som tidigare generationer haft, dels innehöll den ett tidstypiskt avståndstagande från tidigare traditioner av auktoritär envägskommunikation inom svensk mödravård då det, enligt barnmorskorna fanns en tendens att ta över ansvar och initiativ från de blivande föräldrarna.

Även om papporna kanske inte varit med på så många barnmorskesamtal, så deltog de ofta i föräldrakurserna. En del kvinnor och män beskrev också hur de upplevde att det fanns ett normativt men outtalat krav på att papporna skulle delta. Kravet blev bara synligt när papporna inte kunde eller ville vara med. Utan att någon frågade så brukade de kvinnor som kom ensamma ofta noggrant redogöra för skälen till pappans frånvaro. Samtidigt, vill jag poängtera var det ingen av papporna som hävdade att de deltog enbart på grund av att de kände att de borde. Många pappor (och mammor) uttryckte att de upplevde föräldrakursen som ett värdefullt tillfälle att förbereda sig inför förlossning och föräldraskap.

Vid sidan av den information som gavs, så beskrevs utbildningen även av de blivande föräldrarna som en händelse av socialt värde. Det hände att grupper fortsatte att träffas på egen hand efter kursens slut vilket i stor utsträckning kan förstås utifrån att Uppsala för många är en stad många flyttat till i samband med studier. Många jag talat med saknade det sociala nätverk som föräldrar, syskon och andra släktingar kan utgöra.

Själv fann jag och min man ett par av våra bästa vänner i Uppsala på just föräldrautbildningen inför den första förlossningen.

Under kursen gavs stort utrymme för diskussion och ventilerung av olika aspekter av förlossning och föräldraskap. Det fanns sällan absoluta svar på de frågor som kom upp och barnmorskorna var ofta följsamma i förhållande till vad som var viktigt i stunden för de blivande föräldrarna.

En käpphäst för barnmorskorna på föräldrautbildningen var att värna om pappans betydelse på förlossningen.<sup>50</sup> I grunden handlar det om att motivera pappans närvaro under förlossningen på ett sätt som övertygar. Ofta var stämningen ganska munter när denna fråga avhandlades och pappor skämtade ibland om att de gärna ville prova lustgas själva och vad som skulle hända om de svimmade. Men diskussionerna speglade också en oro att inte kunna tillföra något i förlossningssituationen, att de skulle känna sig överflödiga. Samtidigt ville praktiskt taget alla papporna jag träffade vara med om sitt barns födelse. Pappornas närvaro har blivit självklar. Frågan var snarare vad de skulle kunna bidra med. Standardförslag som kom upp var att torka svett och hjälpa till med eventuell lustgas. Men ofta mynnade diskussionerna ut i att pappornas närvaro i sig var fullt tillräcklig. Iréne:

Det finns en person som känner er riktigt väl och det är ni som varit med från början. Ni kan peppa och coacha. Ni kan hjälpa till med att tolka vad som händer för er egen skull men också för att ni sedan kan minnas tillsammans: Vad hände egentligen?

En annan fundering som brukade komma upp var när det egentligen är dags att åka in till förlossningskliniken. En vanlig oro som uttrycktes var att åka in för tidigt och sedan bli hemskickad igen. Barnmorskorna brukade då ta upp studier som visat att vårkarbetet ofta fungerar bättre om man är hemma. Här förekom en del mistro från kvinnornas sida som hade hört andra kvinnor beskriva hur de kände sig utslängda och utlämnade till sig själva. Men det förekom också positiva berättelser om kvinnor som hade varit hemma in i det sista och sedan bara tillbringat en timme eller två på förlossningskliniken. Det varierar med andra ord från kvinna till kvinna vad som känns tryggt. För många kvinnor represente-

rar idag sjukhuset med barnmorskor och läkare tryggheten, medan andra finner tryggheten och lugnet hemma. Samtidigt framgick det också att många kvinnor anammat den nya trenden att hemma är bäst, vilket visade sig i att de hade som målsättning att vara hemma så länge som möjligt. Diskussionen tangerar också frågan om tidig hemgång som infördes i mitten av 1990-talet.<sup>51</sup> Många föräldrar brukade ställa frågan om vad som berodde på besparingar och vad som handlade om barnets och moderns bästa. Mest skeptiska var omföderskorna som redan fött barn under en tid då det ansågs bra att stanna kvar på BB i ett par dagar. Möjligheten att välja själv vad som kändes bäst brukade framhållas från BB-vårdens sida samtidigt som det också fanns gott om berättelser om vänner och släktingar som kände sig övertalade att gå hem tidigt. Mitt intryck var att det till stor del handlade om förväntningar. De föräldrapar som var inställda på att gå hem tidigt var i efterhand ofta nöjda med den tidiga hemgången och de som ville stanna kvar på BB och med andra ord inte inordnade sig i de nya tankebanorna var mindre nöjda.

Smärtlindring var naturligtvis också en viktig fråga för de gravida kvinnorna. De berättelser som många kvinnor hade med sig till kurserna om andra kvinnors erfarenheter handlade sällan om "påtvingad" medikalisering i form av farmakologisk smärtlindring utan snarare motsatsen. De handlade istället om kvinnor som inte fått epidural när de bett om det och att när behovet blivit akut hade de fått beskedet att det var för sent. Barnmorskorna brukade ta upp negativa effekter av farmakologisk smärtlindring som en förklaring till att det kan förekomma en viss återhållsamhet med epidural som smärtlindringsmetod. Jag saknar egen inblick i hur beslutsgången gick till gällande smärtlindring på förlossningskliniken. Men bland de kvinnor jag träffat tycktes oron vara större för att inte få tillgång till medicinska resurser än vice versa, det vill säga att deras födande skulle medikaliseras rutinmässigt.

Tiden efter förlossningen var också ett tema som engagerade föräldrarna även om många också menade att de i första hand var upptagna av förlossningen och att tiden efter kändes som något de skulle ta tag i när den dagen kom. När det gällde tiden efter förlossningen dryftades frågor om komplikationer efter förlossningen i form av skador på underlivet, amning, risken för att drabbas av postnatal depression, om barnet skulle

sova i egen säng eller inte samt hur föräldrapenninguttaget skulle planeras. Några uttryckte också farhågor kring hur de skulle klara sig själva den dagen, som någon uttryckte saken, när "man är ute ur systemet": "läbbigast är den dan när man plötsligt måste ta allt själv".

Amningen är naturligtvis en stor fråga och de flesta jag träffade var inställda på att amma sitt barn. Samtidigt gav många kvinnor ändå uttryck för en viss skepsis mot vad de upplevde som en tendens att primärt tala om amningens fördelar. Även här fanns det många berättelser i omlopp om väninnor med erfarenhet av amningskrångel och upplevelser av att problem med amning underkommuniceras från hälsovårdens sida. Det var nästan alltid någon som skämtade om "förbudet" mot nappar och nappflaskor under den första tiden efter förlossningen. Att "misslyckas" med sin amning har vidare blivit en stor sak idag för många kvinnor, vilket bland annat speglas i förekomsten av diskussionsgrupper på Internet med namn som exempelvis "inteammamamma". På sådana listor kan kvinnor ventilerar sin frustration, ilska och sorg över att de inte ammar. Och om de inte känner sorg kan de ventilerar sin frustration över att de känner sig ifrågasatta för sitt beslut att ge upp amningsförsök eller att inte amma alls. En negativ baksida av det annars så framgångsrika samhällsarbetet med att få svenska kvinnor att amma sina barn är med andra ord som barnmorskan Ylva formulerade saken, "att gott moderskap sammanblandas med 'lyckad' amning".

Slutligen var ett tema som alltid initierades av barnmorskorna frågan om sex och samliv efter förlossningen. Hur kan man hålla romantiken vid liv bland blöjor och blöta amningskuper? Papporna uppmanades att uppvakta sina partners igen samtidigt som det också fördes fram som en ofrånkomlig del av föräldraskapsprocessen att mammornas fokus förflyttas till barnet och att det ibland sker på bekostnad av deras uppmärksamhet på mannen. Kanske är frågan föranledd av att antalet skilsmässor bland par med små barn ökat. Samtidigt speglar kanske antalet skilsmässor även andra förhållanden i vår samtid som dubbelarbete och ett ifrågasättande av maktrelationer mellan könen (Jansson 2001).

## FÖRLOSSNING

Det är så personligt och privat samtidigt som det ska ske på en institution.

[Pernilla]

Skärningspunkten mellan det personliga, privata och förlossningskliniken är central för alla kvinnor jag talat med även om det nog bara var min nyförlösta vän Pernilla som formulerade födandets förutsättningar så precis i ord under en av våra otaliga promenader. Att föda barn är att befinna sig i en krävande och okontrollerbar situation:

Jag är orolig inför förlossningen eftersom jag inte kan kontrollera varken NÄR eller HUR det hela kommer att gå. Jag visar inte detta utåt så mycket, men oron känns. Jag är rädd för att det ska göra jätteont och att det ska bli komplikationer.

[Anci, vecka 37, 28 år, ur sammanfattning]

En förlossning är också en naken och exponerad situation där många kvinnor måste förlita sig på experter som de inte har en personlig relation till. Kommunikationen mellan barnmorskan och kvinnan är central. När kvinnan ber om hjälp med sitt födande gör hon sig samtidigt beroende och sårbar. Camilla beskriver i ett e-postbrev hur hon under en period kände stark oro på grund av saker hon hört av andra personer om oempatiska barnmorskor.

Då fann jag mig i en period av ångest inför förlossningen som jag tänkte mkt på. Jag gick också på gravidyoga och det var väl bra fysiskt och för avslappning men det var lite väl mkt urkvinnokraft där också. Insåg senare att den kursen lite var anledningen till min förlossningsoro, jag var nämligen inte rädd för att ha ont eller att något skulle gå fel utan för barnmorskorna! Jag hade nån idé om att de var onda, eller i alla fall dumma, som inte lyssnade till vad man ville och bara körde över en. Detta har sin grund i tidigare erfarenheter från sjuk-

hus, men också att yogaläraren hela tiden talade om sånt. Att barnmorskorna var kliniska och okännande. När jag förstätt det blev det lättare.

[Camilla "vecka 40 + en dag", e-postbrev]

Många kvinnor jag talat med fann det svårt att "släppa taget" och känna sig trygga i förlossningssituationen. För en del kvinnor var ångesten så stor inför förlossningen att de sökte efter alternativa strategier som att föda hemma eller be om planerat kejsarsnitt. Pernilla födde emellertid sin son på "vanligt vis", det vill säga vaginalt och på sjukhus.

En "naturlig" förlossning var för nästan alla kvinnor i min undersökning en vaginal förlossning som äger rum på sjukhus. Det visade sig tydligt när jag frågade kvinnor om hur de ville ha sin förlossning. Det var nästan alltid underförstått att förlossningen skulle ske på sjukhus och liksom graviditetsförloppet borde stå under medicinsk övervakning. Svaren kretsade istället kring exempelvis förlossningsställning, om man vill ha smärtlindring och i så fall vilken typ eller om man vill prova på att ligga i badkar. Sjukhusförlossning uppfattas med andra ord som så självklar att de var få kvinnor som reflekterat över eventuella alternativ.

Kvinnorna jag talat med förberedde sig inför det som komma skulle genom att delta i den verksamhet mödravården erbjöd, genom att läsa handböcker, tidskrifter, söka på Internet och genom att tala med vänner och släktingar. Barnmorskorna skrev mot slutet av graviditeten en sammanfattning av det som varit och frågade alltid mammorna om de hade några särskilda önskemål inför förlossningen som de ville skulle stå i journalen. En del mammor hade långa listor med detaljerade önskemål angående olika aspekter av födande. Det kunde bland annat handla om vilken sorts smärtlindring de ville ha, att de inte ville ha smärtlindring, att de ville använda badkaret, att de ville undvika värkstimulerande dropp om det var möjligt, förlossningställning, att det ville gå hem så fort som möjligt eller vice versa. Många kvinnor uttryckte oro för att förlossningspersonalen skulle tycka de var "knäppa", "fåniga" eller "hysteriska" med alla sina synpunkter. Andra kvinnor hade inga särskilda önskemål alls. Ofta uttryckte de istället förundran över hur de skulle kunna ha synpunkter på något de aldrig upplevt tidigare. Hur ska man kunna veta om man

behöver smärtlindring när man inte vet i förväg hur ont det kommer att göra? Det fanns bland en del kvinnor också en irritation kring att "man gjorde en sån stor sak av förlossningen"<sup>52</sup> [Tove] och särskilt irriterande var böcker och personer som talade om urkrafter och naturlighet, något som ibland lite raljerande kallades för "livmodernystik". "Å allt ska va naturligt och föd i vilken ställning du vill" [Tove]. Barnmorskor hade vid tiden för mitt fältarbete också ett visst rykte om sig att vara "livmodernystiker" med könsstereotypa förklaringar till olika skeenden under graviditet och födande. Camilla, en vän till mig, var inskriven vid en annan mottagning än den som jag gjorde fältarbete på:

Under denna tid gick vi på föräldrautbildning som vi inte tyckte gav så mycket, jag blev nog mer irriterad än Ulf på deras könsstereotypa förklaringar till allt. Du vet väl t.ex. att kvinnor har halloncreme<sup>53</sup> i hjärnan under graviditet och amning, det är kvinnans själ förstår du.

[e-postbrev]

Rebecka som deltog i föräldrautbildningen på "min" mottagning var tvärtom förvånad över och positiv till det som hon uppfattade som en pragmatisk inställning hos barnmorskorna: "Det har varit praktiskt och konkret, inget känslomos".

Kejsarsnitt uppfattades oftast som en sista utväg och ett sätt att klara en svår och kanske livshotande situation. En ganska vanlig uppfattning tycktes dessutom vara att ett kejsarsnitt innebar att man blev "snuvad" på sin förlossning och att man kunde behöva bearbeta sin besvikelse över att man gått miste om en viktig erfarenhet i livet. Frågan om planerade kejsarsnitt utan medicinska skäl diskuterades dessutom en hel del i massmedia under slutet av min fältarbetsperiod vilket gjorde att många blivande mammor tog fasta på de risker som finns med kejsarsnitt som kirurgiskt ingrepp (till exempel infektionsrisk, blodförlust, och postnatala andningsproblem). Flera kvinnor tog också upp att kejsarsnitt var dyrare eller lite av en "feg genväg" [Tove] jämfört med en vaginal förlossning.

Födandet i Sverige kan beskrivas som en slags passagerit och erfarenhet som många kvinnor sätter stort värde på. De kvinnor som får sin

naturliga förlossning avslutad med akut kejsarsnitt beskriver ofta känslor av sorg och kvinnor som är rädda för att föda eller inte vill föda av någon annan anledning känner sig som "konstiga eller dåliga kvinnor".

Anna beskriver exempelvis i en intervju sin upplevelse av att bli kritiserad för sin önskan om kejsarsnitt. Om man inte föder barn "på riktigt", menar Anna, är man "värdelös". Hon jämför förlossningen med "att göra lumpen".

ANNA: Men när jag pratar lite mer med människor då säger jag det men då är man inte heller nån bra människa.

BIRGITTA: Säger folk så?

ANNA: Jaa, gud det tycker ju alla, man e ju värdelös.

BIRGITTA: Väninnor?

ANNA: Det är alla.

BIRGITTA: På vilket sätt e man värdelös?

ANNA: Jo men man det är ju klart att man ska föda barn. Man ska göra det. Man är feg, man har inte fått barn på riktigt om man inte föder barn, man är inte riktig förälder.

BIRGITTA: Vad är det man missar?

ANNA: Man ska göra det på riktigt. Det är nog ungefär som lumpen tror jag. Man är ingen riktig man om man inte gjort lumpen. Man ska göra det. Folk är så himla engagerade i att man ska göra kejsarsnitt. Det är precis som amning. Jag fattar inte att de orkar bry sig. Jag hade inte orkat engagera mig i om någon vill ha kejsarsnitt. Hade någon sagt det till mig hade jag tänkt, jaha. Men i det här blir alla så engagerade. Och det är klart, folk säger mycket som man kanske inte håller med om. Men jag kommenterar inte alltid vad de säger. Klart man kan tänka inombords, gud vilken fegis eller vad som helst men jag säger inte det. Kanske till min bästa vän.

BIRGITTA: Finns det ingen du träffat som tycker jaha?

ANNA: Jo några som jag känner tycker det är OK. Två på mitt jobb. De har systrar som fått kejsarsnitt. Dom har inga barn själva. De kanske inte tycker det är jättebra, men de förstår.

Vi kan inte utifrån ovanstående och liknande exempel göra en bedöm-

ning av om Annas omgivning verkligen tycker att hon är värdelös. Jag har med exemplet för att illustrera att en utebliven vaginal förlossning är något kvinnor ofta känner att de måste förhålla sig till och kanske intar försvarsposition gentemot redan före eventuella anklagelser. Anna ser inte något egenvärde i förlossningen vilket däremot många andra kvinnor gör. Det speglas exempelvis i Snackinlägg på *föräldraNätet* av kvinnor som påbörjat en vaginal förlossning som sedan avslutats med akut kejsarsnitt. Flera av dessa kvinnor ger uttryck för känslor av att ha misslyckats och sorg eller besvikelse över att de inte kunde föda vaginalt. Flera av kvinnorna uttrycker behov av att bearbeta sina känslor kring den uteblivna vaginala förlossningen vilket också ofta fångas upp av sjukvårdens sida genom att erbjuda kvinnor stödsamtal efter kejsarsnittet. Det kan i sin tur vara förvirrande för kvinnor som inte känner behov av att bearbeta den uteblivna förlossningen. Flera av dessa kvinnor beskriver sitt kejsarsnitt som en lättnad och/eller livräddare snarare än som en förlust.

## ATT BETONA DET NORMALA OCH LETA EFTER AVVIKELSER

Jag har i det här kapitlet gjort en genomgång av vad som hände på barnmorskemottagningen från det att kvinnorna skrev in sig och fram till förlossningen. Kapitlet är tänkt som en allmän etnografisk bakgrund till nästföljande kapitel där jag valt att mer specifikt fokusera på ultraljud, graviditetstest, hemförlossning och kejsarsnitt.

Jag har låtit mödravårdens program utgöra ramen för kapitlet men har också strävat efter att ta med teman och frågor som jag uppfattat som centrala för de blivande mammorna och papporna. Jag beskriver graviditet som en resa i mödravårdens regi och barnmorskorna presenteras som reseledare med tolkfunktion. Ett perspektiv på barnmorskornas tolkande funktion är att medicinsk kunskap och teknik tillsammans med barnmorskans professionella erfarenhet inneburit att kvinnor framtogs rätten att själva tolka sin graviditet (se t.ex. Oakely 1984 och Rothman 1986). Onekligen ger mitt material många exempel på betydelsen av trygghet och bekräftelse. Både kvinnor och män söker denna bekräftelse

i samtal med barnmorskor och genom medicinsk teknik. Kvinnor och män var med andra ord själva aktiva i processen som mynnar ut i att tillit sätts till experter och teknik, vilket i sig innebär att tilliten till den egna förmågan tonas ned. Men detta är också en fråga som barnmorskorna som jag träffade medvetet reflekterade kring. I barnmorskornas möte med kvinnor såg jag upprepade gånger hur de försökte bolla tillbaka kvinnornas frågor om symptom och tankar kring sin graviditet på ett sätt som uppmuntrade kvinnorna att upprepa sina egna iakttagelser om kroppen högt. Ofta var det barnmorskorna som försökte tona ned teknikens betydelse (exempelvis ultraljudsundersökningens) och återföra fokus till kvinnans egna observationer. Min slutsats är att även om barnmorskorna strävade efter att stärka kvinnornas tillit till sig själva och sin egen förmåga att bära och föda fram ett barn så motverkade det sätt som mödravården fungerade på ett sådant syfte. Min poäng är därför att vi ur ett kulturanalytiskt perspektiv måste acceptera att graviditet och födande idag är en medicinsk angelägenhet och utgå ifrån detta faktum i våra analyser av vad som händer när kvinnor blir gravida och föder barn.

Ytterligare en dimension av mödravårdens tolkande funktion var att den mer eller mindre reflekterat signalerade till de blivande föräldrarna vad som var ett normalt, önskvärt eller moraliskt acceptabelt sätt att förhålla sig till graviditet och födande. I detta kapitel framkommer det glimtvis när jag exempelvis berör intresset för medicinsk teknik som ultraljudsundersökningar, önskemål om smärtlindring, amning, pappans delaktighet, att inte arbeta för mycket, graviditetssymptom och Försäkringskassans regler. Men det framkommer ännu tydligare i kapitel fem och sex där jag skriver om kvinnor som bad om kejsarsnitt eller meddelade att de har för avsikt att föda hemma.

När jag frågade barnmorskor och läkare hur de såg på graviditet och födande så var den dominerande utgångspunkten att en graviditet är ett normalt och i grunden friskt tillstånd. Delvis är denna utgångspunkt ett svar på kvinnorörelsens kritik av att gravida kvinnor i vården tenderar att sjukliggöras. Men mina observationer av aktiviteter inom mödravården ger även en annan bild. Barnmorskorna betonade förvisso på ett plan det friska i en graviditet och hjälpte kvinnorna att förstå diverse aspekter av graviditeten som delar av ett normalt förlopp (jmf Bredmar 1999)<sup>54</sup>. Men

samtidigt undersöktes varje kvinna rutinmässigt och utöver att det fastställdes om "allt är som det ska", så framhövdes även möjligheten att det kunde uppstå patologiska avvikelser. En konsekvens av denna dubbelhet eller spänning var att den gravida kvinnan även om hon inte var sjuk underordnade sig vårdens agenda och andra personers definitioner av vad som var sjukt och friskt. En annan konsekvens var att blivande föräldrar, trots utgångspunkten att en graviditet i grunden är ett friskt tillstånd, uppmärksammades på farorna med graviditet och födande. Jag har i kapitlet försökt visa på hur teoretiska risker ofta kan ha oro som följd och influerade hur kvinnor förhöll sig till sin graviditet och födande och hur de såg på medicinsk kunskap och teknik. En parallell till min observation finns i forskning om möten mellan kvinnor och personal inom barnhälsovården som visat hur verksamheten både stärker kvinnorna i deras roll som kompetent mamma och väcker upp oro vilket i sin tur kan ha negativa konsekvenser för kvinnors tillit till sin egen förmåga (Olin Lauritzen & Sachs 2001).

Oron kretsade, som jag redan tagit upp, kring att det skulle hända barnet något. Dels att det kunde hända saker med barnet som var bortom mammans kontroll (fara)<sup>55</sup>, dels att det kunde hända något på grund av att den blivande mamman gjorde något som kunde vara skadligt för fostret som att äta blodiga biffar eller ost gjord på opastöriserad mjölk (risk). Så fort kvinnorna kom in på områden där de kunde göra något (eller låta bli att göra något), det vill säga risk, tydliggjordes deras *ansvar*. En påtaglig konsekvens av graviditet är att man plötsligt får ett tydligt ansvar för en annan person.

Kunskapsökande var en generell strategi som gick igen hos alla kvinnor jag varit i kontakt med. Ett sätt var att kontakta barnmorskor och läkare när funderingar uppstår. Ett annat sätt var att söka information på egen hand. Väninnor, systrar och mödrar var för många en viktig källa till såväl information som bearbetning av olika funderingar. Det finns vidare, som jag redan tagit upp i kapitel två, många handböcker och ett flertal tidskrifter i ämnet graviditet. En ökad tillgång till Internet har också förenklat möjligheterna att söka i medicinska databaser samt delta i diskussioner på graviditetsinriktade webbsajter.

Ytterligare en strategi var att vända sig inåt mot den egna kroppen

och med hjälp av teknik söka kunskap om den pågående graviditeten. Oro kan med andra ord hanteras med hjälp av undersökningar (t.ex. ett blodprov för att identifiera eventuella tecken på toxoplasmos eller ett extra ultraljud). I sådana fall fungerade teknik inte bara som en källa till information utan också som ett slags lugnande 'medel'.

Drivkraften bakom sökandet efter kunskap om graviditet i allmänhet och information om den egna graviditeten i synnerhet tycktes för många kvinnor vara att "ju mer jag vet desto bättre kontroll har jag och ju mer jag vet desto mindre risker kommer jag att ta". Ökade kunskaper om risker ger ökade möjligheter att påverka och förebygga att något negativt händer och det är i sig positivt. Men en annan, ibland problematisk, konsekvens är att ansvarsbördan blir större för individen. Ur föräldrasynpunkt bidrar kanske en större ansvarsbörda till ökad oro eftersom kvinnor och män inte bara oroar sig för att allt inte är som det ska, utan också är rädda för att göra fel. Ju mer man vet desto mer finns det att oroa sig för och desto större ansvar kan man känna för att graviditet och förlossning ska gå bra (jmf med Sachs diskussion om kunskapens frukt i *Leva med risk* (1998)).

Den vanligaste reaktionen bland de kvinnor jag träffat var alltså att fokusera på riskerna med en graviditet samt kvinnans ansvar att göra allt hon kan för att skydda och skapa gynnsamma förutsättningar för sitt foster. Men jag mötte också kvinnor som nått en punkt, då de kände sig alltför pressade av att oroa sig och försöka kontrollera de i många fall okontrollerbara. En strategi kunde då vara att vända på perspektivet och betona att *chansen* är stor att allt kommer att gå bra. En annan strategi kunde vara att bryta lite med det biomedicinska perspektivet och förlita sig till den egna känslan. En tredje strategi kunde vara att stänga av informationsflödet genom att exempelvis sluta läsa handböcker och tidskrifter om graviditet.

Tillgången till medicinska undersökningar och kunskap gör att det lätt uppstår en implicit förväntan om att man bör ta reda på det som går att ta fram information om. Att säga nej till tillgänglig kunskap och teknik är med andra ord också ett ställningstagande som man kan få stå till svars för. Vid sidan av att jag ansluter mig till Luhmans begreppsliga skillnad mellan risk som något vi kan kontrollera och fara som något vi inte

kan kontrollera (1993) så vill jag understryka att vad som uppfattas som faror och vad som uppfattas som risker är föränderligt och kontextbundet. Jag menar att tillgången på medicinsk kunskap och teknik med andra ord har omformat det som vi tidigare såg som faror till risker. Genom medicinsk kunskap och teknik har vi transformerat födandet från något farligt till något riskfyllt. Ansvarsfrågan blir tydlig i relation till kvinnor som tar egna initiativ och på så sätt avviker från den offentliga mödravårdslinjen. Kunskap kan hjälpa oss att undvika och förebygga att det vi upplever som negativt inträffar, men samtidigt är preventivt arbete aldrig en garanti för att "allt går som det ska". Medicinsk kunskap och teknik kan också inge falsk säkerhet. Det finns en gräns för hur mycket vi kan kontrollera graviditet och födande.

## NOTER

<sup>39</sup> När barnmorskor och läkare beräknar graviditetens längd utgår de till en början ifrån senaste menstruationens första dag och senare utifrån de mätvärden som ultraljudsundersökningen resulterar i.

<sup>40</sup> "Den medicinska graviditetsövervakningen ska:

- identifiera specifika faktorer som kan öka risken för graviditets- och förlossningskomplikationer,
- om möjligt åtgärda direkta sjukdomsorsaker, men annars tillse att kvinnan blir föremål för särskild övervakning samt
- genom allmänna och riktade undersökningar och provtagningar identifiera sjukdomar och komplikationer, där adekvata åtgärder kan minska eller eliminera skadorna för mor eller barn.

Detta sker genom

- bedömning av särskilda hälsorisker tidigt under graviditeten (eller före) samt återkommande under graviditeten. För denna bedömning behövs såväl en noggrann anamnes som undersökning och provtagningar,
- återkommande kontroller av vissa indikatorer på symptomfria komplikationer, och
- tillgänglighet för extra undersökning och vård vid subjektiva symptom.

I det sk basprogrammet (som genomförs på alla gravida, oberoende av om någon känd sjukdom eller riskindikator föreligger) avser man att identifiera

- störningar i fostrets utveckling eller tillväxt, och
- maternella sjukdomar och tillstånd av betydelse för graviditet, förlossning eller fosterutveckling".

(Socialstyrelsen 1997:10-11)

<sup>41</sup> Praktiken för när ultraljudsundersökningar görs varierar mellan olika lands-ting. Tidpunkten för när ultraljudet görs varierar med syftet för undersökningen. I Uppsala var det primära syftet att fastställa graviditetslängd, antal foster samt moderkakans placering. Eftersom undersökningen gjordes efter vecka 15 kunde även vissa större missbildningar eller utvecklingsrubbnin- gar hos fostret upptäckas.

<sup>42</sup> Folsyra är en sorts B-vitamin som behövs under graviditetens första tre månader då fostrets nervsystem utvecklas. Rekommendationen är att man bör bygga upp kroppens förråd av folsyra redan före befruktningen och att fördubbla intaget under graviditet. Syftet är att undvika missbildningar i centrala nervsystemet hos barnet som exempelvis ryggmärgsbrock. Folsyra finns i framförallt frukt, grönsaker och rotfrukter men också i form av receptfria tabletter för den som av någon anledning inte kan äta mat som är rik på folsyra ([www.infomedica.se](http://www.infomedica.se) landstingen och apoteken i samverkan).

<sup>43</sup> Havandeskapspenning är en ersättningsform från Försäkringskassan för kvinnor med fysiskt ansträngande arbete. Havandeskapspenning kan bli aktuell om läkare och Försäkringskassan bedömer det som skadligt för den gravida kvinnan att arbeta.

<sup>44</sup> Dopplerteknik är en form av ultraljud som gör det möjligt att bland annat lyssna till fostrets blodflöde.

<sup>45</sup> Pappan syftar på det ultraljud som erbjuds alla gravida kvinnor. Ibland görs ultraljud även tidigare i graviditeten om det finns någon medicinsk indikation som motiverar undersökningen.

<sup>46</sup> Med ultraljud kan man idag göra ett så kallat NUPP-test. Man mäter bredden av en vätskespalt, så kallad NackUPPklarning, i fostrets nacke. Undersökningens resultatet kan sedan ligga till grund för om fostervattensprov ska göras eller ej. Forskning har visat att ca 80 procent av alla barn med Downs syndrom har en bredare nackuppkalning än övriga foster, vilket kan ses i vecka 12-14.

<sup>47</sup> Se t.ex. Larsen, Gooch & Hatti (2005) och Hellmark Lindgren (1998).

<sup>48</sup> Enligt Hälso- och sjukvårdslagen har patienter rätt att få del av all information som framkommer vid undersökningar, även så kallade bifynd. I regeringens proposition om abort och fosterdiagnostik står det att kvinnan ska få del av den information som finns tillgänglig. Det står också att den gravida kvinnan anses fullt kompetent att hantera all information, också kunskap om fost-

rets kön (1994/1995:142). Detta innebär emellertid inte att blivande föräldrar kan kräva att information om barnets kön tas fram om det inte finns några medicinska skäl att göra så. Bortsett från den juridiska frågan och vad som går och inte går att se och säga säkert, så är det också en fråga om rätt och fel i en mer subjektiv och moralisk mening. I februari 2004 debatterades frågan livligt på [www.allforforaldrar.se](http://www.allforforaldrar.se).

<sup>49</sup> Detta är något som även etnologen Susanne Nylund Skog observerat på en föräldrautbildning hon deltagit i (2002). Nylund Skog menar att det var ett sätt för barnmorskan att framstå som mindre dogmatisk och öppen för det unika i varje förlossning (samtidigt som barnmorskan var ideologisk och förde fram stereotyper om intuitiva kvinnor och aktiva män). Jag skulle vilja tillägga att det kanske även speglar ambivalensen som finns i att undervisa om ett "naturligt" fenomen som samtidigt är extremt kultiverat eller cyborgifierat.

<sup>50</sup> Se Nylund Skog för en fördjupad analys av "den aktiva mannen som ideal" (2002:77ff). Se även etnologen Charlotte Hagströms analys om debatten som fördes under 90-talet kring det sociala tryck som funnit/finns när det gäller pappans närvaro under förlossningen (1999).

<sup>51</sup> Tidig hemgång innebär att den nyblivna modern stannar kortare tid på BB för att istället få hembesök av barnmorskor. Det tidigaste man kan gå hem idag är 6 timmar efter avslutad förlossning.

<sup>52</sup> Tove Fjell (1998b) och Nylund Skog (2002) skriver båda om hur synen på förlossningen har utvecklats till något som uppfattas som en upplevelse med egenvärde. De skriver också att fokus på upplevelsen är ett resultat av medicinska framsteg.

<sup>53</sup> Hallonkräm tolkar jag här som en variant av Maria Borelius omdiskuterade påstående om att kvinnor som ammar har mjölk i bröstet och gröt i hjärnan (1993).

<sup>54</sup> Samtidigt finns det idag enligt flera mammor jag talat med en tendens till att pendeln har slagit över i en annan ytterlighetsposition som leder till att

kvinnor som mår dåligt i samband med graviditet upplever att deras graviditetssymptom inte tas på allvar.

<sup>55</sup> När jag gör skillnad mellan begreppen risk och fara gör jag det i enlighet med Niclas Luhman (1993). Se kapitel ett.



## KAPITEL 4

# REPRESENTATIONER AV CYBORGER – GRAVIDITETSTEST OCH ULTRALJUD

- v. 0-2 Stor förväntan inför graviditetstestet. Stor glädje vid plus-tecknet men omedelbar oro inför om något skulle gå fel, dvs. missfall.
- v. 10 moderkaksprov, kändes lite ruttet.
- v. 12 Viss lättnad när vi passerat v.12.
- v. 17-18 Fascination vid ultraljudet.
- v.24-25 Lättnad över att vara framme där man kan klara barnet om det kommer.

[Micke, 32 år, vecka 37, ur sammanfattning]

Graviditetstester och ultraljudsundersökningar är idag självklara inslag i svenska kvinnors graviditeter. Tekniken för graviditetstester har utvecklats till ett pålitligt test som kvinnor idag kan köpa i handeln och utföra hemma. Ultraljudsundersökningar erbjuds rutinmässigt till alla kvinnor som är intresserade.

Det finns inga samhällsvetenskapliga eller humanistiska analyser av graviditetstester medan ultraljudsundersökning av gravida kvinnor har resulterat i relativt många studier och publikationer. Vid sidan av epidemiologiska "cost-benefit"-analyser samt diskussioner om eventuella risker med ultraljudsteknik i samband med graviditet finns det en rad kri-

tiska perspektiv med rötter i feministisk och medicinsk antropologisk teori.

Framförallt har kritiska analyser varit kopplade till diskussionen om medikaliseringen av graviditet (t.ex. Oakely 1984; Rothman 1986; Duden 1993). I denna diskussionen betonas ultraljud som en undersökning som förstärker medikaliseringen av den gravida kvinnan. För det första blir den gravida kvinnans egna rapporter från graviditeten mindre viktiga för vårdpersonalen eftersom de kan få "hårda fakta" direkt genom det "fönster" in i livmodern som tekniken etablerar. För det andra kan synliggörandet innebära att fostret i högre utsträckning får status som ett barn och en separat individ i förhållande till kvinnan. I en social mening kan det handla om att ultraljudsundersökningen kan ge information om barnets kön och att mötet med barnet på TV-skärmen ofta innebär att föräldrarna tillsammans med barnmorskan som utför undersökningen tillskriver barnet olika personlighetsdrag (Mitchell & Georges 1998; Rapp 1997a; Holmqvist 2000). I en juridisk mening har tekniken inneburit att fostrets autonomi har förändrats i riktning mot en status som patient och objekt för medicinsk intervention, vilket i sin tur har konsekvenser för den havande kvinnans autonomi (Casper 1998).

Den kritiska granskningen av medikaliseringsprocesser är viktig eftersom användningen av medicinsk teknik inte bara har betydelse för hälsan för den enskilda kvinnan och barnet hon bär utan även kan ha konsekvenser av vidare betydelse. Under fältarbetet upplevde jag emellertid en konflikt mellan de kritiska perspektiv jag tillgodogjort mig vid skrivbordet och den positiva inställning många blivande föräldrar har när det gäller graviditetstest och ultraljud. Möjligen handlar det ibland om skilda analysnivåer, där kvinnornas perspektiv möjligen skulle kunna beskrivas som "lite närsynt" och det kritiska perspektivet kan beskrivas som mer övergripande. Men ibland tycker jag också att "skrivbordsperspektivet" kan beskrivas som en aning enögt, eftersom en kritisk granskning av medicinsk teknik ibland tenderar att utesluta de röster som beskriver fördelar med teknik. Rayna Rapp har vidare framfört tanken att ett kritiskt förhållningssätt när det gäller medikaliseringen av graviditet delvis speglar ett akademiskt medelklassperspektiv som inte med självklarhet äger allmän giltighet för den heterogena kategori som gravida kvinnor

faktiskt utgör (Rapp 1997a). Medveten om det kritiska perspektivet försöker jag därför i det här kapitlet att även synliggöra den entusiasm som många blivande föräldrar ger uttryck för när det gäller graviditetstest och ultraljud.

Jag inleder kapitlet med att beskriva och analysera blivande mamors (och när det gäller ultraljud i viss mån även pappors) perspektiv och förhållningssätt rörande graviditetstester och ultraljudsundersökningar. Jag visar i kapitlet hur sammanflätad upplevelsen av graviditet kan vara med medicinsk teknik och vilka konsekvenser det kan ha för hur människor tänker kring och hanterar risker. Gemensamt för graviditetstester och ultraljud är att bägge teknikerna visualiserar graviditeten på olika sätt. I ett graviditetstest symboliseras graviditeten av en färgmarkering på en teststicka och genom ultraljudsundersökningen kan blivande föräldrar se en rörlig bild av sitt barn på en TV-skärm. Bägge teknikerna är omtyckta av blivande föräldrar och det är framförallt föräldrarnas perspektiv på de olika teknikerna som jag beskriver.

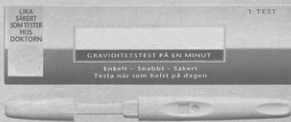
Blivande föräldrar skapar ett eget meningsinnehåll i relation till tekniken, som går utöver det syfte som mödravårdspersonalen har med sina undersökningar, det vill säga att med hjälp av graviditetstest fastställa graviditet och att med hjälp av ultraljud fastställa antal foster, tidsbestämma graviditeten samt moderkakans placering.

## TVÅ BLÅ – EN FÖRSTA VISUALISERING AV GRAVIDITETEN

En ung kvinna med figurnära linne och bar mage ser på oss med fast blick. Hon vet vad som gäller. Hon har precis gjort ett graviditetstest och har fått svar på frågan om hon är gravid. Hon slipper sväva i ovisshet och kan lämna frågan bakom sig. Hennes tidigare "jag vet inte" har i bilden omvandlats till "jag vet inte" och hon ser lugn och kanske lite nöjd ut. De vita kläderna ramar in hennes mage och antyder att hon är gravid. Men det kan också vara så att hon är lättad över att hon inte är gravid.

"JAG VET INTE..."

Med Clearblue vet du. På endast en minut visar ett blött streck om du är gravid. Med säkerhet. Clearblue-testet är nämligen lika säkert som tester hos doktorn och du kan utföra det snabbt och enkelt därhemma. Du kan utföra testet dygnet runt och redan samma dag som du förväntar din menstruation. Om du har frågor om testet kan du ringa vår rådgivningstelefon. Clearblue finns på apoteket.



Så vet du. Med säkerhet.

Reklambilden har förekommit i tidskrifter som exempelvis *Amelia* och *Damernas värld*. Produkten som saluförs är ett etablerat graviditetstest som kan utföras hemma. När jag såg bilden första gången slogs jag av hur den fångar in ett återkommande tema i mitt fältarbete, det vill säga behov av bekräftelse och viljan att veta. Jag tycker också att bilden illustrerar en vardaglig och sammanvävd relation mellan människa och teknik. Den gemensamma nämnaren för reklambildens potentiella betraktare är inte graviditet i sig utan snarare en vision om säker kunskap och möjlighet till kontroll. Bildens budskap med sitt överstrukna ”jag vet inte” är att vi inte behöver sväva i ovisshet. Du kan utföra testet hemma ”snabbt och enkelt”, ”dygnet runt” och ”redan samma dag som du förväntar din menstruation”, och testresultatet är säkert. Vidare tas det för givet att kunskap och vetskap alltid är bra och eftertraktat samt att kvinnor inte på egen hand kan avgöra om det är gravida utan att göra ett test. Kvinnan på bilden är troligen tänkt att fungera som symbol för många kvinnor oavsett om de vill bli gravida eller inte. På så sätt är bilden inkluderande. Vad som inte ges utrymme i bilden är att det i konsumenternas verklighet även kan förekomma negativa känslor i samband med graviditetstester. Lika gärna som man kan bli lycklig över ett positivt svar kan man bli bestört och ledsen. Och istället för att känna lättnad över ett negativt svar kan man bli djupt besviken.

I mina samtal med gravida kvinnor har ambivalenta känslor och förvirring varit vanliga beskrivningar på känslor som kommit i samband med beskedet om graviditet oavsett om graviditeten var planerad eller oplannerad, önskad eller oönskad. Det är en ny och stor uppgift man ställs inför och är det första gången man ska bli förälder infinner sig kanske ett litet gnagande tvivel över om man är vuxen den stora uppgift som ansvar för ett nytt liv innebär.

När jag bett mina informanter att berätta om hur det var när de upptäckte att de var gravida förstod jag ganska snabbt att när graviditeten fortskridit ett par månader så var frågor kring graviditetstesterna inte längre aktuella. Jag kompletterade därför samtal med kvinnor och deltagande observation på barnmorskemottagningen med att följa inlägg i en diskussionsgrupp (ett så kallat snack) på webbplatsen *Allt för föräldrar* ([www.alltforforaldrar.se](http://www.alltforforaldrar.se)). I avsnittet om graviditetstest har jag lagt ton-

vikten vid nätmaterialet. Diskussionsgruppen gav mig möjligheter till inblickar i kvinnors tankar och reflektioner kring graviditetstest på ett sätt som är unikt i relation till andra mer traditionella metoder som samtal, intervjuer och deltagande observation. "Snackgruppen" jag följde var en så kallad ankomstgrupp<sup>56</sup> där personerna som skrev inlägg hade gemensamt att de ville bli gravida med beräknad förlossning i augusti 2003. Det innebar att inläggen till gruppen inledningsvis skrevs av personer som ännu inte var gravida och att inläggen till en början ofta tog upp funderingar kring hur man kunde identifiera sin ägglossning och när chanserna var som störst att bli gravid. I inläggen kommenterade kvinnorna personliga skeenden mer eller mindre i samma stund som de ägde rum. Det kunde handla om ett nyinköpt ägglossningstest, ett positivt eller negativt provsvar samt antydningar om planerade eller genomförda kärleksstunder med partnern. På så sätt synliggjordes detaljer som var relevanta i nuet men kanske bortglömda ett par veckor senare då något annat i föräldraskapandet blivit mer aktuellt.

Min analys av nätmaterialet väckte frågor om på vilket sätt tillgången till och användningen av Internet influerar hur kvinnor tänker kring och använder graviditetstester. Troligt är exempelvis att tankar och reflektioner kring testerna och testande i större utsträckning formuleras i ord eftersom en dator används som kommunikationsmedel. Vidare är förutsättningarna för den här kommunikationen särskild genom att de via Internet kan få kontakt med och kommunicera med kvinnor som inte bara vill bli gravida utan dessutom befinner sig i samma stadium av menstruationscykeln. En situation som jag antar är svår att få till stånd utanför cyberrymden.

## BEKRÄFTELSE OCH OTÅLIGHET

Många kvinnor jag talat med gav graviditetstester en överordnad betydelse som metod för att identifiera graviditet. Tecken på graviditet som utebliven menstruation, andfåddhet, trötthet och illamående uppgavs också som viktiga men för de flesta av kvinnorna i studien var en vanlig respons på mina frågor att det var först efter ett positivt graviditetstest



**Nu är jag säker!**

När du misstänker att du är gravid vill du ha ett klart besked: ja eller nej! Nya Clearblue Graviditetstest ger dig svaret på bara en minut. Det är lika säkert som hos läkaren och du gör testet själv, när som helst på dygnet, när det passar dig bäst. Du kan göra det redan samma dag som menstruationen uteblivit.

**Svaret får du enkelt:**

 **Gravid**      **Inte gravid**

Nya Clearblue Graviditetstest finns att köpa på bl a Apoteket. Vill du veta mer kan du ringa vår Produktrådgivning på 020-79 53 00. Du kan även gå in på vår hemsida [www.unipath.nu](http://www.unipath.nu)

**GRAVIDITEST**     **Symbolen för säkerhet**

**MER ÄN 99% SÄKERT**  
Resultat på 3 minuter

**LIKA SÄKERT SOM HOS LÄKAREN**

**GRAVID**     **INTE GRAVID**

**1 Test**

*På websajten föräldraNätet anpassas språkbruket efter tekniken. "Två blå" har bytts ut mot "att plussa".*

som graviditeten upplevdes som bekräftad "på riktigt". Det hände också att kvinnor utöver att göra graviditetstest hemma även bad om att få bli testade på barnmorskemottagningen.

Jag åkte dit och gjorde ett test för jag ville göra ett där[också], för jag ville ha dubbelt. Det fick man göra. Man fick betala för det.

[Tove]

En återkommande motivering var behovet att känna sig riktigt övertygad om att det verkligen växte ett nytt liv i kroppen. Eva (vecka 10) beskrev hur hon "ville få graviditeten bekräftad av en vitrock" trots att hon visste att testerna för hemmabruk var lika tillförlitliga. Graviditet beskrivs gång på gång som en fantastisk och svårbegriplig tilldragelse som kan ta lång tid att integrera. Är det verkligen sant att det växer ett barn i min kropp? Stämmer det verkligen att jag ska bli mamma?

Jag tyckte det var lite roligt när läkaren sa: ja, du e med barn! Kommer du ihåg det? När hon gjorde undersökningen så konstaterade hon det som om det blivit något fel med testet. Även om man logiskt vet att det kanske är så innan man har några tydligare tecken själv, ända här lite subtilare sakerna [trötthet och spänningar i bröstet], så kan det ju vara något man är lite rädd för att tro på och någonting som känns väldigt osäkert. Det är väldigt nära mellan att någon har gjort ett misstag med testen eller att det kan hända någonting, så att det inte finns kvar, du vet.

[Tove, v. 13]

I ankomstgrupperna tog diskussionerna i regel fart i samband med ägglossning.<sup>57</sup> Efterhand som kvinnorna hade passerat dagarna för ägglossning övergick de successivt till funderingar om "det blivit något" och till diskussioner om hur tidigt man kunde eller tänkte testa sig. Det finns flera tester på marknaden och diskussionerna tog upp hur pass tidigt de var tänkta att användas, hur tillförlitliga de var och om någon hade "testat positivt" tidigare än vad testets anvisningar sade var möjligt.

Under den period "testning" var aktuell för gruppens medlemmar

var stämningen i ankomstgruppen otålig. En kvinna beskrev sin upplevelse av att vänta så här:

Väntan...Jag förstår inte hur 14 dagar kan gå så oerhört långsamt! ...Varför kan de inte uppfinna ett test som gör att man kan testa direkt?...Var i alla fall och köpte ett dubbelpack cb [förkortning för varumärke] så att jag kan testa ett tidigt och ett lite senare. Det kliar ju i fingrarna! Vill veta nu! Eller ännu hellre helst förra veckan!

[Allt för föräldrar/snack/ankomst 2003/8; 2002-11-28]

En ofta uttalad ambition bland snackgruppens medlemmar var att stötta varandra:

Vi får peppa varandra så vi härdar ut.

[Allt för föräldrar/snack/ankomst 2003/08; 2002-11-22]

Otåligheten är kopplad till begäret efter "två blå streck"

Om jag inte får mensen på måndag ska jag testa på tisdag. [...] Hop-  
pas ni andra som testar nu i helgen verkligen får två blå. Kramisar till  
er alla.

[Allt för föräldrar/snack/ankomst 2003/8; 2002-11-23]

*Två blå* var en språklig omskrivning för positivt graviditetstest. *Två blå* syftade på själva teststickan som efter att ha dränkts i urin visualiserar provsvaret i två rutor. En blå linje i kontrollrutan indikerade att testet utförts på ett korrekt sätt och ytterligare en blå linje i svarsrutan indikerade graviditet.<sup>58</sup>

Flera kvinnor beskrev hur de ville testa tidigare än vad testinstruktionen medgav och några "pressade" genom att börja lite för tidigt och sedan följa upp med ytterligare något eller några tester.

Jag testade faktiskt i morse, för jag känner mig så gravid. Finnig, humörsvängningar som inte är av denna värld, mår illa på förmiddagarna och kvällarna, är hungrig hela tiden, inte ont i sidorna som jag

brukar ha vid mens, ja kort och gott allt stämmer som vid mina andra två graviditeter. Tror ni jag fick två blå? Nej, tyvärr. Men jag ska ju inte ha mens förrän på måndag, så jag hoppas innerligt att jag bara testade för tidigt.

[Allt för föräldrar/snack/ankomst 2003/8; 2002-11-23]

I gruppen finns även kvinnor som väntar med att testa tills mensen uteblivit. Då beskrev de istället vandan av att låta bli att testa. En kvinna beskrev hur hon både ville och inte ville veta. Hon ville veta om svaret var positivt men uttryckte rädsla för att behöva se ett negativt testsvar. "Håller på att bli galen av nyfikenhet men det är som du säger – Vem orkar se neg svar när man bara vill ha ett pos? Så jag sitter här och väntar och väntar" [Allt för föräldrar/snack/ankomst 2003/8; 2002-11-28].

Den här kvinnan uttryckte rädslan för att inte vara gravid i termer av en rädsla för ett negativt provsvar. Det var som om själva testandet i stunden blev överordnat det som var grunden för testandet, det vill säga en potentiell graviditet. Ett annat exempel på hur testande framstod som överordnat var ett inlägg av en kvinna som valde att presentera sig som *testerska* istället för en person som ville bli gravid och mamma. "Finns det plats för en blivande testerska?" [Allt för föräldrar/snack/ankomst 2003/8; 2002-11-26]. På samma sätt användes de två blå strecken för att representera graviditet och ett blivande barn.

Kvinnan som uttryckte rädsla för att behöva se ett negativt provsvar återkom med flera inlägg där hon beskrev hur hon motstått att testa sig på ett sätt som får mig att associera till skildringar av beroende i olika former:

Stolt över mig själv. Var in på Apoteket i annat ärende i fredags, gick drömmande förbi hyllan med grav-test men köpte inget. Ska verkligen hålla mig från att köpa ett, vet att jag testar om jag köper hem. [...].

[Allt för föräldrar/snack/ankomst 2003/8; 2002-12-02]

Graviditetstester beskrevs med andra ord som något som väckte begär och något som var svårt att motstå.

Vi får hoppas att du testade lite för tidigt. Jag hoppas också på att mensen inte kommer på måndag. Jag tänker testa på måndag också...om jag kan hålla mig. Det ligger ett cb och ropar på mig just nu \*s\*

[Allt för föräldrar/snack/ankomst 2003/8; 2002-11-23]

Precis som bland de blivande mammor jag träffat under fältarbetet så fanns det blivande mammor på nätet som beskrev hur de gjorde flera graviditetstester även efter att de fått ett positivt och tillförlitligt provsvar. Ibland berodde det på att kvinnorna medvetet testat lite för tidigt enligt instruktionen men det kunde också handla om en längtan efter att få graviditeten bekräftad igen och igen. Något som uppmärksammades av flera kvinnor i diskussionsgruppen var att strecket på teststickan blev tydligare i takt med att nivån av graviditetshormonet (HCG) steg:

[.....] Vi har ju samma bf [beräknad förlossning] och jag testade positivt igår och i morse!

[Allt för föräldrar/snack/ankomst 2003/8; 2002-11-28]

Mitt HCG stiger ;) Kunde inte låta bli att testa med nytt CB i morse. Men nu är det ingen tvekan. Jag är gravid.

[Allt för föräldrar/snack/ankomst 2003/8; 2002-11-29]

Går allt bra så hamnar jag i September gruppen! =)) \*weeeee\* Ska testa imorn igen. Idag fick jag ett svagt streck! =) Hoppas på starkare med morgon urin! =).

[Allt för föräldrar/snack/ankomst 2003/8; 2002-12-30]

## VILJAN ATT VETA

Reklambilden som diskuteras i början av kapitlet speglar fältet genom att den illustrerar en relativt vardaglig symbios mellan människa och teknik. Bilden har en direkt koppling till hur kvinnor idag ser på och använ-

der graviditetstest. Detta visar såväl mina möten med gravida kvinnor som kvinnors diskussionsinlägg på nätet. Bilden, mina erfarenheter från fältarbetet och exemplen från nätet illustrerar hur en teknisk lösning införlivats och naturliggjorts i vår reproduktiva kultur. Säkra och snabba graviditetstester för hemmabruk är idag något som tas för givet. Samtidigt är de en relativt ny företeelse. Kvinnor som väntade barn på 60-talet identifierade sina graviditeter utan tester. De utgick istället från utebliven menstruation och vaga graviditetssymptom. Senare fanns möjlighet att testa sig på barnmorskemottagningen och först på 1990-talet kom de första graviditetstesterna för hemmabruk.

Den nya generationens graviditetstest för hemmabruk har medfört nya möjligheter. Kvinnors autonomi har exempelvis ökat genom att det går att utföra test oberoende av mödravården. Det innebär bland annat att man kan styra helt själv över när och var man utför testet och vem man vill ha bredvid sig när testsvaret ska avläsas. Testen har också blivit känsligare vilket innebär att man idag kan få en säker teknisk bekräftelse av graviditeten mycket tidigt.<sup>59</sup> Att tidigt veta om man är gravid eller inte har varit viktigt för många av de kvinnor jag varit i kontakt med, eftersom rädsla eller oro ofta finns för att man ska göra något som skadar fostret.

Flera av de berättelser jag samlat in handlar också om hur svårt det kan vara att tro att man verkligen är gravid och hur man använder teknik för att få graviditeten bekräftad. Att bli gravid är, särskilt första gången, en början på en genomgripande förändringsprocess. Att leva med barn skiljer sig markant från ett liv utan barn. Även om det rör sig om en andra eller tredje graviditet så är ett nytt liv i vardande en stor viktig händelse och en början på något nytt. En graviditet kan vara oerhört efterlängtd. Är det då inte helt naturligt att kvinnan vill veta så fort det bara går och med så stor säkerhet som möjligt "om det blivit något"? Hon väntar ju på ett svar som har en avgörande betydelse för resten av hennes liv.

En fråga som väcks är också vad graviditetstest har för andra dimensioner, för kvinnorna, än det rent medicinska fastställandet av graviditet. Det första positiva graviditetstestet ger säker information om att graviditet föreligger. Men sedan, när kvinnor gör upprepade tester för att för-

säkra sig om att det stämmer fast de egentligen redan vet att det stämmer, vad handlar det då om? Jag tror inte att det nödvändigtvis behöver betyda att kvinnor slutat känna efter på egen hand. Blivande mammor ger uttryck för många tankar kring olika fysiska och känslomässiga tecken på graviditet. Men det tycks som om kvinnor inte litar fullt ut till sin egen känsla och kroppsliga erfarenhet utan vill ha sina känslor och erfarenheter bekräftade genom ett graviditetstest (helst tolkat av en person i vit rock) och senare i graviditeten genom ultraljud. Det tycks finnas ett behov av en objektiv, utifrån sanktionerad, bedömning som man kan berätta om och kanske till och med visa upp.

Kvinnorna uttrycker i sina inlägg på nätet tydligt sin vanda över att behöva vänta på besked under en relativt kort period. Vid sidan av att tekniken för graviditetstester förbättrats och gjorts tillgängligare så är tekniken fortfarande ganska ny. Tidigare var det endast kvinnans egna observationer och kroppsliga erfarenheter som tolkades i dialog med andra kvinnor, barnmorskor eller läkare. Idag har kvinnors förväntningar förändrats på grund av graviditetstesternas möjligheter. Graviditetstesterna svarar inte bara på existentiella behov av vetskap utan har också skapat nya behov av att få besked tidigt, snabbt och i ett format med vetenskapliga anspråk. På ett mer generellt plan tycker jag att det vore intressant att i framtiden arbeta vidare med en analys av vad denna "snabbspolning" som graviditetstesterna erbjuder kan ha för konsekvenser på längre sikt. Kan den påverka kvinnors förmåga att hantera ovisshet?

Kvinnor influeras på olika sätt i såväl tanke som handling av nya tekniska möjligheter för att nå vetskap. Viljan att veta är stark och teknik som möjliggör snabbt och säkert vetande är attraktiv. Attraktionen i tekniken kan kopplas till riskfrågan eftersom tidig vetskap gör att kvinnor kan börja undvika faror (alkohol, listeriabakterier etc) tidigare och på så sätt erhålla en känsla av kontroll. Attraktionen kan också kopplas till att nya tekniska landvinningar ofta snabbt blir tagna för givna och, i sin självklarhet förpliktigande, det vill säga om man kan ta reda på något så bör man göra det. Risktänkandet förstärker också kravet på att ta reda på det som går att ta reda på genom det att det blivit en moralisk plikt att göra vad man kan när det går.


## ULTRALJUDSUNDERSÖKNINGEN

Spektakulärt kul med ultraljud. Trodde inte att de var så snabba när de rörde sig. Vi skämtar efteråt om en "Alien". [Anders] har tårar i ögonen och står med näsan 50 cm från TV skärmen. Jag är lite mer kylslagen då och där, mest för att det är för stort med ord, särskilt med en utomstående [barnmorska] där. Allt är OK. Fastställs till 16 v exakt, med nytt "leveransdatum" 12/8. Vi går upp till [Anders] jobb, förvandlar bilderna till .jpg och mailar dem till blivande far- och morföräldrar. Pratar om att det känns mycket verkligare. Särskilt tycker [Anders] att han förstår att det verkligen är ett barn därinne. Innan tyckte han att OK, det är något som växer i [Theresia]. Nu är det början till en person. Vi hade båda trott att fostret skulle vara mer primitivt (grodsvans?) vid detta stadium – att se det sparka och suga tumme var en omställning. Efter ultraljud: Svårt att övertala [Anders] till intimiteter. Han är orolig att skada/störa knodden.

[Theresia, vecka 16, Dagboksanteckning]

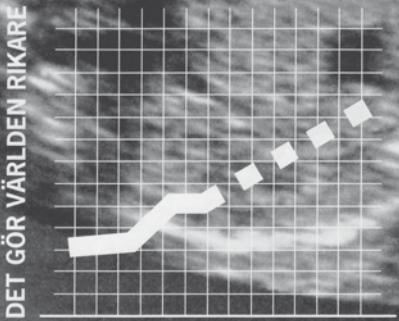
Ultraljudsundersökningen har i västvärlden blivit en normaliserad och integrerad del av västerländska kvinnors och mäns graviditetsupplevelser (Petchesky 1987; Draper 2002). I Sverige introducerades tekniken i mitten av 70-talet (SBU 1998) och infördes på allvar i början av 80-talet (Andolf 1999). Bilderna som tekniken producerar är inte längre bara en medicinsk representation utan har också blivit något av en känd och allmänt spridd symbol för graviditet. Bilderna används i såväl spelfilmer som reklam. I den amerikanska filmen *Nio månader* från 1995 finns en scen där den blivande, men tveksamma, pappan (Hugh Grant) sitter och tittar på en videofilm från ultraljudsundersökningen, vilket blir en så omvälvande erfarenhet att han omvärderar sitt liv och får en mer positiv syn på sitt kommande faderskap. I reklamsammanhang har ultraljudsbilder bland annat använts för att skapa goodwill kring statligt bistånd.

Ultraljud brukar i litteraturen benämnas som en visualiserande teknik som möjliggör ett seende som inte är möjligt med bara ögat. Tekni-



# VI PLACERAR DINA PENGAR I TRYGGARE FÖRLOSSNINGAR

DET GÖR VÄRLDEN RIKARE



1990 2015


FN har som mål att halvera fattigdomen i världen till år 2015. Det innebär att hundratals miljoner människor får ett rikare liv. På [www.rikedom.nu](http://www.rikedom.nu) får du reda på mer om Sveriges utvecklingsamarbete. Här kan du också beställa WHO:s rapport Macroeconomics and Health, som visar hur två dollar på hälsa ger fem dollar tillbaka i form av utveckling.

SATSA TVÅ DOLLAR PÅ HÄLSA I VÄRLDEN och få fem dollar tillbaka i form av utveckling och ekonomisk tillväxt. Sambandet är tydligt. Hälsa och utveckling går hand i hand, medan sjukdomar och för tidig död hotar utvecklingen.

Friska människor kan utbilda sig, arbeta och ta sig ur fattigdomen. De vågar planera för framtiden och satsa på sig själva och sin familj. Det sätter fart på landets ekonomi och minskar beroendet av omvärldens stöd.

Med fler barnmorskor, som har bättre utbildning, kan fler mödrar överleva förlossningen. Det är också nödvändigt att stärka barnmorskornas roll i länder där kvinnor är mest utsatta och har minst makt. Att minska mödradödligheten är viktigt för att nå FN:s mål att halvera fattigdomen till år 2015.

Sverige investerar i hälsa i andra länder. Det gör världen rikare.



[www.rikedom.nu](http://www.rikedom.nu)

Ultraljudsbilden är idag så etablerad att den kan fungera som representation för reproduktiv hälsa i allmänhet. SIDA bidrar inte specifikt till ultraljudsundersökningar utan biståndet är mer övergripande, som exempelvis att stärka barnmorskornas roll i fattiga länder.

ken har attraktionskraft och att få se barnet i magen beskrivs ofta av mina informanter som en viktig och central upplevelse. Så här beskriver en förstföderska i 37:e veckan jag träffade på en föräldrautbildningsträff sitt minne av undersökningen:

Först här[nu] började jag känna att vi väntade barn: när vi fick se den vilda lilla babyn med ultraljud. Att se en 3,7 cm vinkande liten varelse kändes helt fantastiskt. Ultraljudet är verkligen en suverän uppfinning! I början vet man att det är någon som bor där inne i min mage, men själva beviset saknas.

(Anci, 28 år, vecka 37, sammanfattning)

En återkommande kommentar i anslutning till undersökningen är att graviditeten känns mer "verklig" eller "mer på riktigt". Paradoxalt nog är ultraljudsbilden i sig otydlig för ett oinitierat öga och föräldrarna behöver barnmorskans hjälp för att kunna tolka den. Men barnmorskans guidning i kombination med de rörliga konturerna av det blivande barnet på en datorskärm är en övertygande och stark upplevelse för de flesta. Att se är viktigt och tanken brukar föras fram att seendet ofta uppfattas som överordnat andra sinnen (t.ex. Jenks 1995).

Ultraljudstekniken har en ambivalent kvalitet genom att man lätt kan få en känsla av att man ser mer än vad man ser. En utförd ultraljudsundersökning utan några fynd i form av avvikelser är inte en garanti för att "allt är som det ska" och det finns en kritik av att föräldrar med normala resultat kan invaggas i en slags falsk säkerhet i samband med en ultraljudsundersökning (t.ex. Georges 1996; Mitchell & Georges 1998; Waldenström 1995). Kritiken har i sin tur gett upphov till en diskussion om betydelsen av att blivande föräldrar är korrekt informerade om innebörden av en ultraljudsundersökning: syftena med undersökningen och vad man kan och inte kan uppnå med ultraljudsundersökningar (Garcia et al 2002; Marteau 2002; Draper 2002:791).

## EN KLINISKA AGENDA ...

Mödravårdens uttalade syfte med undersökningen var under min fåltarbetsperiod att tidsbestämma graviditeten, fastställa antalet foster<sup>60</sup> och fastställa moderkakans läge. Informationen fanns också att läsa i broschyren *Ultraljudsundersökning i tidig graviditet* som delades ut i samband med barnmorskesamtalet. Av broschyren framgick också att "[f]lostret kan oftast ses i sin helhet vid denna undersökning", "att [v]issa större men sällan förekommande missbildningar kan upptäckas" samt att "[k]önsbestämning ingår inte i undersökningen". Föräldrarna jag följde under mitt fåltarbete blev av sin barnmorska noggrant informerade om syftet och det betonades att undersökningen var frivillig med hänvisning till att det i enstaka fall händer att man upptäcker avvikelser. Syftet med undersökningen var alltså tydligt avgränsat samtidigt som det flaggades för att ytterligare information kunde framkomma under undersökningen. Orsaken är att det inte går att undvika missbildningsdiagnostik vid en ultraljudsundersökning, eftersom informationen finns i bilden efter vecka 15 (Persson, Robertz & Weldner 2003:1903).

I Uppsala fick alla kvinnor vid inskrivningen på barnmorskemottagningen ett erbjudande om en remiss till specialistmödravården för ultraljudsundersökning i vecka 17-18. I stort sett alla tackade ja till erbjudandet. Att ultraljudsundersökningen uppfattas som självklar blev tydligt när jag ställde frågor kring undersökningen och själv hörde hur naivt det kan låta när man ställer frågor kring något som för det mesta tas för givet. Om jag ställde frågan "Ska du göra ultraljud?" så kunde jag få ett tveklöst ja följt av ett lite frågande "gjorde inte du det?" eller "varför skulle man inte göra det?"

Ultraljudsundersökningen dyker upp på flera olika sätt i mitt fältmaterial. Utöver att jag varit med vid tre ultraljudsundersökningar så har jag även samtalat med de blivande föräldrarna före och efter undersökningen. Samtalet efter skedde direkt efter undersökningen i kafeterian på sjukhuset. Ultraljudet har vidare varit ett centralt samtalsämne i samband med gruppträffarna som barnmorskemottagningen ordnade (se kapitel tre). I intervjuerna dök ultraljudsundersökningen upp vid ett flertal tillfällen. Ibland aktualiserade av mina frågor men lika ofta på initiativ av

kvinnorna. Slutligen kom ultraljudsundersökningen upp i samband med föräldrautbildningsträffarna. De blivande papporna har inte en lika stor plats i avhandlingen som de blivande mammorna, men när det gäller ultraljudsundersökningen så träder de fram i materialet.

Under mitt fältarbete uppfattade jag en rädsla bland mödravårdspersonal för att föräldrarna skulle ha en naiv uppfattning om ultraljudsundersökningen som en "trevlig tillställning". I ett samtal med några av sjukhusets barnmorskor, vars arbetsuppgift bland annat var att utföra rutinmässiga ultraljud, framkom exempelvis att de upplevde det som obehagligt när föräldrar började fråga efter bilder redan innan undersökningen var påbörjad. De menade att föräldrarna inte alltid insåg allvaret i undersökningen [personlig kommunikation med barnmorskor på specialistmödravården 8/3-99].

Oron speglades också i praktiken genom att mödravårdspersonalen i olika situationer var noga med att framhålla allvaret i undersökningen. En kvinna berättade exempelvis hur hon ringde till avdelningen på sjukhuset där de utför rutinultraljudsundersökningarna och frågade om det fanns en möjlighet att få en sekvens av undersökningen inspelad på en videokassett [Sanna]. Kvinnan visste att detta var en möjlighet som erbjöds på andra sjukhus och tilltalades av tanken medan barnmorskan sade nej med motiveringen att det var olämpligt eftersom barnet kanske inte levde eller kunde ha en missbildning. Ett annat exempel är Toves ultraljudsundersökning då barnmorskan inledde med att säga att hon såg "ett levande foster". Tove tog upp barnmorskans formulering till diskussion på en gruppträff strax efteråt. Hennes kommentar var att barnmorskan då bekräftade att hon borde ha varit orolig. Varför, undrade hon, begränsade sig inte barnmorskan till att berätta att hon såg ett foster (inte två eller tre)? Frågan om fostret levde eller inte kanske bara behövde kommenteras om det var så olyckligt att fostret var dött?

Barnmorskornas oro för att föräldrar inte var helt på det klara med allvaret i undersökningen förstår jag delvis som en etikfråga. Att man av etiska skäl väljer att lägga tonvikt vid det faktum att undersökningen kan ge information som de blivande föräldrarna kanske inte vill ha. Eventuell information om missbildningar reser krav på olika ställningstaganden. Det är viktigt att de blivande föräldrarna är införstådda med detta redan

före undersökningen, annars kan situationer uppstå där föräldrar får information som de inte vill ha eftersom de inte är beredda att inter文enera i graviditeten. Samtidigt kan vi inte förutsätta att information endast är av intresse om man tänker använda den på något sätt, till exempel för behandling av fostret eller abort. Det finns också blivande föräldrar som menar att även om de inte är beredda att sätta in någon behandling eller avbryta graviditeten, så kan de mentalt förbereda sig på vad som komma skall.

Under fältarbetet ledde betoningen på allvaret i undersökningen till frågor. Stämde bilden av att blivande föräldrar inte hade en realistisk uppfattning om vad undersökningen innebar med min fälterfarenhet? Min upplevelse var att blivande föräldrar förvisso var förtjusta i ultraljudsundersökningen, eftersom den bland annat gav dem en möjlighet att se sitt ofödda barn. Men jag tyckte inte att det fanns något som tydde på att de blivande föräldrarna jag följde var omedvetna om den diagnostiska potentialen i undersökningen. Snarare tolkade jag den oro och nervositet, som kvinnor och män beskrev före undersökningen, som ett tecken på att de var medvetna om att negativa fynd kunde göras. Före undersökningen fanns en oro för att man skulle upptäcka något och efteråt beskrev de blivande föräldrarna känslor av lugn eftersom allt såg bra ut.<sup>61</sup> Samtidigt är det som jag redan påpekat inte givet att man på en rutinundersökning ser *allt*<sup>62</sup>. Min fråga blev därför hur vi ska förstå de blivande föräldrarnas lättnad, när de i samma andetag påpekar att ultraljudsundersökningen inte är en garanti för att allt är som det ska? Om vi lyfter blicken befinner sig de blivande föräldrarna i en ambivalent position där allt, betraktat ur en statistisk synvinkel, med stor sannolikhet kommer att gå bra *och* med kunskap om allt som kan hända. Ultraljudsundersökningen är också ambivalent genom att den kan vara både en källa till oro och en strategi för att mildra oro. Hur ultraljudsundersökningen upplevs och används kan inte bara förstås i relation till om föräldrarna har en "realistisk" uppfattning om undersökningen eller inte. Blivande föräldrar kan ha både en "realistisk" insikt i vad en ultraljudsundersökning innebär och använda undersökningen som en lugnande strategi.

## ...OCH EN ICKE KLINISK AGENDA

Ultraljudsundersökningen kan lite motsägelsefullt beskrivas som en intim och privat händelse som äger rum på en institution. Carina beskrev ultraljudsundersökningen som en personlig stund:

Ja, man ser på bild nåt, ja resultatet av vad jag och min man har åstadkommit. Man ser det på bild. Man ser för första gången. Och i mig [skratt]. Det är liksom inte nånting utanför så här på armen [visar med en gest]. Utan det är verkligen i mig. På så sätt tycker jag det blir rätt intimt.

Utöver den medicinska agendan för ultraljudsundersökningen så finns det även andra kvaliteter som föräldrar värdesätter, som exempelvis att få se sitt barn. Det är främst ultraljudsundersökningen som social händelse jag fokuserar på i detta avsnitt även om det sociala och medicinska ofta flyter ihop och kan vara svåra att skilja från varandra.

Många blivande föräldrar i materialet beskriver ultraljudet som en slags "milstolpe" eller höjdpunkt i graviditeten. Det syns tydligt i de sammanfattningar av graviditeten jag vid upprepade tillfällen bett föräldrarna göra. Olika händelser och känslor framställs ofta i relation till om de ägde rum före eller efter ultraljudet. För många har tidpunkten för ultraljudet exempelvis blivit en avgörande tidpunkt för när de väljer att berätta om graviditeten för exempelvis arbetskamrater.

Dagboksanteckningen som inleder avsnittet illustrerar den förtätade stämning som kan uppstå i samband med en ultraljudsundersökning. Anteckningen fångar också in återkommande teman i mitt material: a) den visuella kraften i undersökningen som upplevs verkliggöra graviditeten för de blivande föräldrarna, b) undersökningens bekräftande betydelse för de blivande föräldrarna och c) att bilden av fostret har blivit en viktig och flitigt använd representation för graviditeten vilket bland annat illustreras av hur den används konkret i kommunikation med nära och kära. Ytterligare ett tema i materialet, som jag redan tagit upp, är att ultraljudsundersökningen både kan oroa och lugna eftersom den både betonar och utesluter teoretiskt möjliga risker.

På ett mer praktiskt plan kan ultraljudsundersökningen vara av avgörande betydelse för hur stor föräldrapenningen blir. För att få full föräldrapenning måste man enligt reglerna ha arbetat heltid i minst sex månader före det beräknade förlossningsdatum som fastställs genom ultraljudet.<sup>63</sup> Ann, en av de kvinnor jag följde gick upp till heltidsarbete en bit in i graviditeten och var orolig att ultraljudet skulle resultera i ett datum för beräknad förlossning som skulle inkräkta på hennes sexmånadersperiod och resultera i en lägre föräldrapenning.

Även om alla mammorna jag talat med hade känt av sin graviditet på olika sätt, så lyfte samtliga fram betydelsen av att få graviditeten bekräftad genom ultraljudet. Theresa skrev exempelvis i sin dagbok att graviditeten kändes *verkligare* efter undersökningen (se ovan). Tvåbarnsmamman Ann beskrev i sin 16:e graviditetsvecka hur ultraljudsundersökningen ”på nåt sätt” blivit ”magisk” för henne: ”Graviditeten i sig är så tydlig med illamående och bröstspänningar. Men jag känner att jag inte riktigt har tagit till mig det riktigt än. Jag väntar på ultraljudet [skratt]” [vecka 16]. När ultraljudstiden närmade sig förklarade hon att hon inte vågade vare sig tro på graviditeten, berätta om den på jobbet eller slappna av innan ultraljudet var överstökat. Tove beskrev undersökningen som ”jät-tebra ur ett nu-stillar-vi-oron perspektiv” och omfödern Carina jämförde i ett samtal bekräftelsen i att *se* med bekräftelsen i att *känna*:

Förra gången var det väldigt skönt att få bekräftelse av att det rörde sig [förra graviditeten]. Man såg en liten figur, en liten skugga sådär. Jag tror att jag känner fosterrörelser redan nu, nåt som fladdrar till lite grann. Men att få bekräftelse på det och få en liten bild och så där, det ska bli spännande, det ska det.

I Vilhelm Mobergs *Utvandrarerna* beskrivs hur den gravida Kristina känner de första fosterrörelserna och berättar för Karl-Oskar att barnet ”kvicknat”, det vill säga fått liv. Idag talar man om när man känner fosterrörelserna första gången och ultraljudet beskrivs ibland som ett slags tekniskt kvicknande (se t.ex. Mitchell & Georges 1998). Barbara Duden menar att det tekniska kvicknadet har ersatt den blivande mammans egen upplevelse av fosterrörelser (embodied quickening) och att det i sin tur leder

till ett förfrämligande inför den egna kroppen (1993). Ulla Waldenström har argumenterat för att tekniken innebär att kvinnans inre bild av barnet ersätts av ultraljudsbilden och att det i sin tur skulle minska kvinnans lyhördhet för barnet hon bär (1995). JaneMaree Maher menar att ultraljundsundersökningen skapar en bild av ett fritt flytande foster utan koppling till modern, vilket leder bort tanken från det faktum att barnet fortfarande är beroende av sin moder (2002). Hon för i sin artikel fram förslaget att man genom att fokusera mer på moderkakan kan upplösa den distinktion mellan mor och barn som tekniken producerar (Maher 2002). Syftet är att återerövra kvinnors möjligheter att "tänka i termer av subjektivitet och kroppslighet" (Maher 2002:104-105).

Baserat på det material jag samlat in vill jag aktualisera frågan om den ena upplevelsen verkligen ersätter eller utesluter den andra? Ultraljundsundersökningen kan också beskrivas som ett "berikande komplement" (Jonsson 2004:36) till den egna upplevelsen. Om det som kvinnan misstänker är fosterrörelser sammanfaller med att fostret rör sig på bildskärmen så har hon fått en teknisk eller "officiell" bekräftelse på "att [hon] känt fosterrörelser".

BIRGITTA: Hade du känt fosterrörelser före u-ljudet?

TOVE: Nej eller jo men inte officiellt om du förstår hur jag menar.  
[skratt]

BIRGITTA: Du var inte riktigt säker?

TOVE: Nej precis.

Min tolkning är att kvinnornas egna upplevelser av fostret och dess rörelser kan existera sida vid sida med upplevelsen som ultraljudsbilden bidrar med. Framförallt har jag inte träffat någon kvinna som upplevt ultraljundsundersökningen som negativ på ett sätt som speglar Dudens, Waldenströms och Mahers farhågor. Möjligen speglar de röster jag låter komma till tals i kapitel sex<sup>64</sup>, erfarenheter av att något väsentligt går förlorat när biomedicinsk praktik överordnas kvinnans upplevelser och önskemål.

Däremot framskymtar ibland en hierarkisering av vilken kunskap som är mest auktoritativ, kvinnans egna rapporter från vad hon känner sker i

kroppen eller den kunskap som framkommer i samband med ultraljudsundersökningen. När det gäller det senare tänker jag särskilt på det datum för beräknad förlossning som kvinnan själv räknat fram och det datum som fastställts vid ultraljudsundersökningen. Det hände ganska ofta att kvinnor fick "sitt eget" datum flyttat fram eller tillbaka i tiden. I de fall kvinnans datum trots allt visade sig vara det "rätta" var det ofta förenat med en viss förnöjsamhet. Många kvinnor jag talade med gav indirekt exempel på hur mödravårdens kunskap var auktoritativ när de berättade hur de försökt ventilera händelser i kroppen utan att få någon respons. Upplevelsen kunde då bli att det som inte var mätbart eller synligt på en skärm inte heller fanns. Det innebär inte nödvändigtvis att barnmorskor eller läkare saknade empati eller var dåliga på att lyssna. Snarare handlar det om att mätbara observationer prioriteras i mödravårdens organisation. En graviditet kan vara förenad med många olika sorters symptom som kvinnan har ett behov av att ventilera men som för mödravårdspersonalen helt enkelt saknar klinisk relevans.

Förändringar av rutiner i mödravården har troligen gett ultraljudsundersökningen en större betydelse. Dels har man dragit ner på antalet besök hos barnmorskan, dels väntar man numera med att lyssna på hjärtljud med doppler till vecka 20. Det innebär att föräldrar numera inte har hört fostrets hjärtljud när de kommer för att göra ultraljud. En skillnad som ofta kommenteras av föräldrar som "varit med förr". Lena som var i vecka 18 hade redan en tioåring hemma:

Jag födde barn i en tid då mödravården var helt annorlunda, tittade i mina [gamla] papper, då hade jag varit på MVC fem gånger vid den här tiden i graviditeten, då blev graviditeten bekräftad tidigare.

Blivande förstagsföräldrar blir också ofta uppmärksammade på förändringar av rutiner. Kristina:

Dom som har barn sen tidigare tycker det här är jättekonstigt. Ja dom är jätteförvånade över att man inte gått fler gånger innan ultraljudet och träffat barnmorskan. Om man säger att det ska bli roligt att höra hjärtljudet så säger de, men gud har ni inte redan hört det?

Blivande föräldrar känner till undersökningen redan innan de varit med om den och har i regel ganska stora förväntningar på den. Tove beskrev till och med undersökningen som ett slags antiklimax på grund av allt hon hört förut och på grund av att hon inte kände de starka känslor som folk talat om:

Kanske är det något vi lärt oss. Att det ska vara en stor grej med ultraljudet. Det kände jag väldigt tydligt innan och så tror jag det är med alla såna här saker som handlar om graviditet och förlossningar och att ha barn. Man är väldigt känslig för vad man ska tycka och känna rent socialt. Är du inte glad? Var inte ultraljudet otroligt bra, är du inte glad att du är med barn? För när allt var bekräftat och klart så tyckte inte jag [ohörbart]. Det man såg på skärmen var ju inte så himla märkvärdigt. Men där tror jag som jag sa att det är en väldig skillnad mellan [Joakim] och mig, jag tror det var jättebetydelsefullt för [honom].

Behovet av bekräftelse och ultraljudsundersökningen som ett sätt att möta detta behov är ofta ett tema som lyfts fram när det gäller de blivande papporna. Verkliggörandet av graviditeten genom ultraljud tillskrivs ibland även ha större betydelse för männen eftersom de inte erfar graviditeten på samma fysiska sätt som kvinnorna. Bekräftelsen beskrivs i såväl mitt material som i annan forskning som ett sätt att påskynda en känslomässig integrering av det faktum att man ska bli pappa (Draper 2002; Hagström 1999; Mitchell & Georges 1998):

Rent psykologiskt så tror jag det är nödvändigt att ha ultraljudet just för den andra föräldern. Det har med pappornas delaktighet att göra. För mig kan det aldrig bli samma sak. Det [graviditeten] blir så mycket påtagligare hela tiden för mig. Men visst var det roligt också [ultraljudet]. Det var en bekräftelse och det hör ju till.

Även papporna själva lyfter fram den bekräftelse de upplever i samband med ultraljudsundersökningen. Dagen innan jag följde med Kristina och

Matts på ultraljudsundersökning talade jag med blivande förstagångspappan Matts om graviditeten. Han beskrev hur han känt sig lite uppjagad i början och osäker inför det ansvarsfulla uppdraget att bli pappa. Men nu, 18 veckor senare, kände han sig lugnare. Det var bara ultraljudsundersökningen som saknades:

Man känner sig säkrare. Det gör man. Det gör jag redan nu efter dom här 18 veckorna. Man vill göra ett ultraljud också så att man ser att allt är schysst. Det ska vi göra imorgon då. Det känner jag att jag vill göra innan man kan slappna av helt. Det finns ju procentuella chanser att det är nånting. Det kan ju vara nånting.

Efter undersökningen satt vi en stund i sjukhuskafeterian och talade om vad vi varit med om:

BIRGITTA: Hur känns det nu då?

MATTS: Ja nu känns det bra.

KRISTINA: Skönt att ha gjort det nu. Att få det bekräfta. Det har jag ju väntat på. Lite.

BIRGITTA: Bekräftat?

KRISTINA: Att man har ett barn [fniss].

MATTS: Det förstod man väl!

KRISTINA: Ja, jo, jag vet. Men ändå. Nu har man sett det.

MATTS: Jo det var det som var roligt. Att se.

KRISTINA: Ja, att det levde.

MATTS: Att alla ben och armar fanns där på plats. Hjärtat slog ju och tickade. Allt sånt där. Det såg ju bra ut, sa hon. Fast hon sa ju också att hon kunde ju inte... [säga säkert].

KRISTINA: Nej, hon måste ju gardera sig lite [fast det är troligen OK]

MATTS: Ja hon gjorde väl det antar jag. Hon gör väl sånt där flera gånger om dan så...

[de vet väl vad de gör och missar förmodligen ingenting?]

KRISTINA: Ja...[bekräftande].

MATTS: Nej, det var roligt faktiskt och att få se.

Vi studerade ultraljudsbilderna tillsammans. Matts som är snickare halade fram en tumstock och konstaterar utifrån måttangivelsen på bilden att bebisen fortfarande är väldigt liten.

BIRGITTA: Vad ska ni göra med bilderna?

MATTS: Jag vet inte jag.

KRISTINA: Just nu, då ska man ju visa alla människor [skratt]. Men sen? Jag vet inte. Det ska väl ingå i det här albumet som man gör.

Ultraljudsbilden är en intressant etnografisk artefakt som föräldrarna får ta med sig hem mot en ringa summa.<sup>65</sup>

Det var trevligt, en ganska rolig upplevelse. Var nervös innan. [Lasse] började gråta, blev rörd, fast han hade nog förstått mer än jag att vi skulle ha barn, å man skulle få en bild och jag bara undrade vad vi skulle ha den bilden till men [Lasse] ville ha den och barnmorska var lyhörd och förstod det så hon sa att han kunde få en bild, och det var bra, kul när vi kom hem.

[Anna]

Ultraljudsbilderna mailas, faxas och postas till intresserade anhöriga. Ett blivande föräldrapar lade ut sin ultraljudsbild till beskådan på en personlig hemsida, ett annat par ramade in bilderna och ställde dem på sina nattduksbord. Kylskåpsdörren är också en plats där bilderna kan hamna och när väl bebisen är född och så hamnar kanske ultraljudsbilden på första sidan i fotoalbumet.

## ULTRALJUD SOM RISKHANTERING

På jobbet så är den [graviditeten] inte officiell än. Det har också att göra med att jag inte vågar gå ut med det, eftersom jag inte törs tro på det riktigt än. Ultraljudet har på nåt sätt blivit magiskt [skratt]. Ja, jag vet inte.

[Ann]

Ultraljudsundersökningar kan beskrivas som en form av *riskhantering*, det vill säga ett sätt att hantera den osäkerhet som omgärdar en graviditet.<sup>66</sup> Jag har dels beskrivit en klinisk agenda, dels en icke-klinisk agenda med undersökningen. Syftet med uppdelningen var att försöka separera den medicinska riskhanteringen från den kulturella. En sådan uppdelning är naturligtvis artificiell eftersom de blivande föräldrarna är lika involverade i den kliniska agendan som den icke-kliniska. På samma sätt bidrar vårdpersonalen till den icke-kliniska agendan genom att de växlar mellan den medicinska agendan, med ett neutralt och vetenskapligt språk och ett mer värderande språk där fostret blir ett barn som ser välskapt ut och med personlighetsdrag som blyg, livlig, motvillig etc. (Georges 1996; Jonsson 2004).<sup>67</sup>

Den kliniska agendan är uttalad och lättare att beskriva även om undersökningen i sig inte kan ge några absoluta svar. Den icke-kliniska agendan är mer diffus och svårgripbar vilket delvis beror på att undersökningen inte kan ge några absoluta garantier för att "allt är som det ska" med graviditeten.

Ett annat sätt att begreppsliggöra den icke-kliniska agendan i samband med ultraljudsundersökningar är att urskilja den *expressiva* aspekten från den *instrumentella* i ultraljudsundersökningen. Begreppsparet instrumentell och expressiv riskhantering har jag lånat av Celio Ferreira och Åsa Boholm (2002), vilka i sin tur inspirerats av Max Weber och Emile Durkheim. Ferreira och Boholm efterlyser en samhällsvetenskaplig teori om risk som varken hårddrar modernitet och tradition till att bilda två oförenliga kategorier (läs Beck) eller en teoretisk modell som gör att skillnaden mellan modernitet och tradition upphävs (läs Douglas) (2002:86-90).

I förvissningen om att expressiva handlingar är universella och att de återfinns i olika skepnader i såväl traditionella som moderna samhällen bör samspelet mellan expressivitet och instrumentalitet, mellan symbolism och teknologi, tilldelas en central roll i teoribildning om kulturell riskhantering.

(Ferreira och Boholm 2002:94)

En instrumentell handling kan exempelvis utgöras av en kontroll av fisknät och en analys av hur vindarna blåser inför en fisketur. Syftet är att förbättra förutsättningarna för en god fångst och en säkrare båtfärd. En expressiv handling kan vara att utföra en ritual för att blidka övernaturliga krafter. Syftet med en sådan handling är också att förbättra oddsen för ett framgångsrikt fiskafänge (se t.ex. Malinowski 1987 [1922]). Till skillnad från den instrumentella handlingen är den inriktad på osäkerhet som inte går att påverka. I ett relativt sekulariserat samhälle som Sverige, har expressiva handlingar inte alltid någon tydlig koppling till liturgiska eller rituella sammanhang (Ferreira & Boholm 2002:105). Samtidigt måste människor även här förhålla sig till osäkerhet, oförutsägbarhet och möjliga katastrofer. Vetenskapen till trots så går det inte att kontrollera liv och död in i minsta detalj. Den moderna vetenskapen kan inte heller alltid svara på frågan: Varför just jag och varför just nu? (Evans-Pritchard 1976 [1937]).

Expressiva och instrumentella handlingar är olika aspekter av riskhantering som samspelar med varandra snarare än två åtskilda handlings sätt (Ferreira och Boholm 2002:93-94). Barnmorskans undersökning utifrån ett specifikt syfte och kvinnans medverkan i undersökningen kan beskrivas som instrumentell. Parallellt med eller integrerat i den instrumentella handlingen finns från föräldrarnas sida en önskan om lugnande besked, en bekräftelse av graviditeten och ett första visuellt möte med barnet. Barnmorskorna bidrog i de undersökningar jag närvarade vid inte bara med information om antal foster, beräknat förlossningsdatum och moderkakans placering utan hjälpte också de blivande föräldrarna med att tolka bilden. De pekade exempelvis ut kroppsdelar som huvud, ryggrad, ben, armar, hjärta och urinblåsa. Vid ett tillfälle jämförde en barnmorska exempelvis barnets pose med den blivande pappans (se beskrivning 1) en annan barnmorska pekade med glimt i ögat ut att barnet låg med benen i kors (se beskrivning 2). På så sätt bidrar barnmorskorna, utifrån det formulerade syftet, med icke kliniskt relevant information som sedan kan elaboreras av föräldrarna och tillskrivas det blivande barnets personlighet (t.ex. självsäker eller aktiv) och lugna, eftersom den fokuserar på saker som bekräftar graviditeten i positiv anda.<sup>68</sup> Även in-

formation som exempelvis beräknat förlossningsdatum och antal foster kan sägas ha ett expressivt värde eller symbolvärde utöver den kliniska relevansen. Även om datumet har en felmarginal på +/- två veckor så blir det en viktig hållpunkt att inrikta sig på och ett datum att meddela intresserade personer som frågar. Att det inte blir tvillingar (eller i mer sällsynta fall motsatsen) är också en vetenskapligt sanktionerad information, som man kan dela med sig av till nära och kära.

När Ann (i citatet som inleder avsnittet) skrattande beskriver hur det kommande ultraljudet var magiskt för henne så menade hon inte att ultraljudsundersökningen i sig kunde påverka utgången av graviditeten. Hon menade snarare att ultraljudsundersökningen kunde hjälpa henne att *tro* på graviditeten, att det växte ett barn i hennes livmoder (något som hon redan visste var fallet) och att allt skulle gå bra (det okontrollerbara). Ann väntade sitt tredje barn och upprepade vid flera tillfällen att hon "utmanade ödet". Det hade ju gått bra det två första gångerna. Varför skulle det gå bra en gång till? För Ann, liksom för många andra blivande föräldrar jag träffade, hade ultraljudsundersökningen, på ett känslomässigt plan, fått rollen som en slags besvärjande och lugnande "ritual"<sup>69</sup> i en existentiellt pressande situation.

### BESKRIVNING AV ULTRALJUDSUNDERSÖKNING 1

Vi får komma in i ett ganska mörkt rum. Persiennerna är fördragna. Kvinnan får lägga sig på en brits. Barnmorskan sätter sig på ena sidan vid ett tangentbord och en egen skärm. Kvinnan och mannen får titta på en skärm som barnmorskan sitter med ryggen mot. Jag sätter mig bredvid pappan. Barnmorskan lägger gel på kvinnans mage och börjar dra en scanner fram och tillbaka över magen. Föräldrarna tittar uppmärksamt på skärmen när fostret framträder. Stämningen känns lite högtidlig.

Barnmorskan förklarar att hon håller på att orientera sig och snart ska berätta vad det är som de ser på bilden. "Ni ser barnet från sidan ... huvudet ... kroppen ... ryggraden är där då ... hjärtat ... så tittar jag framifrån ... där har vi benen väldigt tydligt .... ena foten ... ett knä ...

andra benet är strax bredvid ... där ser ni profilen ... panna ... nästipp ... och så kommer det en hand ... den rör sig ... svår att fånga ... armen ... handen är där vid knät ... man ser en sida i taget ... andra armen ligger där ... handen är där bakom huvudet ... ligger och [ohörbart] precis som du gör [till pappan som sitter bakåtlutad med händerna bakom huvudet] skratt ... det svarta är vatten ... det ser fint ut ... [ohörbart] ... det gråa är ... [ohörbart] ... [någon knackar på, barnmorskan har fått ett telefonsamtal] säg att jag ringer upp ... nu ska jag mäta då ... huvudet och magen.

Pappan ställer en teknisk fråga till barnmorskan angående hur mätningarna går till. Mamman kommenterar att det syns så tydligt på skärmen jämfört med tidigare ultraljud. Hon ställer frågor om det hon ser: "det svarta hålet?" Och barnmorskan svarar: "det är barnets matsäck och det andra är blodkärl". Pappan frågar om barnmorskan sett barnets ryggrad och barnmorskan pekar ut den. Efter ett tag är barnmorskan klar med mätningarna och meddelar att datum för beräknad förlossning blir 3 augusti och frågar i samma andetag vad som sagts förut. Kvinnan svarar den 31 juli och berättar också att de redan har ett barn som föddes den 2 augusti. Barnmorskan tar upp tråden och berättar om par som hon undersökte igår där samma sak hände. Plötsligt bryter kvinnan in och frågar om barnmorskan sett njurarna. Barnmorskan svarar ganska detaljerat på frågan och avslutar med att säga: "så vad jag kan bedöma så ser det ut som det brukar se ut" och när kvinnan hummar som svar lägger barnmorskan till att hon "har inte sett något som ser annorlunda ut". Pappan kommenterar att barnet är livligt och barnmorskan stämmer in med ett "ja, full rulle". De småpratar lite om könet på barnet, är det kanske en flicka till och strax därpå berättar barnmorskan att hon är klar och frågar om de vill ha en bild med sig hem.

## BESKRIVNING AV ULTRALJUDSUNDERSÖKNING 2

BARNMORSKAN: Ja, jag kan se ett levande foster ... där har vi huvudet ... man kan se att det rör sig här också ... och så har vi kroppen...

KRISTINA: mm ... ser man hjärtat?

BARNMORSKAN: Ja..a det är hjärtat som slår ... sen har vi benen och sen armarna ... det här är framifrån ... ansiktet

KRISTINA: Ser du två armar och två ben?

BARNMORSKAN: En arm här och en arm där ... det finns två armar och två ben...?

[...].

KRISTINA: Kan man se ryggmärgsbrock och sådana här saker?

BARNMORSKAN: Inte just på den här bilden kanske...

KRISTINA: nej...

BARNMORSKAN: Man kan ibland se markörer för det...

KRISTINA: a..a.

[...].

KRISTINA: Man ser om det är mycket fostervatten eller lite?

BARNMORSKAN: Ja det kan man se...

KRISTINA: Kan du se....

BARNMORSKAN: Det ser ut som det brukar göra ... det ser normalt ut

KRISTINA: Det gör det

[...]

BARNMORSKAN: den ligger med benen i kors ... skratt

Kristina och Matts skrattar. Kristina ler oavbrutet. Tyst en lång stund...

KRISTINA: oj vad det sparkar...

'Skratt'

[....].

BARNMORSKAN: mm ... och moderkakan sitter på normal plats ... bakvägg.

KRISTINA: allt ser bra ut?...

BARNMORSKAN: så långt jag kan se och bedöma ... jag sitter ju inte och

granskar ... det gör ju läkarna [?]... men jag har inte stött på nånting som ser onormalt ut....

KRISTINA: nä...

## TEKNIK, KUNSKAP OCH TID

Graviditetstest och ultraljud är två exempel på hur teknik har vävts in i våra livssammanhang och efter hand blivit självklara delar av graviditetsupplevelsen. Mina exempel visar också att teknikens imperativ är att om något går att ta reda på så vill/bör vi ta reda på det. Att avstå teknik kan därför beskrivas som ett mer aktivt val än att säga ja till teknik. Teknik är något som förpliktigar. En viktig fråga är också vem som har makt över den information som kan komma fram med hjälp av medicinsk teknik (se diskussion om kön som bifynd i kapitel tre). För många föräldrar är det provocerande att veta att barnmorskan kanske vet något om deras graviditet som de inte vet: "om de vet så vill jag också veta".

Gemensamt för de bägge teknikerna är att de för med sig en dubbel agenda. Den medicinska agendan syftar till att ta fram klinisk information om graviditeten vilket är en agenda som även intresserar de blivande föräldrarna. Men det finns också andra (expressiva) aspekter av teknikerna som flätas in i den medicinska agendan. Det är naturligtvis viktigt att blivande föräldrar informeras grundligt, så att de har "realistiska" förväntningar. Men nästan alla blivande mammor och pappor jag träffade kände till undersökningarnas möjligheter och begränsningar, även om de från medicinsk synvinkel gav uttryck för "irrationella" förhållningssätt genom att upprepa graviditetstester flera gånger samt genom att uppfatta en ultraljudsundersökning som "magisk".

Kulturella strategier för att minimera osäkerhet [eller känslor av osäkerhet] refererar inte direkt till en hantering av "risk" som ett abstrakt uttryck för kalkylerbar, empiriskt verifierbar sannolikhet för oönska-

de utfall utan till samhällelig praxis som är av konventionell och social karaktär.

(Ferreira och Boholm 2002:93-94)

Blivande föräldrar kan med andra ord både ha kunskap om vad en ultraljudsundersökning innebär och betrakta den som en lugnande strategi och ett bekräftande möte med sitt kommande barn. Vidare kan vi kanske inte utgå ifrån att ultraljud kan leda till att kvinnan alieneras från sin kropp eftersom de kvinnor jag talat med snarare uttrycker att undersökningen sammanfaller med och/eller kompletterar deras egna upplevelser av graviditeten.

Synen på tid är ytterligare en intressant dimension av de båda undersökningarna. I bägge fallen tillhandahålls ett sätt att "snabbspola" skeenden. Detta har i sin tur influerat de blivande föräldrarnas förväntningar på snabba besked och innehållsrika möten med det väntade barnet långt före förlossningen. När det gäller graviditetstesterna visar aktiviteterna på Internet att testandet i sig kan skapa så absorberande ögonblick att själva målet med testandet hamnar i bakgrunden. De båda undersökningsmetoderna har blivit så självklara och värdesatta ingredienser i blivande föräldrars liv att det framstår som omöjliga att avskaffa. Och det finns kanske inte heller någon bra anledning att sträva dithän. Däremot finns det stor anledning att medvetandegöra hur hastighet kan vara beroendeframkallande (Hylland Eriksen 2001:167) samt fundera över vad det har för konsekvenser och hur dessa kan hanteras.

I nästa kapitel kommer jag att ta upp ytterligare en representation av cyborg, det vill säga kejsarsnitt.

## NOTER

<sup>56</sup> Från det att jag inledde mitt fältarbete i slutet av år 1998 och fram till idag har det skett en utveckling av diskussionsgruppssystemet när det gäller graviditet på webbplatsen *Allt för föräldrar*. Mer allmänt hållna "snack" har knoppat av sig till mer specialiserade snack. Ankomstgrupper är ett sådant relativt nytt specialiserat tillskott. Andra avknoppningar är snackgrupper som "Adoptivbarn", "Ensam och gravid", "Foglossning", "Fosterdiagnostik", "Första barnet", "Graviditetskomplikationer", "Nio månader", "Ägg-spermadonation" och "Äntligen gravid/förälder!". I de senare exemplen samlas kvinnor och (ibland män) främst runt olika teman snarare än, som i ankomstgrupperna, kring ett datum för beräknad förlossning.

<sup>57</sup> En ny företeelse jag upptäckte vid ett besök på *Allt för föräldrar* i november 2005 var en så kallad IM-lista. IM står för icke-mens för "en mens som kanske, men helst inte, ska komma". En IM-lista är en förteckning över de datum då gruppens deltagare beräknar få sin mens (men inte vill ha den). När sedan deltagarna började testa positivt så sammanställdes en så kallad BF-lista "där man skriver in Beräknad Födsel uträknat efter senaste mensens första dag". (Deltagare som testar negativt lämnar gruppen och går in en ny grupp med senare "ankomstmånad").

<sup>58</sup> Strax efter att jag gjort min empiriska insamling ersattes "de två blå" av ett plustecken på teststickan. I november 2005 gick jag in på *föräldraNätet* och såg ett nytt uttryck för att göra graviditetstest, att plussa: "När börjar vi plussa? Är sååå trög i huvudet nu på fm. När är det vi härinne [i ankomstgruppen] börjar göra gravtosten? Nästa vecka eller?" (*Allt för föräldrar/snack/ankomst* 2003/8; 2005-11-03).

<sup>59</sup> Testens ökade känslighet innebär också att det går att identifiera mycket tidiga missfall. Det har föranlett producenterna av testerna att, av etiska skäl, skriva på bipacksedeln att man ska testa tidigast första dagen efter utebliven menstruation. På Internet har kunskapen emellertid spridit sig att det går att

få svagt positiva indikationer även före första dagen för utebliven menstruation.

Vid sidan av att testens känslighet ökat har graviditetstesterna dessutom förbättrats med tanke på hur snabbt man kan få provsvaret. År 1985 fick man vänta på provsvaret i 30 minuter, 1988 kom ett test där väntetiden var 3 minuter och 1997 var väntetiden nere i 1 minut. Minskningen av väntetiden från 3 minuter till 1 minut är ett svar på konsumentefterfrågan (personlig kommunikation med ett företag som producerar tester).

<sup>60</sup> Tvillingar förekommer i genomsnitt vid en graviditet av hundra.

<sup>61</sup> Att blivande föräldrar ofta känner oro inför undersökningen och lättnad efteråt har även visats i kvantitativa studier (Kowalcek et al 2002).

<sup>62</sup> Under tidsperioden då jag samlade in huvuddelen av mitt material användes tekniken inte fullt ut i samband med rutinundersökningarna. Det gick att få fram mer information om man utvidgade syftet med undersökningen. Skulle ett utvidgat ultraljud genomföras krävdes att blivande föräldrar själva bad om det eller att undersökningen erbjöds i samband med att särskilda skäl förelåg som ålder eller möjliga anlag för ärftliga sjukdomar.

<sup>63</sup> Om man är omfödelska får man behålla full föräldrapenning under förutsättning att det inte förflyter mer än 30 månader mellan syskonens födelsedatum.

<sup>64</sup> I kapitel sex skriver jag om en grupp kvinnor som aktivt väljer bort teknik i samband med förlossningen genom att föda hemma.

<sup>65</sup> På vissa sjukhus kan man få med sig en sekvens av ultraljudet hem i form av en kort videofilm.

<sup>66</sup> När jag skriver *riskhantering* menar jag en allmänmänsklig strävan efter att göra osäkerhet mer kontrollerbar.

<sup>67</sup> Lisa Mitchell benämner detta växelspel med termen "codeswitching" (1993).

Ann-Christine Jonssons avhandling utgör en fascinerande och detaljerad studie av kommunikationen mellan barnmorska och blivande föräldrar i samband med ultraljudsundersökning (2004).

<sup>68</sup> Emily Martin har demonstrerat hur små beståndsdelar som spermier och ägg och en biologisk process som konception tillskrivs egenskaper och en dynamik, som snarare har sitt ursprung i kulturella värderingar och sociala behov än i ontologin (1997). Detsamma gäller ultraljudsundersökningen där undersökningen integrerats i människors graviditetsupplevelser på ett sätt som går bortom undersökningens ursprungliga syften. På samma sätt som konception beskrivs i medicinska textböcker med hjälp av könsstereotyper kan bilden eller representationen av fostret såväl tillskrivas kön som personlighetsdrag.

<sup>69</sup> En cyborgritual i ett sekulariserat tidevarv.

## KAPITEL 5

# “OSKURET ÄR BÄST” – OM KEJSARSNITT, RISK OCH KÖN<sup>70</sup>

Tillgången på medicinsk kunskap och teknik gör att kroppen inte kan betraktas som stabil natur. Det innebär i sin tur att det finns ett utrymme och en kamp mellan tävlande meningssystem (Balsamo 1996:5). Jag uppfattar debatten om legitimiteten i att efterfråga kejsarsnitt, som ett exempel på en sådan kamp. Hur långt är vi beredda att gå i vår teknikanvändning och vilka är konsekvenserna? Vem har tolkningsföreträde och därmed makt att definiera vad som är rätt och vad som är fel?

I den svenska debatten har kvinnors möjligheter att bestämma över sitt födande bland annat behandlat frågan om medicinsk teknik är något som förtrycker eller frigör. Anita Goldman argumenterade, exempelvis, för att kvinnor som ville ha kejsarsnitt bidrog till att förstärka kvinnors position som objekt i den svenska födslokulturen.<sup>71</sup> Cecilia Garne frågade i en ledare ”Vari ligger det feministiska i en riskfylld bukoperation?”<sup>72</sup> Debattören och krönikören Linda Skugge replikerade med ”Cecilia, vari ligger det feministiska i att tvinga en kvinna som inte vill, att föda vaginalt”.<sup>73</sup>

Debatten som uppstått i kölvattnet av att allt fler kvinnor ber om kejsarsnitt bottenar delvis i en feministisk kritik av födandets villkor. En vanlig utgångspunkt i sociologisk och antropologisk litteratur är att bio-

medicinen objektifierar kvinnan i förlossningsituationen (Martin 1987, Davis-Floyd 1994, Hopkins 2000). Hon reduceras till ett objekt för medicinsk intervention genom att hon blir förlöst istället för att föda på sina egna villkor. Kejsarsnitt kan, enligt denna analytiska logik, betraktas som den ultimata medikaliseringen av förlossningen. En kvinna som i Sverige vill medikalisera sitt födande och "objektifiera" sig själv måste emellertid, som jag kommer att lyfta fram i det här kapitlet, gå in i förhandlingar. Det krävs med andra ord ett agerande subjekt bakom "objektet".

I kapitlet fokuserar jag på kvinnor som efterfrågar kejsarsnitt. För det första vill jag ge ytterligare ett exempel på hur sammanflätat graviditet och födande är med medicinsk kunskap och teknik (cyborg). För det andra vill jag lyfta fram hur kvinnokroppen ofta utgör den arena där olika perspektiv på medicinsk teknik, risk och kön ageras ut.

För det tredje vill jag visa på den rationalitet som finns i kvinnors efterfrågan på kejsarsnitt.<sup>74</sup> Att det finns kvinnor som begär kejsarsnitt trots avsaknad av medicinsk indikation kan inte bara förklaras utifrån en psykologisk tolkningsram. Ökningen av andelen kejsarsnitt är också relaterade till vår oorganiska samtid i vilken tekniska lösningar har blivit legio för en mängd mänskliga företeelser. Vidare har medicinska framsteg inneburit att kejsarsnittet fått en mer ambivalent status. Ökningen av andelen kejsarsnitt beror inte enbart på att det finns fler kvinnor som begär kejsarsnitt utan också på att de medicinska indikationerna för kejsarsnitt blivit fler.

För det fjärde vill jag lyfta fram hur en medicinsk teknik som kejsarsnitt på olika sätt kan användas för att definiera kön i privata och offentliga samtal. Det kan handla om förhandlingssituationer som uppstår mellan kvinnor och mödravård, debatter i medier och inlägg som görs i diskussionsgrupper på Internet.

Den kliniska tolkningsramen för fall där kvinnor ber om snitt på icke-medicinska grunder är att de lider av *förlossningsrädsla*. Denna breda kategori rymmer flera olika typer av orsaker, som exempelvis rädsla för smärta, rädsla för att dö, rädsla för bristningar och skador i underlivet, rädsla för att barnet ska skadas eller dö, rädsla för ytterligare ett akut kejsarsnitt, rädsla för postpartum depression och rädsla för att förlora kontrollen i förlossningssituationen (Ryding 1993, 1998). Om kvinnor-

na genomgår ett kejsarsnitt på grund av någon av dessa anledningar registreras förlossningen i journalen som utförd på *psykosocial* eller *humanitär indikation*. Mitt material tyder på att en del av skälen som kvinnorna uppgav uppfattades som mer legitima än andra av såväl medicinsk personal som människor i deras närhet.

Jag inleder med att som bakgrund i korta drag sammanfatta några viktiga punkter i debatter om kejsarsnitt. Därefter övergår jag till att presentera fem kvinnor som jag samtalat med om kejsarsnitt och ett material jag samlat in på webbplatsen *föräldraNätet*. Slutligen kommer avsnitt som är organiserade kring tre teman som återkommer i såväl samtal med de fem kvinnorna, som i diskussionsgrupper på Internet.

Det första temat är hur kejsarsnitt och tanken på kejsarsnitt kan fungera som riskhantering, det vill säga som ett sätt att göra osäkerheten i olika aspekter av födandet mer kontrollerbar. Det handlar om riskhantering i såväl instrumentell som expressiv mening (se kapitel fyra). Det andra temat handlar om hur kvinnor som vill ha kejsarsnitt avviker från en dominerande idé om den ”ideala förlossningen”. Den ”ideala förlossningen” är en komplikationsfri vaginal förlossning vars motsats är ett akut kejsarsnitt. ”Frivilliga kejsarinnor” upplever kejsarsnitt som en lättnad till skillnad från ”ofrivilliga kejsarinnor” som ofta beskriver ingreppet som en förlust. Det tredje och sista temat handlar om det motstånd som kvinnor möter i vården när de efterfrågar kejsarsnitt och hur mötet kan utmynna i förhandlingar och maktkamper.

## KEJSARSNITT I SVERIGE OCH INTERNATIONELLT

Under de senaste 25 åren har andelen kejsarsnitt ökat världen över<sup>75</sup> och orsakar med jämna mellanrum debatt i såväl medicinsk som vanlig press<sup>76</sup>, både nationellt och internationellt (se t.ex. Ryding 1999; Wedenberg 2000; Young 2003; BMJ 1998, 2000). I slutet av 1990-talet och i början på 2000-talet har frågan om kvinnor som kräver eller framför önskemål om planerade kejsarsnitt utan så kallad medicinsk indikation varit en aktuell och känsloladdad fråga. Debatten i Sverige kring den här frågan har till och med beskrivits som ett krig på grund av de hetlevrade inlägg-

gen.<sup>77</sup> Diskussionerna handlar i grova drag om varför andelen kejsarsnitt stiger, varför en del kvinnor begär kejsarsnitt, om läkare ska utföra kejsarsnitt på grundval av mammors önskemål, om kvinnor själva bör få bestämma hur de ska föda och lämpligheten<sup>78</sup> i att med hjälp av kirurgi hoppa över värkarbete och vaginal förlossning.

Det finns flera generella förklaringar som brukar lyftas fram som orsaker till den ökande andelen snitt världen över. Dessa förklaringar är mer eller mindre giltiga i en svensk kontext där offentlig vård finansierad via skattsedeln dominerar. Antalet kejsarsnitt som utfördes i Sverige mellan 1970 och 1980 ökade från 5 till 10% av alla förlossningar (Ryding 1999:4549). En förklaring som förts fram är att den medicinska utvecklingen under 70- och 80-talen förändrat riskscenariot och gjort kejsarsnitt mindre riskfyllda och att man under samma tidsperiod identifierade fördelar med att utföra kejsarsnitt på andra indikationer än tidigare (Ryding 1999; Darj & Nordström 1999; de Costa 1998; Wedenberg 2000). Kejsarsnitt innebär fortfarande risker men riskerna har blivit färre eller mindre allvarliga vilket i sin tur gett kejsarsnittet en mer ambivalent status. Intensifierad övervakning brukar också föras fram som en orsak till såväl livräddande kirurgi som att ingrepp utförts på grund av "falska larm" (Ryding 1999).

Efter 1980 stabiliserades andelen kejsarsnitt i Sverige i förhållande till det totala antalet förlossningar. Men från 1997 och framåt började andelen kejsarsnitt öka igen. Enligt Ryding är en viktig orsak till detta kvinnors efterfrågan och inflytande på läkarnas beslut (1999). Även internationellt har andelen kejsarsnitt stigit dramatiskt i slutet av 90-talet och kvinnors ökade efterfrågan (maternal request) har lyfts fram som en betydelsefull faktor även i andra länder än Sverige (Guirgis 1997; Eftekhar & Steer 2000; Quadros 2000).

En annan orsak till ökningen av antalet kejsarsnitt som lyfts fram när det gäller andra länder än Sverige är att läkare av praktiska, ekonomiska och organisatoriska skäl föredrar att förlossningar äger rum på kontorstid (så kallad "daylight obstetrics"<sup>79</sup>). Det signalerar studier från England och USA som visar att de flesta förlossningarna sker på dagtid, måndag till fredag och att det utförs fler snitt framemot kvällen och mot slutet av veckan (Wagner 2000:1678). På så sätt hinner man också med fler pa-

tienter (kejsarsnitt 20 minuter versus vaginal förlossning 12 h = medelvärden). Det kan också vara så att sjukhus och läkare i en del vårdssystem tjänar mer på kejsarsnitt (Wagner 2000:1678). Ovanstående är en trend som kritiker menar är ännu mer etablerad inom den privata sektorn där andelen kejsarsnitt är större (Gregory et al 1999; Roberts et al. 2000) och utförs på mindre tydliga indikationer (Peipert et al. 1999). När det gäller länder som exempelvis Brasilien och USA brukar just den privata vårdens organisation och karaktär lyftas fram som ett skäl till den ökande andelen kejsarsnitt (Béhague 2002; Gregory et al. 1999). En förklaring som förts fram är att det kan vara svårare för en läkare att säga nej till en förfrågan om kejsarsnitt eftersom privata sjukhus konkurrerar med varandra om patienter (Bewley & Cockburn 2002:601).

En tredje delförklaring som tagits upp i debatten till att en läkare i en valsituation väljer att utföra ett kejsarsnitt i en specifik situation kan vara oron för att bli anmäld eller stämd (Wagner 2000, Kitzinger 1998).<sup>80</sup> När en förlossning går fel händer det allt oftare att läkare blir anmälda/kritiserade/stämda för att de inte intervenerat genom exempelvis kejsarsnitt. Däremot är det ovanligt att läkare anmäls för onödig intervention (Wagner 2000:1678). Tillgången till medicinsk kunskap och teknik innebär att det utgör ett ställningstagande att inte ingripa: ”If something bad happens to a baby, it is safer to show that you did something rather than nothing, and deciding on a cesarean section is an obvious way to demonstrate concern” (Kitzinger 1998:57).

För det fjärde har frågan om kejsarsnitt analyserats som en spegling av en professionaliseringskamp mellan läkare och barnmorskor och två skilda perspektiv på födandet (t.ex. Wagner 2000).<sup>81</sup> Utgångspunkten i en sådan analys är att barnmorskor är mer inriktade på vaginal förlossning och läkare på kejsarsnitt. I grova drag handlar det om, menar Wagner, att läkare per definition fokuserar på avvikelse eller patologi medan barnmorskorna fokuserar på det friska och normala (Wagner 2000). Sverige utgör ett undantag i ett internationellt perspektiv eftersom det här främst är barnmorskor som arbetar med förlossning. Läkarna kallas endast in när komplikationer uppstår. I ett internationellt perspektiv har splittringen inom läkarkåren varit tydligare när det gäller indikationer för kejsarsnitt än den varit i Sverige. Här har istället debatten kluvits

mellan läkare och barnmorskor på ena sidan, och debattörer som argumenterat för kvinnors rätt att själva ta ställning till hur de ska föda på den andra.

En femte orsak som gäller en svensk kontext är personalneddragningar på landets förlossningskliniker. En anledning till att en del kvinnor ber om kejsarsnitt är att de vill försäkra sig om en plats på ett sjukhus i närområdet.

Begrepp som att välja och efterfråga kan emellertid dölja en komplexitet som inte alltid ges ett utrymme i vare sig debatter eller vetenskapliga analyser. Vilken kunskap ligger till grund för en kvinnas val? Är hon "korrekt" informerad? Att blivande mammor i allt högre grad själva efterfrågar kejsarsnitt (maternal request) och därmed bidrar till ökningen av kejsarsnitt ifrågasätts av en del debattörer som menar att det bara är ett sätt för den medicinska professionen att skjuta över ansvaret på kvinnorna. Jenny Gamble och Debra Creedy menar exempelvis att det egentligen är relativt få kvinnor som begär kejsarsnitt utan nuvarande eller tidigare obstetriska komplikationer och att fokus på kvinnors efterfrågan tar uppmärksamhet från läkarnas del i ökningen (2000). Marsden Wagner problematiserar också att kvinnor väljer kejsarsnitt och menar att andelen kejsarsnitt har ökat på grund av läkarkårens "selektiva information" snarare än på kvinnors efterfrågan (2000).

Det finns dock en viktig skillnad mellan den svenska kontexten och empiriska exempel från andra länder genom att den svenska läkarkåren inte utmärker sig som proteknologisk på samma sätt som rapporteras från andra länder<sup>82</sup>. I en svensk kontext är det med andra ord svårt att argumentera för att information som lutar åt kejsarsnittets fördelar skulle vara "doctor-friendly" (Wagner 2000:1679) eftersom den svenska läkarkåren tvärtom uppmuntrar vaginal förlossning i första hand. De kvinnor som i mitt material ber om kejsarsnitt, utan att läkaren finner någon medicinsk indikation för att göra ingreppet, möter motstånd. Om de ändå står på sig hamnar de i en diskussion som har drag av förhandling och maktkamp.

**I stora drag har argument som använts för kejsarsnitt utan medicinsk indikation varit:**

- a) kvinnors autonomi (kvinnors rätt att bestämma över sin kropp).
- b) att kvinnor kan göra informerade val.
- c) kvinnor som inte vill/vågar föda löper större risk att förlossningen avslutas med kejsarsnitt.<sup>83</sup>
- d) att det finns risker med vaginala förlossningar ( t.ex. att barnet ska drabbas av syrebrist och att kvinnan får skador i underlivet).
- e) att riskerna med snitt överdrivs eftersom man statistiskt inte gjort en skillnad mellan akuta och planerade kejsarsnitt (akuta kejsarsnitt är förenade med större risker).
- f) att kvinnan slipper föda i en miljö hon finner otrygg, att hon slipper lämna ut sig inför främlingar och visa sin sårbarhet, att hon slipper osäkerhet kring tidpunkten för förlossningen, förlossningssmärta och risken för akuta kejsarsnitt.
- g) vetskapen om att kejsarsnitt finns som utväg påverkar hur kvinnor resonerar och agerar och att inte få tillgång till en teknik som finns gör att kvinnor kan känna sig tvingade att föda vaginalt (det är lättare att acceptera en vaginal förlossning om inget alternativ finns).

**I stora drag har argument som använts mot kejsarsnitt utan medicinsk grund varit:**

- a) att det finns fördelar med en vaginal förlossning för både mor och barn (snabbare återhämtning för modern, inga postnatale andningsproblem för barnet, ett adrenalinpåslag som är positivt för amningen).
- b) att det finns risker med ett operativt ingrepp (t.ex. blödningar, smärta och infektioner).
- c) att kostnaderna för ett kejsarsnitt är högre än för en okomplicerad vaginal förlossning.<sup>84</sup>
- d) att färdigheter inom förlossningskonsten går förlorad (äldre barnmorskor och läkare har större erfarenhet av att hjälpa kvinnor att föda fram barn med sätesbjudning jämfört med yngre eftersom sätesbjudning idag är en medicinsk indikation för kejsarsnitt).
- e) Ett första kejsarsnitt leder ofta till ett andra kejsarsnitt (även om det inte måste bli så).

- f) Snitt är både ett symptom på och en orsak till att kvinnor förlorar tilltron till sin kropp och förmåga att föda.
- g) Födandet medikaliseras och kvinnan objektifieras.
- h) kvinnor som väljer kejsarsnitt saknar adekvat kunskap (om risker, om smärtan förenad med snitt) och att en del skäl som kvinnor anför för kejsarsnitt bygger på okunskap och så kallade "obstetriska myter".<sup>85</sup>
- i) förlossningsskräck är ett problem som kan/bör lösas på andra sätt än genom medicinsk intervention och operativa ingrepp (t.ex. bearbetas genom samtal).
- j) det finns indikationer på att barn som kommit till världen genom kejsarsnitt oftare har allergiska och astmatiska symptom än vaginalt födda barn.

Debatten har kommit att polariseras kring principiella ställningstaganden till om teknik i samband med graviditet och födande är bra eller dåligt och om det är kvinnornas eller läkarkårens "fel" att andelen kejsarsnitt ökar. Båda frågorna förenklar en komplex verklighet och den intressanta frågan för mig har i första hand varit att undersöka vad kvinnorna själva säger. Jag har försökt närma mig frågan med utgångspunkten att det till viss del handlar om ett komplext samspel mellan kvinnor och vårdssystem men att det också är en fråga om individuella livshistorier och omgivande samhällsstruktur. Jag är intresserad av normer och ideal kring kön och kvinnlighet och ser i debatten en tendens till att kvinnor som vill ha snitt patologiseras och paternaliseras. Jag tycker också att en alltför polariserad debatt gör att den pragmatik som ofta ligger bakom kvinnors val och ageranden kommer i skymundan. Bilden som målas upp är för enkel: att kvinnor som begär kejsarsnitt skulle utgöra ny sorts omogna kvinnor med stort kontrollbehov, vana vid att kunna planera och bestämma över sina liv, som är alienerade från sina kroppar och därmed har förlorat tilliten till kroppens förmåga att föda.

## FRIVILLIGA KEJSARINNOR

De flesta kvinnor jag var i kontakt med följde mödravårdens snitslade bana om än med individuella justeringar. Men jag kom också i kontakt

med kvinnor som av olika anledningar avvek från normen genom att överväga kejsarsnitt som ett alternativ till vaginal förlossning. Det som följer är baserat på samtal med fem gravida kvinnor, samt kvinnor som skrev inlägg på Internet om kejsarsnitt under ungefär samma tidsperiod. Kvinnorna jag talat med är samtliga högutbildade. Fyra av dem yrkesarbetade och en höll just på att avsluta en magisterexamen. Tre av kvinnorna var förstföderskor och två var omföderskor. Fyra av kvinnorna diskuterade kejsarsnitt som förlossningsalternativ med läkare. Två av kvinnorna drev sin vilja igenom. En kvinna funderade bara för sig själv. Kvinnorna som gjorde sina röster hörda på Internet var fler och hade en bredare spridning vad det gäller utbildning, ålder och reproduktiv historia.<sup>86</sup>

Anna, 33 år gammal, informatör, och förstföderska, var redan tidigt i graviditeten helt klar över att hon inte ville föda vaginalt. Hon ville föda genom ett planerat kejsarsnitt. Anna beskrev hur hon uppfattade den vaginala förlossningen som en skrämmande och potentiellt förnedrande händelse.

Och att vara så utsatt och ligga med benen isär och ett kroppsområde som vi kvinnor inte ens har ett namn för som är så känsligt och där ska man ligga timme ut och timme in, och folk ska komma och titta och undersöka och [...] jag förmår mig inte, jag kan lägga mig, jag kände jag kan bara lägga mig ner och dö, jag vill inte.

Månaderna gick och Anna höll fast vid sin ståndpunkt. Hon gick i några samtal på Auroramottagningen på sjukhuset som specialiserat sig på samtal med förlossningsrädda kvinnor. Men hon förklarade för mig att hon mest gick dit för att hon uppfattade det som ett nödvändigt led i diskussionerna med läkarna. Hon sa att hon egentligen inte såg någon poäng i att bearbeta sina rädslor. Rädslorna fanns bara i relation till en vanlig förlossning och för henne var inte en vaginal förlossning ett självändamål. Om hon fick föda genom kejsarsnitt behövde hon ju inte vara rädd.

Och sen för att få kejsarsnitt om man har förlossningsrädsla så är man tvungen att gå till Auroragruppen [...]så då skulle jag gå till Auroragruppen och berätta varför jag ville ha kejsarsnitt och då hade jag

skrivit upp, jag hade skrivit fyra A4 för jag tänkte oh hjälp, och där skulle man bearbeta sin förlossningsrädsla som man kallade det ... och för mig var det inget att bearbeta, ge mig kejsarsnitt, jag hade ingenting att bearbeta, jag vill inte föda barn, jag vill ha kejsarsnitt. Man kan väl inte bearbeta någonting som man inte vill bearbeta ... eller? Om man är flygrädd och VILL flyga då kan man bearbeta flygrädslan men om man aldrig vill flyga i sitt liv då behöver man ju inte bearbeta den rädslan, eller?

Sara, 27 år, journalist, och förstföderska, har alltid längtat efter barn men hade långt före graviditeten varit övertygad om att hon inte ville gå igenom en vaginal förlossning. Redan som tonåring tänkte hon på kejsarsnitt som en lösning på sin rädsla. I förlossningen såg Sara en situation fylld av utsatthet, nakenhet och sårbarhet. Ovissheten kring när förlossningen skulle sätta igång bidrog till stressen.

Sen det där med att man ska slappna av, att vara en sån där frigjord typ, och det känner jag att det kan jag inte vara, och bara ligga där och krysta inför en massa personer, tänk om det kom en manlig barnmorska, jag skulle inte klara det, och man är så naken typ och har ingenting på sig, både naken rent i klädväg och i situationen.

Sara beskrev också hur hon var rädd för att det inte skulle finnas en läkare att tillgå när hon behövde det, hon var rädd för att spricka i underlivet. När vi träffades var Sara i vecka 33 och kände sig lugnare än på länge eftersom hon efter flera turer slutligen fått besked om att det skulle bli kejsarsnitt. Vägen dit hade varit krokig och hon beskrev förhandlingarna med sjukvården som en maktkamp där det föll på läkarnas lott att avgöra om hon var tillräckligt rädd för att kejsarsnitt skulle komma ifråga. Sara var kritisk till en del av läkarnas argument mot snitt och till att det tog så lång tid innan beslut fattades.

Ingela, 33 år, student, och omföderska ville ha ett planerat kejsarsnitt eftersom det var så hennes första förlossning gick till. Då låg barnet i sätetsbjudning och efter ett misslyckat vändningsförsök och en bedömning av Ingelas bäckenmått fattade man beslut om planerat kejsarsnitt.

Ingela beskrev kejsarsnittsförlossningen som en positiv upplevelse och något hon gärna skulle göra en gång till.

Snittet var en fin upplevelse, ja fin och fin, skönt, bekvämt. Det var häftigt. Det kändes som ett formel 1 lopp, från det att man kommer där med sin väska och skriver in sig. Alla var där, alla var färdiga. De visste sina grejer, man bara låg där och togs om hand. En höll på med det och en annan höll på nåt annat, alla visste vad dom skulle göra och så var det över på en halvtimme. Trygghet och effektivitet. Det var inte en massa lallande omkring, man kände sig omhändertagen, fullständigt.

Cecilia, 39 år, läkare, och omföderska födde sitt första barn för tre och ett halvt år sedan. Det var en vaginal förlossning och allt gick fint. Det fanns ingen oro och inga problem vare sig före eller efter. Sedan blev hon gravid med tvillingar som dog sent i graviditeten och när hon blev gravid för tredje gången så bad hon om ett planerat kejsarsnitt. För mig beskrev hon det som att det inte var smärtan eller den vaginala förlossningen som sådan hon var rädd för. Istället gällde hennes rädsla att det skulle hända något med barnet under förlossningen:

Nu är det mera det här att jag känner att med kejsarsnitt så skulle man minimera riskerna för barnet. Inte för mig och så där och medicinskt eller att jag är rädd för förlossningen eller att det ska göra ont eller så där. Utan det har varit mer kring det här att tänk om det händer nånting och tänk om vi skulle förlora det här barnet också, så det är mera så. Jag tycker *inte* att kejsarsnitt är den smidiga vägen ut ur nånting.

För Cecilia skulle ett beslut om ett planerat kejsarsnitt vara ett sätt att slippa oroa sig för att något skulle gå snett för barnet under förlossningen ”för det händer ju saker”. Desto närmare hon kom beräknad förlossningsdag ju mindre effekt skulle ett sådant beslut ha. När vi träffades var hon i vecka 35 och hade börjat ställa in sig på en vaginal förlossning eftersom

hennes läkare ville ”hålla frågan om kejsarsnitt öppen” medan det för henne kändes viktigare att få ett besked som hon kunde ställa in sig på.

Jag sa det till [Maria; barnmorskan], jag tror jag skiter i det för jag har ett behov av att planera och det var ju lite det som var meningen och då måste man bestämma sig och så måste man sätta sig ner och fokusera och säga nu blir det så här. Man kan inte hålla på och hatta och fnatta ända till nån en vecka innan. Det tycker inte jag känns alls bra utan jag måste bestämma mig och liksom mentalt förbereda mig. Nu blir det så här, nu gör vi så här.

När vi samtalade återkom Cecilia ett flertal gånger till sin känsla av att hon och läkaren ”talade om olika saker”. I min förståelse av hennes berättelse så fokuserade hon på risken att något skulle kunna hända medan läkaren fokuserade på att det saknades medicinska indikationer och att Cecilia inte kände tillit till sin förmåga att föda. Cecilia å sin sida upprepade flera gånger under vårt samtal att det inte handlade om att hon inte trodde att hon kunde föda utan om en oro för att något skulle kunna gå snett och att hon mentalt inte orkade med fler olyckor.

Maria, 33 år, journalist, och förstföderska skiljer sig från de andra kvinnorna genom att hon aldrig frågade efter kejsarsnitt. Hon berättade hur hon under en period funderade mycket och oroade sig för risken att råka ut för skador i underlivet. Hon funderade också över om och i så fall hur en vaginal förlossning skulle kunna påverka sexlivet i framtiden. Hon funderade över kejsarsnitt som ett alternativ och varför vaginal förlossning egentligen är så självklart. Samtidigt betraktade hon sina funderingar som för banala att ta upp med barnmorskan. Maria tog upp forskning hon sett refereras till i dagspressen. Studier som handlade om förlossningsskador som exempelvis analinkontinens:

MARIA: Analinkontinens, kvinnor söker inte hjälp, känsligt att prata om det, typiskt att det inte lyfts fram. Det ska vara naturligt och man ska utstå. Fast smärtan var jag inte så rädd för utan det var mer konsekvenserna, att man kan spricka upp jättemycket, kanske förlora känslan, att det fysiskt inte ska kännas bra att ha sex. Det kändes så ba-

nalt att tänka i såna banor när det handlar om nåt så stort som att föda fram ett nytt liv. Får man va så banal då att man tänker på att man kanske kan få sitt sexliv förstört?

BIRGITTA: Varför banalt?

MARIA: Det skulle vara så underordnat det stora i att man just ger liv. Att man föder fram ett nytt liv. Varför ska man då tänka på såna konsekvenser? Kanske hade det känts lättare om jag hade haft en panisk skräck för smärtan. [...] Att man e rädd för att det ska göra ont kan man ju säga till vem som helst, men sexlivet är ju mer privat.

## KEJSARSNITT PÅ NÄTET

[...]På MVC får jag inte komma till förberedelsen för förlossningen då jag ska göra snitt ... så jag blir så ensam ... har försökt få kontakt med andra som gjort eller ska göra planerade snitt men har inte hittat någon ... MVC eller Aurora hjälper mig inte... Det enda forum jag hittar där jag kan hitta likasinnade är här.[...]

Signaturen Mycket ledsen [ föräldraNätet/snack/kejsarsnitt 2000-05-22]

Planerat snitt? Hejsan, jag väntar första barnet och har fått beviljat snitt pga ”humanitära skäl” som det så fint kallas när man vägrar föda normalt. Jag har alltid sagt att snitt ska det vara annars vill jag inte. Skulle vilja få kontakt med snittade eller som ska. [...] Kramar Helena [föräldraNätet/snack/kejsarsnitt 1999-05-31]

Kvinnor som på olika sätt har önskemål om eller erfarenhet av kejsarsnitt finns inte som en grupp i samhället. Det kan vara nog så svårt för en gravid kvinna att hitta någon i närområdet som är gravid samtidigt som hon själv och ofta sker möten först genom mödravårdens försorg. Det kan vara ännu svårare att finna någon medsyster med liknande erfarenheter och önskemål som man själv, särskilt om dessa avviker från normen för hur födandet ska gå till. Snackgruppen Kejsarsnitt på *föräldraNätet*

erbjöd möjligheten att träffa människor som befann sig i en liknande situation.

### **Shit, shit, shit!**

Åh, vad jag ångrar mig! Har "gått med" på vaginal förlossning, trots att jag aldrig skulle bli gravid igen, om jag inte var säker på att få kejsarsnitt. När jag snart kommer komma till förlossningen igen kommer jag störtgrina, är helt övertygad, börjar gråta nu, bara av att tänka på det.

Min förlossning och lång tid efter var ett h-e, och jag klarar inte av det igen! Nu "tror" läkaren att det inte kommer bli likadant, men han kunde ju inte garantera...

Jag var ju så nära, hade gråtit mig igenom nästan 10 samtal med psykiolog, bm, aurora och specialistläkare. Och hade blivit lovad kejsarsnitt, när jag i ett dumt ögonblick på 2 sekunder säger ok då, jag föder vaginalt, hur dum kan jag vara????????\*gråter\*

SKIT också, (förlåt uttrycket) – Jag vill inte!!!!!!!!!!!!!! Var bara tvungen att skriva av mig lite, *Hej då!*"

[Ledsen/ föräldraNätet/snack/kejsarsnitt 2000-08-17]

### **Lider med dig...Svar på: Shit, shit, shit!**

Du måste prata med dem igen. Är rädd för att jag kommer att hamna i samma situation som dig en dag.

Fick en pojke i mars, akut snitt efter 30tim. Vill ju ha fler barn. Går ofta in hit och läser och det har hjälpt mig att komma över den hemska upplevelsen. I början grät jag bara jag tänkte på det.

Ska få mitt bäcken mätt i nästa månad.

De säger att jag troligen ska kunna genomföra en "vanlig" förlossning."

[föräldraNätet/snack/kejsarsnitt 2000-08-17]

Genom att skriva och läsa inlägg kan kvinnor undersöka och hantera oro och besvikelser utifrån en rad olika synsätt. De kan prova olika avvikande åsikter och perspektiv som kan vara svåra att ge röst åt på mödravården eller i andra nära sammanhang. Genom att kommunicera med andra

kvinnor så får kvinnorna inte bara tillgång till hur andra kvinnor resonerar utan de kan också få en inblick i andras erfarenheter av hur barnmorskor och läkare förhåller sig till och hanterar förfrågningar om kejsarsnitt. En kvinna hade en baby som låg i säte och frågade om någon annan varit i samma situation. Hon fick flera svar och ett av dessa återfinns direkt efter kvinnans inlägg:

**Kan man bli vägrad planerat snitt, OM...**

Ska snittas för att bebisen ligger i säte (trångt bäckenmått). Nu är jag så inställd på det att jag nästan är rädd för att bebisen ska vända sig rätt i sista sekunden. Känns oerhört jobbigt att behöva ställa om sig igen. Det har ju trots allt varit en rätt lång process.

Min BM säger att sjukhuset inte vill snitta om bebisen hinner vända sig rätt innan dagen D. På ett sätt förstår jag, men det känns ändå jobbigt att inte veta förrän precis innan operationen. Har någon varit i denna situation? Vad fick ni för information?"

[föräldraNätet/snack/kejsarsnitt 2000-07-13]

**"Så här sa läkaren till oss. Svar på: Kan man bli vägrad planerat snitt, OM...**

Var med om samma sak som du för ungefär ett år sedan. Vi var på inskrivning en fredag och snittet skulle bli på måndagen. Då sa läkaren att även om bebin hann vända sig så skulle jag få snitt just pga den stora psykiska omställningen. Hoppas allt går bra. Lycka till!!

[föräldraNätet/snack/kejsarsnitt 2000-07-16]

## KEJSARSNITT SOM RISKHANTERING

Kejsarsnitt!! Lättnad, nu tänker jag inte mer på det. Jag ska ha kejsarsnitt. De får säga vad de vill tänkte jag, och även om jag inte får det [kejsarsnitt] så vill jag åtminstone tro det för att slippa att gå här och vara hysterisk.

[Anna]

En gemensam nämnare för de kejsarsnittsintresserade kvinnor jag varit i kontakt med eller vars berättelser jag tagit del av var att de såg kejsarsnitt som en möjlighet att kontrollera och hantera den oförutsägbarhet och de osäkerheter som följer med en vaginal förlossning. Man kan aldrig veta när en förlossning kommer att sätta igång. Det går inte heller att förutse hur den vaginala förlossningen kommer att gestalta sig. Kommer den att gå snabbt eller ta lång tid? Hur kommer man som födande kvinna att hantera smärtan och den påfrestning som ett värkarbete och en förlossning innebär? Hur kommer det att gå för barnet?<sup>87</sup> Kvinnorna skiljde sig ifrån varandra i vilka aspekter av oförutsägbarhet de betonade. Anna beskrev i våra samtal hur hon såg förlossningen som en situation då hon, omgiven av främlingar riskerade att förlora kontrollen över både sig själv och situationen.

Läste att man kan bli primitiv och bara ligga och skrika saker på grund av ångest. Jag vill inte riskera att få ångest som gör att jag skriker saker utan att veta vad jag gör.

Sara beskrev en liknande ångest inför tanken på en förlossning.

Det är inte smärtan. För jag är inte smärträdd på det sättet, för jag kommer att ha ont efter snittet ju. Det jag är rädd för är paniksituationen, det okontrollerbara, att det blir panik, att jag ska tappa kontrollen.

Vid ett planerat kejsarsnitt bestäms såväl plats, dag och tidpunkt för när barnet ska komma till världen. Motsatsen som finns i att inte veta när barnet ska komma kan upplevas som pressande. Ingela tog i ett av våra samtal upp att för andra personer kan osäkerhet upplevas som stimulerande men att för henne själv var det negativt att inte känna kontroll.

BIRGITTA: Varför är det jobbigt att gå å vänta?

INGELA: Viss osäkerhet i det, man har ingen kontroll, vissa kan tycka det är spännande, kick, men jag tycker inte det, bara tanken att gå över tiden, att bli större och tyngre.

Sara och Anna uppehöll sig också i samtalen vid det faktum att man inte kan veta när en förlossning ska sätta igång.

SARA: Jag tycker också det hemska är att gå och vänta, tänk om jag skulle föda när som helst [...] tänk om vattnet går här, såna där tankar, de är man ju rädd för när det är första barnet, andra barnet är man kanske, om jag skulle föda vanligt alltså, andra barnet då är man väl coolare, men såna grejer är jag rädd för också, att det liksom, det är ju också det där med kontrollbehovet, jag står inte ut med att det kan hända när som helst.

ANNA: ...och sen som jag sagt till dig förut så är jag barn av min tid och jag gillar det här med filofaxen, skriva in ett datum, jag stördes av den här tanken att gå och inte veta när [...]Nej men jag vill kunna skriva in i almanackan, jag vill ha min filofax, 7 april, 13.45, få barn!

Under ett av samtalen med Ingela, som redan fött ett barn med kejsarsnitt, berättade jag hur jag upplevde att gå 15 dagar över tiden när jag själv var gravid och hur jag kände mig fånig som hade svårt för att leva med osäkerheten. Jag funderade högt i lite civilisationskritiska banor kring varför det är så viktigt att ha kontroll och kunna planera sitt liv. Ingela replikerade med att ”vissa kan tycka det är spännande att inte veta” men att hon själv ”skulle bli helt handlingsförlamad”:

INGELA: Det handlar om att man vill ha kontroll över situationen, eller hur? Det genomsyrar ju hela samhället idag. Att ha kontroll över tiden. Att vara effektiv.

BIRGITTA: Det var något ögonblick där jag kände mig som en dålig kvinna som inte kunde bejaka det där.

INGELA: Ja, men vaddå? Så är det bara. Samhället fungerar inte så att man bara lalla omkring, utan man vill ju kunna effektivisera sin tid. Så är det bara.

Ingela ifrågasatte mitt påstående om att man är en dålig kvinna om man inte kan bejaka osäkerheten och acceptera reproduktionens villkor. Hon tog som flera av de andra kvinnorna upp att tiderna förändras och att det

kanske fanns något rationellt i att anpassa sig efter tidens villkor. I massmediadebatten beskrevs ibland kvinnor som "filofaxstyrda kontrollfröknar i storstaden" och att orsaken till att en del kvinnor ville ha kejsarsnitt skulle vara att de var så upptagna med sin karriär att de behövde organisera sitt födande till en lucka i den annars så välfyllda agendan.<sup>88</sup> Men i förhållande till de kvinnor jag samtalat med ställer jag mig frågande till att kontrollbehovet bara handlar om att kunna planera och organisera sitt liv på ett effektivt sätt. När jag ställde frågor kring detta formades också en bild av ett kontrollbehov av mer existentiell än praktisk karaktär. Min tolkning är snarare att filofaxen är en modern symbol för kontroll och att strategin att planera förlossningen till ett specifikt datum inte enbart, om alls, är ett tecken på att kvinnor har mycket att göra.

BIRGITTA: Du berättade att du har ett seminarium samma dag som det [förlossningen] är beräknat till.

INGELA: Det får gå som det går. Om det blir planerat snitt då kan jag kanske till och med vara med. Andra extremen är att det inte blir snitt och då... [ohörbart] Men vadå, så krisigt känner jag inte att det är.

BIRGITTA: Det är skönt att veta när det blir men det har alltså inte med din konkreta planering av studierna [att göra] och så?

INGELA: Nej nej nej Så tajt planering har jag inte!

BIRGITTA: Det är på en annan nivå?

INGELA: Ja det är inte så där med filofaxen. Att livet är så där jättestrukturerat. Det är väl bara osäkerheten att gå omkring och inte veta. Och vore det så att jag kanske inte upplevt ett planerat snitt och inte hade [bäcken-] måtten så hade det kanske inte varit en grej. Då hade man kanske bara accepterat det som det är. OK det får bli när det blir. Men om man har haft en positiv upplevelse, och måtten, då känns inte en vanlig förlossning som ett alternativ.

Sara resonerar likadant när jag frågar henne om hon vill ha ett datum för att hon har mycket att göra: "Nej, det är det att det kan hända när som helst. Jag vill veta när det händer. Jag får panik annars. Tänk om det skulle hända ute på stan."

Ingela menade att det kändes bra att veta när förlossningen skulle ske men att den känslan inte hade en direkt koppling till att hon levde under tidspress och måste detaljplanera sitt vardagsliv. Med ett planerat kejsarsnitt kunde hon få en känsla av kontroll som inte gick att få vid en vanlig förlossning. Samtidigt, sade hon att hon kanske inte funderat på kejsarsnitt som en lösning om inte hon redan en gång gått igenom ett kejsarsnitt: ”då hade man kanske bara accepterat det som det är”.

Kontrolltemat gick även igen i de andra samtalen. Sara beskrev exempelvis sig själv som ”en extrem kontrollmänniska”. Men det var också relaterat till att hon som frilansande journalist hade en livssituation med arbetsvillkor som kanske inte var helt förenlig med att ”släppa taget”.

BIRGITTA: Känner du så i ditt dagliga liv att kontroll är viktigt?

SARA: För mig är det absolut så. [...] Ett av de största skälen till att jag vill ha snitt det är ju kontrollbehovet. Jag är en extrem kontrollmänniska. Det är ju det. Jag vill ha inskrivet i min almanacka när barnet kommer och jag ska fortsätta jobba. Jag pallar inte riktigt med att vara mammaledig från mitt jobb. Jag är inte fast anställd utan frilans och det har ju med kontrollbehovet att göra också att jag inte vågar släppa taget nånstans. Det är ju kanske det man förväntas göra när man förväntas föda vaginalt och sen vara mammaledig.

Sara förhöll sig precis som Ingela till en förväntning eller en norm för hur graviditet och födande borde hanteras. Förväntningen utgjorde en motsats till kontroll; att nu gällde det att våga ”släppa taget”, bejaka födan- det och se osäkerheten som något spännande eller stimulerande (”en kick”). Dilemmat för många av de kvinnor jag talade med var att förväntningar- na eller normen var svårförenlig och ibland rent av kontraproduktiv i förhållande till såväl deras liv i övrigt som deras förväntningar på födan- det. Det är idag en realitet att graviditet kan leda till diskriminering på arbetsplatsen, föräldraledighet kan innebära att man halkar efter i ar- betslivet såväl lönemässigt som karriärmässigt. Men det handlade inte bara om praktiska spörsmål utan var också en fråga om ett existentiellt perspektivskifte som kanske inte var så självklart och enkelt eftersom graviditet och födande inte äger rum i ett vakuum. Dagens barnaföder-

skor har fostrats in i ett samhällssystem där planering och effektivitet är A och O och där det har blivit allt viktigare att vara om sig och kring sig för att få ta del av samhällets resurser. Önskemålet om kontroll och riskminimering var inte specifikt för kvinnorna som fick komma till tals i detta avsnitt. Behovet av att känna kontroll var ett återkommande tema även i de andra delarna av mitt material. Skillnaden är att kvinnorna som kommer till tals här såg kejsarsnitt som en lösning på behovet av att känna kontroll. I kapitel 6 återkommer jag med en mer generell diskussion kring behovet av kontroll i samband med graviditet och födande.

Det finns många berättelser om förlossningar som har gått snett bland väninnor, i media, och på Internet. Det kan hända negativa saker i samband med en förlossning. Samtidigt är sannolikheten att förlossningen ska sluta olyckligt väldigt liten idag jämfört med hur det har varit och hur det fortfarande är på andra håll i världen. Det finns emellertid en skillnad mellan epidemiologens perspektiv och den blivande mammans perspektiv. En blivande mamma kan ju vara den som drabbas även om risken är mycket liten. Cecilia:

Om jag stod med facit på hand och allting var klart och förlossningen var över och det hade gått bra, då tycker jag också att en vaginal förlossning är bäst, för då ska jag åka hem direkt efter dom där 8 timmarna eller 6 timmar man måste vara kvar det har jag redan bestämt, men sen så dyker det här upp igen som är det här irrationella på nåt vis tänkandet men tänk om (suckar).

Cecilia beskrev sig själv som irrationell som fokuserade på det negativa som kunde hända när sannolikheten att något skulle hända egentligen var liten. Hon gjorde det i relation till läkaren som hon förhandlade med. Hon beskrev i vårt samtal sin känsla av att hon och läkaren hela tiden talade om olika saker. Läkaren var fokuserad på avsaknaden av medicinska indikationer för snitt, att Cecilia var frisk och dessutom redan hade fött ett barn vaginalt. Cecilia brottades med oro för att något skulle hända och tanken på, som hon uttryckte det, att det trots allt var hon och inte läkaren som kanske skulle behöva åka hem med ett skadat barn.

I diskussioner om kvinnor som vill ha kejsarsnitt brukar bristen på

tillit till förmågan att föda lyftas fram. Något som jag fann påtagligt i mina samtal med kvinnor och i diskussioner på Internet var att bristen på tillit snarare gällde förlossningsvården, något som kanske också accentuerats av besparingar, läkar- och barnmorskebrist. Sara:

Jag litar inte på att de ska finnas läkare där när jag behöver dom[...] Det är jag rädd för, man läser faktiskt ganska mycket i tidningarna om barn som dör för läkarna var nån annanstans. Och det är jag jätterädd för att det ska hända mig, det skulle kunna hända mig.

Kejsarsnitt på icke-medicinska grunder är ifrågasatt i Sverige av såväl läkare, barnmorskor som lekmän. En vanlig invändning som kvinnor som bad om snitt var tvungna att förhålla sig till var att även kejsarsnitt var förknippade med risker. När diskussioner uppstod i media och på *föräldra-Nätet* beskrevs ibland kvinnor som vill ha kejsarsnitt som okunniga om risker och därför oansvariga. När man blir ifrågasatt blir man tvungen att reflektera över, ompröva eller slipa sina argument. De personer jag varit i kontakt med genom studien och privat var alla medvetna om att kejsarsnitt är en stor bukoperation och att även kejsarsnitt innebär smärta och risker. Och ändå vill de ha snitt. Cecilia:

Och det vet jag att efter ett kejsarsnitt som är en operation i magen, är det inte sådär jätteskönt. Det gör ont och man måste äta värktabletter och man kan inte röra sig och det kan vara andra komplikationer efteråt och sådär men det skulle inte göra nånting.

I samtalen jag fört med olika kvinnor blev det snabbt tydligt att det var svårt att tala om risker generellt. Som jag redan varit inne på så fokuserade kvinnorna på olika risker som i sin tur var svåra att jämföra med varandra. Sara sa:

Jag ser det som att jag ska göra en bukoperation och sånt gör ju folk [...]Jag är rädd för att det ska gå snett för barnet [om jag föder vaginalt].

Ur lekmanperspektiv kan sjukvårdens olika budskap uppfattas som motsägelsefullt: i relation till kejsarsnitt definieras en vaginal förlossning som bra och riskfri jämfört med ett kejsarsnitt. Samtidigt är en vaginal förlossning alldeles för riskfylld för att äga rum i ett hem. En vaginal förlossning bör med andra ord ske på ett sjukhus med tillgång till medicinsk expertis och teknik som exempelvis kejsarsnitt, eftersom allvarliga komplikationer kan uppstå. Kejsarsnitt är en teknik med vilken läkarna kan rädda liv och undvika risker. Sara:

Jag har alltid haft en teori om att snitt är det säkraste, när det krisar tar de ju ut barnet med snitt och det går bra.

Risker är vidare abstraktioner som har sin bas i epidemiologisk statistik och det finns en viktig skillnad mellan ett individuellt perspektiv och ett epidemiologiskt. En kvinna kan känna sig tryggare med ett kejsarsnitt samtidigt som en läkare kan se statistiska fördelar med en vaginal förlossning. Kvinnan uppmärksammar vad som kan hända medan läkaren fokuserar på att sannolikheten är liten att något ska hända. Som jag påpekat tidigare är risker subjektiva och hur vi upplever en risk är knutet till såväl kulturella normer och värderingar som till varje kvinnas unika situation och historia. För Ingela bildade den tidigare och positiva erfarenheten av ett planerat kejsarsnitt referensramen till vad hon upplevde som tryggt även om hon också beskrev hur blodtrycket sjönk rejält och att hon blev rädd.

BIRGITTA: Igår sa du något om att väga risker mot varandra, du är ju helt medveten om [riskerna med snitt].

INGELA: Allting är relativt, den stora risken är ju förlossningen.

BIRGITTA: Du har lyft fram flera olika skäl till snitt. Är det så att du uppfattar ett planerat snitt som säkrare än en vaginal förlossning?

INGELA: Delvis, men inte bara det, snitt är ett större ingrepp än en vaginal förlossning, men om det är planerat så känns det tryggare än en vaginal förlossning då nånting kan gå snett och leda till ett akut snitt och att det är utdraget och förknippat med smärta, ingen uppbackning. Jag kanske gör en större risktagning i att välja planerat snitt jämfört

med en vaginal förlossning som går fullständigt problemfritt, men är benägen att önska planerat snitt i alla fall.

BIRGITTA: För att det känns mer riskfritt?

INGELA: Ja, just att man har viss uppbackning, viss trygghet, det är inplanerat och beräknat, man har en viss kontroll över situationen.

BIRGITTA: För dig är alltså akutsnitt en möjlig utgång, ett konkret hot?

INGELA: Med mina bäckenmått känner jag mer att, visst en ökad oro, men även innan jag visste det så kände jag att jag vill ha ett planerat snitt, information om de inre måtten är mer något som jag kan använda och backa upp min önskan med, så även om ett planerat snitt är riskfyllt så känns det konstigt nog tryggare ändå.

[...]

BIRGITTA: Var du aldrig rädd [vid det första kejsarsnittet]?

INGELA: Oh..jo..en operationsal är ju en operationssal. Men de visste vad de höll på med. Det hade en avslappnande effekt.

BIRGITTA: Vad var du rädd för?

INGELA: Bara att de är inne i min kropp. Blod, slangar. Går det fel kan konsekvenserna bli allvarliga. De går igenom flera lager. Vet inte egentligen, måste gå fort, livmodern drar ihop sig. När det var över och dom visat mig henne så sjönk mitt blodtryck rejält, blev jag rädd ... rejält. Kunde knappast andas. Jäkligt rädd. Fick känna på att det inte är att leka med. Men de fixade till allt.

Anna uppfattade betoningen av riskerna med kejsarsnitt som överdrivna och att talet om risker inte bara handlade om risker utan mer var en slags fasad bakom vilken andra mer ”grumliga” skäl till att inte erbjuda kvinnor planerade kejsarsnitt doldes. Hon jämförde med operationer hon varit med om tidigare och undrade varför man inte talade om riskerna då. Efter en trafikolycka gick hon igenom en hel serie av operationer och det hela avslutades med en plastikkirurgisk korrektion av nyckelbenet. Anna menade att det aldrig var någon som diskuterade riskerna med plastikkirurgen, vilket i hennes ögon hade varit minst lika relevant som att diskutera riskerna med ett kejsarsnitt. För Anna var kejsarsnitt viktigare än att få en kosmetisk korrigerings av ett skadat nyckelben. Sara jämförde med riskerna som finns med en vaginal förlossning och konstaterade att:

Det kan ju gå dåligt när man föder vanligt också. [Jag är] övertygad om att jag inte kommer att klara av det och att det kommer att sluta med katastrofsnitt.<sup>89</sup> Det verkar värre, skulle bli besviken. Skulle kännas som ett övergrepp.

Cecilia var inne på samma linje även om hon var fokuserad på andra risker som att barnet i samband med en vaginal förlossning kunde drabbas av syrebrist. Hon påpekade dessutom att kejsarsnitt som är planerade är relativt riskfria för barnet och ”den risken som finns för mig är jag beredd att ta”. Cecilia arbetade som anestesiläkare hade en professionell inblick i vad hon var på väg in i:

Jag har varit med på förlossningar, sätesförlossningar och lagt ryggbedövningar. Jag har varit med på kejsarsnitt och lagt ryggbedövningar och stått och hållit kvinnorna i handen: Jag vet precis hur det är, både före och efter och jag tycker *inte* att kejsarsnitt är den smidiga vägen ut ur nånting. Utan det är mer min riskbedömning för barnet. Jag har varit med om många kejsarsnitt, både akuta och katastrofkejsarsnitt och där barnen har dött och det har varit precis de här situationerna jag vill undvika. Bort med dom. Men klockan 8 en måndagmorgon på ett planerat kejsarsnitt med ett friskt barn så händer det ju ingenting. Det värsta jag varit med om är att man fått sätta plåster på ungens huvud för att man kommit åt och rispa lite med kniven och det kan jag ta.

## ”FÖRLUSTEN” AV DEN VAGINALA FÖRLOSSNINGEN

Etnologen Susanne Nylund Skog (2002) skriver i sin avhandling hur vissa förlossningar beskrivs som mer ”rätta” och ”lyckade” än andra och hur kvinnor som inte uppfyller idealet beskriver sig själva som besvikna och ibland till och med misslyckade. Detta är något jag också känner igen i det material jag samlat in. Tankar kring besvikelser och ”misslyckanden” speglas i Snackinlägg på *föräldraNätet* av kvinnor som påbörjat en vagi-

nal förlossning som sedan avslutats med akut kejsarsnitt. Flera av dessa kvinnor ger uttryck för känslor av sorg, besvikelse och över att ha ”misslyckats” och över att det inte blev som de hade tänkt sig. En kvinna på *föräldraNätet* uttryckte det som att hon blivit diskad på mållinjen:

**Akutsnitt är som att bli diskad på mållinjen i OS...**

Man har kämpat för att ta sig dit, men sedan fick man inte vara med... Och jag mår fortfarande uselt efter mitt senaste akutsnitt. De räddade mitt barn, men dödade mig inombords.

[föräldraNätet/snack/kejsarsnitt 2000-11-13]

Men för andra kvinnor var, som jag redan varit inne på, en vanlig förlossning inget ideal i sig. Ofta formulerades denna tanke som en slags avvikelser i förhållande till hur ”andra” såg på saken. En kvinna svarade så här på inlägget ovan:

**Fattar inte? Svar på: Akutsnitt är som att bli diskad på mållinjen i OS**

Hej, jag har själv gjort ett akut snitt och fattar ingenting när andra skriver att det känns hemskt, det kanske beror på att jag inte hade några förväntningar innan, på själva förlossningen. Jag var så underbart glad över att få ett friskt barn. Eller kanske beror det på operationspersonalen? Själv blir jag arg när folk tycker synd om mig som inte fått en normal förlossning och som tror att alla skulle ha svårare att knyta an till sitt barn bara för att den kommit ut ”fel” väg. Själv tror jag att det är många o-snittade som också mår dåligt efter att nånting inte blev som dom tänkt sig under förlossningen. Till min fråga, vad är det som känns hemskt? Går det att peka ut en specifik sak eller är det hela situationen? Var du sövd eller?”

[Ok trots akut snitt föräldraNätet/snack/kejsarsnitt 2000-11-13]

Det fanns också många exempel på inlägg där det förutsattes att kvinnor kände sig som mindre mamma och kvinna på grund av att de blivit snittade. Det speglades bland annat i sätten de tröstade varandra på:

**Du får tänka på att "målet" var ditt barn. Svar på: Akutsnitt är som att bli diskad på mållinjen i OS**

Du blir ALDRIG mindre mamma pga hur du föder fram ditt barn.

Du blir ALDRIG mindre kvinna för att du har blivit snittad.

Ditt barn blir ALDRIG mindre underbart för att du snittades.

Du kommer ALDRIG bli mindre hyllad och älskad.

Jag förstår mycket väl att du är ledsen och besviken. Och det är känslor som är jobbiga och tar tid att komma över.

Men, lilla vän, Ditt barn lever. DU lever och ingenting borde skugga det. Och med tiden kommer du också lägga din förlossning bakom dig.

\*kramar\*

[föräldraNätet/snack/kejsarsnitt 2000-11-15]

Ibland formulerades "avvikelsen" direkt i relation till en specifik person eller utsaga som exempelvis när Cecilia förhöll sig till den läkare som hon diskuterade sitt önskemål om planerat kejsarsnitt med. Han upprepade, enligt Cecilia, flera gånger att han var helt säker på att Cecilia skulle klara av en vaginal förlossning.

Nu handlade det enligt Cecilia själv inte om att hon inte trodde att hon kunde föda vaginalt utan om att hon inte ville. "Jag vet att jag kan föda. Jag har ju redan gjort det. Jag behöver inte bevisa något. Att inte föda är inget nederlag för mig". Hur förlossningen skulle gå till saknade betydelse för henne: Det var "inget nederlag" för henne att föda genom planerat kejsarsnitt. Det viktiga var, menade Cecilia, att det gick bra för barnet. I ett av samtalen med Ingela kom vi in på samma ämne men den här gången var det delvis på mitt initiativ eftersom jag frågade om hon blev besviken förra gången hon var gravid och det beslutades om kejsarsnitt:

BIRGITTA: Då blev det planerat snitt. Hur tyckte du det var?

INGELA: Att få beskedet, eller själva snittet?

BIRGITTA: Du kan börja där med beskedet.

INGELA: Jag tyckte det var jättebra. Ja jag var, vad heter det, relieved. Det

var skönt. Jag var redan medveten om att det var ett alternativ. Vi hade pratat om det, när vi hade konstaterat att det fortfarande var säte och sen så skulle vi upp och kolla om det gick och vända då och då tog vi bäckenmåtten samtidigt. Redan i diskussionen när jag träffade läkaren däruppe och vi inte gjorde ett vändningsförsök [Ingela gjorde även ett besök före vändningsförsöket] så tog han fram kalendern och vi planerade in ett snitt med honom redan då, ja om jag minns det rätt, när var det? I vecka 34 då, det var kanske en månad innan.

BIRGITTA: Så du kände mest positiva känslor inför snittet?

INGELA: Ja.

BIRGITTA: Och då var känslorna mest lättnad då, sa du?

INGELA: Ja.

BIRGITTA: Du var inte besviken över att inte föda naturligt?

INGELA: Nej nej nej, o nej. Jag hade inte alls en sådan inställning till förlossning. Att det skulle vara nån stor upplevelse och att jag hade förberett mig på hur jag skulle gå igenom det och allt sånt där. Det var bara skönt att slippa ta itu med de.

BIRGITTA: Det är ju många som går in för det också.

INGELA: Som går in för förlossningen, ja, jo, exakt.

BIRGITTA: Har du tänkt något på det, eller har det aldrig varit aktuellt för dig?

INGELA: Jag har väl inte tänkt på det jättemycket. Men visst har man tänkt på det. Men, jag är lite förvånad över det. Jag är inte sån [kvinna] (skratt). Jag menar, hur kvinnor tycker att det är världens grej och verkligen går in för det och planerar och dom ska göra det så naturligt som möjligt och allt sånt där. Och visst jag hade ju läst in mig lite grann och hade koll på vilken typ av bedövning jag ville ha om det blev aktuellt och sånt där, så att jag inte skulle stå där, och var fullständigt tom i situationen. Men jag menar mer än så la jag inte ner på det. Men jag har förstått, man läser ju, att folk verkligen går in för det och planerar och tycker det är världens grej och just att det ska vara så naturligt som möjligt.

Ingela beskrev sig som en person som inte hade ”en sådan inställning till

förlossning som [...] att det är en stor upplevelse” och något man borde förbereda sig på. Hon sade, ”jag är inte så kvinna som vill göra det så naturligt som möjligt”. Cecilia betonade att kejsarsnitt *inte* var ett *nederlag* i hennes värld. De förhöll sig båda till en norm om så kallat naturligt födande. Den ideala förlossningen är för många kvinnor ”så naturlig som möjligt”, det vill säga med så lite farmakologisk smärtlindring och med så få medicinska ingrepp som möjligt (jmf Nylund Skog 2002). Som jag redan beskrivit kan det leda till besvikelse och känslor av förlust om förlossningen inte blir som man hade tänkt sig utan kanske avslutas med exempelvis sugklocka eller kejsarsnitt. Men för en del kvinnor var förväntningarna på förlossningen annorlunda och dessutom ifrågasatte några av dem explicit att naturligt alltid var bra eller rätt.<sup>90</sup> Sara höll med mig när jag tog upp argumentet att en vaginal förlossning var naturligare än kejsarsnitt. Men hon frågade också *varför* hon måste föda vaginalt när det fanns alternativa sätt:

BIRGITTA: Andra argument mot snitt är att det inte är naturligt. Att det är naturligare att föda vanligt.

SARA: Jag är emot allt som ska vara naturligt. Det är så jag känner bara. Det kan väl i och för sig stämma [att det är naturligt]. För länge sen naturligtvis, när kejsarsnitt inte fanns, då var ju barnet tvunget att komma ut så. Men nu när det finns operationer så kan man ju operera. Så ser jag det. Det är liksom modern tid, det är modernt nu, då tycker jag vi ska förändra oss. Jag tycker inte vi ska bete oss som man gjorde för väldigt länge sen om du förstår vad menar?

Cecilia var inne på samma linje och menade att det kan vara naivt och cyniskt att inte använda tillgängliga resurser. Hon påpekade att det finns en relation mellan hur vi tänker och de resurser som står till buds:

Vi är en produkt av det samhälle vi lever i. Det är naivt att förneka och använda det som står till buds. Vi kan inte tänka att vi ska leva här och nu och inte använda de resurser som finns. Vi räddar barn som föds så tidigt som vecka 23. Det skulle ju vara cyniskt att säga att det inte är naturligt att rädda dem.

Anna beskrev sig själv som ett barn av sin tid i det att hon såg kejsarsnitt som en bra lösning. Hon ifrågasatte också talet om ”att allt ska vara naturligt”. Vad är det, undrade hon, som gör födandet så speciellt och till ett undantag när det gäller teknikanvändning? Hon frågade sig varför vi inte skulle använda tekniken när den fanns?

ANNA: Förlossning, allt är så stort, och om det nu finns ett alternativ som heter kejsarsnitt och det är [år] tjugohundra, att det ska vara så svårt att få det, det är så gammalmodigt ibland, skulle inte förvåna mig om de skär fulare i mig för att hämnas för att jag inte vill föda, nej det var fånigt, bara en dum känsla.

BIRGITTA: vad de hävdar är väl att det är ett naturligare förlopp med en vaginal förlossning, kejsarsnitt är ju ett medicinskt ingrepp, hur tänker du kring det?

ANNA: Jo det har jag funderat mycket på, för att jag har blivit så upprörd över alla som pratar om naturliga saker, att dom ska vara så naturliga när det är år 2000, vad är det som är naturligt tänker jag, vi köper små mjölkpaket, inslagna och pastöriserade, ja men helt plötsligt, vissa saker ska vara naturliga, det ska vara naturligt att föda normalt och det ska vara naturligt att amma, men resten av världen, det finns ju ingenting som är naturligt, vi åker hiss upp till fjärde våningen, och tar bilen till jobbet och där sätter vi på en dator och sen helt plötsligt så ska det vara naturligt..., ur hela den här världen vi lever i, så ska amning och förlossning vara naturligt och då, nä, det passar inte alls mig med nåt naturlig, jag är nog helt onaturlig av mig tror jag, [skratt] nä men jag känner det, jag känner så här, jag skulle kunna lyfta mig, jag skulle kunna operera bröstet jag skulle kunna göra saker, jag behöver inte va naturlig, det är inget för mig.

I diskussioner om värdet av den vaginala förlossningen på *föräldraNätets* snack om kejsarsnitt förekom ibland att kvinnor skilde mellan ”oss och dem”. ”Vi” var kvinnor som fött genom kejsarsnitt, så kallade ”*kejsarinnor*” och ”de” var kvinnor med erfarenhet av vaginal förlossning, så kallade ”*vaginalare*”.

### **Lätt undan Svar på: Tiden efter snittet**

Jag fick också höra att jag kom lätt undan efter mitt snitt. Alla i föräldragruppen pratade om sina förlossningar och nonchalerade mitt snitt, jag var inte en av dem. I ett snitt är smärtor och bekymmer värre efteråt, vid en vaginalförlossning före. Jag tycker inte vi "valde det lätta sättet".

[föräldraNätet/snack/kejsarsnitt 1999-10-04]

Kvinnor som genomgår kejsarsnitt avviker frivilligt eller ofrivilligt från normen om den naturliga förlossningen. Kvinnor som ofrivilligt genomgår ett kejsarsnitt kan diskutera sin förlossning i relation till ett ideal som de själva omfattar. De kan också känna sig ifrågasatta av sin omgivning. Kvinnorna som bad om planerat kejsarsnitt utan att det fanns några medicinska indikationer såg det inte själva som ett problem att de "hoppade över" den vaginala förlossningen men beskrev hur de upplevde att de blev ifrågasatta av andra. Kvinnor som bad om kejsarsnitt ifrågasatte däremot indirekt meningen med den vaginala förlossningen och det var inte friktionsfritt att föra fram perspektiv som på olika sätt ifrågasatte det självklara med en naturlig, vaginal förlossning. Det framgick av såväl massmediadebatten som i mitt material.

### **Snart vågar man inte nämna...**

..ordet kejsarsnitt. Börjar tröttna på att alltid behöva ursäkta mig och förklara...

Varför blir vissa människor så upprörda, det är ju som att hålla ett rätt skynke framför en tjur!

Vad är det som ger dessa människor rätt att fråga varför, vad har jag för skyldighet att svara...ingen!

För mig är inte sista beslutet fattat ännu, men jag kommer att bli snittad. Kommer detta att göra mig till en sämre mamma...knappt! Gör det dem som kan föda vaginalt till bättre mammor...sällan!

Har jag mindre värdighet, lägre status och inte rätt att längta efter barn...?!?

[föräldraNätet/snack/kejsarsnitt 2003-04-15]

Att önskemål om planerat kejsarsnitt var en laddad fråga och kunde provocera fram starka reaktioner var ett återkommande tema i diskussionsgruppen på *föräldraNätet*. Många kvinnor beskrev hur öppenhet kring ett sådant önskemål ofta innebar att de var tvungna att förklara och försvara sig. En del kvinnor berättade att de upplevde omgivningens reaktioner som så jobbiga att de lät bli att berätta att de ville ha kejsarsnitt. Exemplet nedan är ett svar på inlägget ovan.

### **Min hemlis**

Förutom här på FN [föräldraNätet] har jag bara berättat för 3 insvurna kompisar om mitt kommande snitt, inte ens våra föräldrar vet ännu. Jag orkar inte ta diskussionen! Jag har medicinska skäl (tidigare bristning) och det vill man ju inte heller berätta för hela världen.

Våra föräldrar ska få veta max 1 vecka innan, resten får vänta till efteråt.

[föräldraNätet/snack/kejsarsnitt 2003-04-15]

Anna beskrev också i ett av våra samtal hur hon fick rådet av sin man att ligga lite lågt med sin önskan om kejsarsnitt:

Då har [Per] sagt; Du behöver inte säga att du ska ha kejsarsnitt, för folk kommer att reta sig på det. Säg det inte för din egen skull [...]  
Ingen kommer att fråga om du ska ha kejsarsnitt. Dom frågar bara när barnet ska komma, och då säger du 7 april. Och ibland gör jag så.

## **FÖRHANDLING OCH MAKTKAMP I SAMTAL MED MÖDRAVÅRDSPERSONAL**

En kvinna kan inte själv välja att föda genom kejsarsnitt. Det är en läkare som har det yttersta ansvaret för ett sådant ingrepp. Idealet var dock att beslut om förlossningssätt även baserades på en dialog som inbegrep kvinnans perspektiv. Utifrån de berättelser jag har fått ta del av skulle jag emellertid vilja beskriva gången från framfört önskemål till beslut om förlossningssätt som en förhandling snarare än dialog. En kvinna som

insisterade på planerat kejsarsnitt blev remitterad till specialistmödravården och därifrån slussades kvinnan ofta vidare till en särskild mottagning för förlossningsrädda, för samtal med kurator, barnmorska eller psykolog. De samtal som erbjöds på mottagningen syftade till att bearbetning av förlossningsrädsla. Anna beskrev sina samtal med sjukvården som en maktkamp: "När jag träffade [namn på läkare] kände jag: Det är han eller jag. Vem ska vinna? Frågan var inte, vad vill Anna? "

Cecilia berättade:

Och då tänkte jag, OK du vinner, för jag orkar inte, det är inte värt det. Men frågan är vad vi har vunnit? Efteråt kan vi kanske konstatera att det gick ju bra. MEN vems vilja var det vi följde?

Sara beskrev också ordväxlingar hon haft med en läkare som en maktkamp snarare än ett samtal där läkaren var inriktad på att lyssna och bemöta Saras oro och tankar: "hon [läkaren] försökte hitta fallgropar hela tiden, jättejobbigt, det handlar ju inte om vem som vinner debatten, men det var lite så mellan henne och mig". När Sara sa att hon "inte ville ligga där och föda" kontrade läkaren med att säga att Sara ju kunde stå och föda. Men det var inte förlossningspositionen som stressade Sara. Enligt Sara lade läkaren också fram information som vid en närmare granskning inte stämde. Exempelvis att det inte skulle gå att ligga på patienthotellet efter ett kejsarsnitt, vilket Sara fick göra när väl kejsarsnittsförlossningen var över.

Mitt intryck av såväl intervjuer som diskussioner på *föräldraNätet* var att positionerna ofta blev låsta i de kamper som så lätt tycktes uppstå. Det framstod som kontraproduktivt ur såväl mödravårdens som kvinnans synvinkel eftersom utrymmet för ett öppet resonerande blev begränsat. Jag tror att många kvinnor uppfattade att syftet med samtalen var att övertala dem att föda vaginalt snarare än att de skulle få ett utrymme att ventilera sina tankar och känslor. Det illustreras bland annat av att "övertala" och "omvända" var ord som förekom i kvinnors beskrivningar av sina möten med mödravården. Skillnaden mellan att bearbeta sin förlossningsrädsla och att bli övertalad att föda vaginalt kan tyckas härfin eftersom mödravårdens perspektiv var att förlossningsrädsla var

något som borde bearbetas och att det gemensamma målet borde vara en vaginal förlossning.

På Internet hittade jag kvinnor som beskrev hur de fått hjälp att möta sin rädsla vilket gett dem modet att försöka föda vaginalt och som när allt var över betraktade sin förlossning som en personlig seger. Men detta var inte ett perspektiv som delades av alla. Det fanns också, som jag redan varit inne på, kvinnor som inte såg den vaginala förlossningen som ett självändamål och därför framstod också en bearbetning av förlossningsrädslan som onödig och ibland till och med provocerande. De menade att deras tankar och känslor ifrågasattes och definierades som något som behövde bearbetas. Som Cecilia sade:

Han [läkaren] föreslog samtal med kurator eller psykiater. Men jag tycker inte jag behöver det. Okey att jag tänker irrationella tankar, men är det så konstigt? Och jag tycker att jag kan få känna så här.

På Internet hjälpte kvinnor varandra inför mötena med läkaren genom att berätta om sina olika erfarenheter. En del kvinnor var inte ens gravida när de började undersöka möjligheterna att föda genom kejsarsnitt. De vågade inte bli gravida om det inte visste säkert att de kunde få ett planerat snitt beviljat. En återkommande fråga under den tidsperiod jag följde samtal på *föräldraNätet* var “Hur ska jag göra och vad ska jag säga för att få kejsarsnitt?” Framförallt handlade det om att reda ut när läkare accepterar kejsarsnitt som en lösning och när de inte gjorde det. Det diskuterades också att olika sjukhus hade olika perspektiv. Ofta gav kvinnorna uttryck för en pragmatisk syn på samtalen där det gällde att hitta de argument som läkaren accepterade.

### **Ni som blivit snittade pga rädsla**

Imorgon ska jag till barnmorskan och tänkte för första gången ta upp att jag vill bli snittad. Kuratorbesök hjälper inte, inte heller flera samtal med barnmorskan som var med. För några dagar sen var jag på aurora men det slutade med att [jag] satt och stortjöt tiden ut. Har knappt kunnat sova efter detta så det börjar att bli dags att ta upp

det... Vad är det som krävs, vad vill barnmorskan veta och framförallt, hur tog ni upp det?

[föräldraNätet/snack/kejsarsnitt 2000-10-12]

### **Till alla som gjort/skall göra planerat snitt**

Hur gick det till när ni fick det beviljat? Fick ni gå på samtal hos kurator, spec.mvc med mera?

Tog ni upp det med er bm eller med läkaren på mvc eller när och med vem?

Godkände de ert skäl på en gång?

Jag akutsnittades i vecka 31 för min moderkaka lossnade och allt var väldigt traumatiskt och jag är livrädd för att det ska hända igen och tänker be om planerat snitt Dessutom jobbar min man utomlands och jag vill att han ska vara med. Jag vill att vi tillsammans skall ta emot detta barn.

[föräldraNätet/snack/kejsarsnitt 2000-09-05]

Kvinnorna som ställde frågor på *föräldraNätet* fick alla möjliga svar på sina förfrågningar. Det kunde vara kritiska frågor som tycktes syfta till att kontrollera om det var ett genomtänkt önskemål. Det kunde vara råd om att ta med sig sin man som stöd i diskussionerna, att det kunde hjälpa att gråta "stora tårar" eller att det kunde vara lättare att få ett snitt beviljat om man först gick i samtal hos en psykolog. Ofta betonades också vikten av att vara envis, "att stå på sig" och inte ge upp. Jag tycker mig i såväl intervjumaterialet som på Internet se åtminstone två förhållningssätt i förhandlingar om planerade kejsarsnitt. Ett sätt var att gå in i en "traditionell kvinnlighet" och bli "hysterisk" (jmf Johannison 1994). Cecilia formulerade det i termer av att framstå som psykiskt instabil och på gränsen till ett nervsammanbrott.

Nej jag kan inte bestämma att det blir kejsarsnitt. Det kan jag tydligen inte. Om jag inte ska gå dit igen och sätta mig. Men då känns det också som jag måste framstå som en psykiskt instabil person som, ja, som är på gränsen till ett sammanbrott. Ja, jag vet inte vad.

Det andra sättet var att sätta hårt mot hårt och inte ge sig förrän man fått sin vilja igenom. Också genom den senare strategin riskerade man kanske att bli definierad som psykiskt instabil, tokig, ignorant och oansvarig. Det förstnämnda sättet tycks dock passa bäst in i den tolkningsram som utgår ifrån att kvinnor som vill föda genom planerat kejsarsnitt är förlösningsrädda.

Det kan med andra ord vara så att kvinnorna inte bara förhandlar med läkaren utan också med sig själva i hur långt de är beredda att gå i att visa upp symptom på rädsla och ångest, alternativt att gå in i en konflikt med läkaren. Cecilia valde att ”lägga ned” istället för att antingen bryta ihop inför sin läkare eller att sätta sig på en stol och vägra gå därifrån tills hon fått som hon ville. Det skulle vara allt för ”förnedrande”, menade Cecilia. Sara och Anna gav sig inte till skillnad från Cecilia. Men även Sara uttryckte oro för att få ”graverande” anteckningar i journalen och Anna sade att “de tycker nog jag är en riktig psykopat”.

Kärnfrågan tycks vara vem det är som bäst avgör hur rädd en kvinna bör vara för att få ett planerat kejsarsnitt. Är det kvinnan eller läkaren? Varför kan inte kvinnan själv få vara med och bestämma, undrade exempelvis Sara:

Min [barnmorska] säger ”det är ni 70-talister, karriärister, ni klarar inte av stress och smärta och är vana vid att bestämma”. Kanske – men varför skulle vi inte få bestämma? Jag har fått bestämma hur jag vill ha det, andra generationer har fogat sig, varför ska jag göra det? Föraktfullt att de skulle avgöra hur rädd jag var, det krävs incest<sup>91</sup>, nästan. Räcker det inte med hederlig vanlig rädsla? Det känns vidrigt att någon annan ska bedöma [hur rädd jag är].

Nu är det emellertid inte så att kvinnor själva kan bestämma hur de ska föda. Bakgrunden är komplicerad men i grova drag handlar det om att läkaren juridiskt sett är ansvarig för beslutet. Kvinnorna kunde endast uppnå inflytande över beslutet genom det sätt på vilka de presenterade sina perspektiv och önskemål. Läkarkåren hade efter samråd sista ordet när det gällde vem som skulle få föda genom planerat kejsarsnitt och vem som skulle föda vaginalt. Den ofta utdragna beslutsprocessen och

ovissheten som följde på den var något som återkom i intervjuerna och på nätet. Läkaren kanske inte vill förhastat sig utan bestämde, med Cecilias ord, att frågan skulle hållas öppen. För kvinnan var det kanske just att hon behövde leva med ovissheten som var tungt. Cecilia beskrev hur det kändes när läkaren sade att de skulle hålla frågan öppen ett tag till. ”Jag behöver veta så jag kan ställa in mig på det ena eller det andra” [Cecilia]. Läkarna kanske tänkte att tidens gång skulle göra att kvinnorna vände sig vid tanken på en vaginal förlossning, medan ovissheten i Cecilias fall bara spädde på hennes ångest. För Cecilia var tanken på planerat kejsarsnitt ett sätt att hålla oron borta för att något skulle hända barnet. När läkaren ”förhalade” beslutet förverkades, enligt Cecilia, syftat med den tanken.

## NATURLIGHETER, ONATURLIGHETER OCH PRAGMATISKA VAL

I det här kapitlet har jag gett kvinnor en röst, som uppfattade kejsarsnitt som ett önskvärt och acceptabelt sätt att hantera det oförutsägbara i att föda barn. Jag finner det intresseväckande, och motsägelsefullt att kejsarsnitt som profylaktisk strategi provocerade och vållade sådan debatt. Det handlade om relativt få kvinnor. Dessa kvinnor agerade dessutom i enlighet med den dominerande logiken i samhället, det vill säga medikaliseringen av våra liv. Att vilja ha kejsarsnitt skulle kunna beskrivas som en ”naturlig” konsekvens av att graviditet och födande idag är så sammanflätat med teknikanvändning. De agerade rationellt inom ramen för den biomedicinska teknik som fanns att tillgå. Vi kanske ska fråga oss varför födandet ska utgöra ett undantag?

Kejsarsnitt utförs relativt ofta idag och nästan alla gravida kvinnor har någon i sin närhet med erfarenhet av kejsarsnitt. Kejsarsnitt är idag inte en livshotande operation som bara används i akuta situationer. Operationen används också i allt större utsträckning i förebyggande syfte, som exempelvis när barn ligger i säte. Kejsarsnitt har gått från att enbart vara en riskfaktor till att också bli en trygghetsfaktor. Operationen har därmed fått en mer ambivalent status vilket i sin tur även ger gravida

kvinnor signaler om att det också finns fördelar med kejsarsnitt. Det är kanske inte så förvånande om kvinnor i allt större utsträckning börjar uppfatta ett planerat kejsarsnitt som ett relativt säkert alternativ. Kejsarsnitt finns inte som ett valbart alternativ inom den svenska mödravården, men däremot som en teoretisk möjlighet och ett mentalt alternativ för kvinnor som av en eller anledning känner sig stressade av den kommande förlossningen.

Kvinnor som önskade kejsarsnitt var beredda att avstå från den vaginala förlossningen och gjorde därmed ett avsteg från ”den naturliga”, och tidigare ofrånkomliga, finalen på en graviditet. Genom att de valde bort den vaginala förlossningen utmanade de flera kulturella investeringar. De hoppade över en passagerit och ett centralt uttryck för ett kvinnlighetsideal. De utmanade ett normativt perspektiv på vad en riktig kvinna är och måste göra, det vill säga att acceptera sin kroppsliga och könsspecifika förmåga. Kvinnorna ifrågasatte meningen med en fysiologisk process som existerat lika länge som mänskligheten istället för att anpassa sig och se fram emot förlossningen. Kvinnor har alltid fött barn och, som jag visat, gällde det att ha ett bra svar på frågan varför man avsåg att avvika från det vanliga sättet att föda på.

Att vilja ha kejsarsnitt är att utmana dominanta uppfattningar, som att födandet är en naturlig process man bör undvika att intervensera i, att läkare bör ha sista ordet när det gäller födandet och att kejsarsnitt är något negativt som man tar till som sista utväg. Att vilja ha kejsarsnitt provocerar och ställer till ”oordning” i invanda tankemönster. Kvinnor som vill ha kejsarsnitt passar inte in.

Att föda genom kejsarsnitt är vidare en avvikelse från normen oavsett om det sker på medicinska grunder eller inte och något alla kejsarinnor måste förhålla sig till. Kvinnor som ofrivilligt genomgår ett kejsarsnitt kan ifrågasätta sin egen förlossning i relation till en idé om den ideala, vaginala förlossningen samt känna sig utanför i relation till de kvinnor som fick ”en drömförlossning”. Kvinnor som ber om kejsarsnitt beskriver hur de känner sig ifrågasatta av människor i sin omgivning, ibland i en sådan omfattning att de väljer att inte berätta om sina önskemål, tankar och funderingar.

Det var svårt att få ett planerat kejsarsnitt utan medicinska indika-

tioner. Kvinnorna förhandlade med sjukvården och beskrev ofta detta som pressande, utlämnande och ifrågasättande. De beskrev också starka känslor av sårbarhet och maktlöshet inför det faktum att barnet kanske måste födas fram vaginalt. Som jag visar var förhandlingarna mellan kvinnorna och mödravården oftare en fråga om maktkamp än dialog. Kvinnorna upplevde en utsatthet i förhållande till mödravården, som genom sitt sätt att hantera förfrågningarna från kvinnorna i hög utsträckning influerade hur kvinnorna mådde under graviditeten. Samtalen med läkare och barnmorskor upplevdes av några kvinnorna som försök till övertalning att föda vaginalt och på *föräldraNätet* uppmanade kvinnor varandra att stå upp för sina rädslor och känslor och inte ge upp.

Kvinnors möjligheter att själva bestämma över sitt födande begränsas när det föreskrivs hur det ska gå till. När kvinnor vill ha kejsarsnitt så krockar kvinnors möjligheter till självbestämmande med läkarens medicinska bedömningar eftersom det ytterst ses som läkarens ansvar att definiera vad som är bäst för kvinnan. Jag ser två strategier i materialet som kvinnor kan använda för att driva igenom sin vilja att föda genom kejsarsnitt; en är att blotta sin oro, rädsla och sårbarhet och en annan är att gå i konflikt. Det verkade vara lättare att få gehör för sitt önskemål om man gav uttryck för sina rädslor och ångest på lite mer "underordnade" sätt.

Läkarna utgick i förhandlingarna ifrån att den vaginala förlossningen var det normala vilket i sig inte är särskilt konstigt. Men effekten, som inte var avsiktlig, var att kvinnor med avvikande syn på födandet blev en anomali samt att normen inte bara handlade om att föda på rätt sätt utan också ofta sammanblandades med hur en kvinna ska vara och hur hon ska agera. I diskussionen om kejsarsnitt synliggjordes indirekt olika uppfattningar om vad en kvinna är eller bör vara. Tekniken möjliggör ett överskridande av den vaginala förlossningen. Med hjälp av ett kejsarsnitt kan gravida kvinnor hoppa över det värkarbete och framfödande av barnet som annars är en ofrånkomlig avslutning på en graviditet. Kvinnor som ville hoppa över denna fas beskrevs ofta som "onaturliga" eller "okvinnliga". Andra tolkningar var att kvinnorna var "kontrollfreaks", karriärer och omogna personer som tappat kontakten med sin kvinnlighet och med det som är viktigt i livet. Den "naturliga förlossningen" betraktas då, mer eller mindre underförstått, som "an event crucial to her

personal fulfilment as a female being” (Stephens 1986:70) En ”mogen kvinna” gör rätt prioriteringar, vågar släppa kontrollen, kan hantera smärta och föda vaginalt.

I inledningen till kapitlet tar jag upp feministiska analyser som visar hur kvinnan objektifieras som en konsekvens av medikaliseringen av födandet. Det är emellertid lättare att argumentera mot en möjlig överanvändning av kejsarsnitt (eller annan medicinsk teknik) i fall där kvinnor själva upplever operationen som ovälkommen eller till och med förtryckande. Det är svårare i fall där kvinnorna själva vill medikalisera sitt födande. Jag vill hellre beskriva kvinnorna som aktivt bad om kejsarsnitt som aktiva subjekt som vågade tala högt om sina rädslor, som visste vad de ville och som vågade ifrågasätta medicinsk auktoritet. Om de överhuvudtaget var ”offer” så var det på grund av att de saknade makt och inflytande över beslutet för hur de skulle föda. Tekniken fanns tillgänglig men beslutet låg i läkarnas händer.

En generell fråga om huruvida medicinsk teknik förtrycker eller frigör är retorisk och blir, enligt min uppfattning, meningslös i relation till den empiriska nivån. Utifrån vems perspektiv talar debattörerna? Vilken aspekt av födandet utgår de ifrån? Naturligtvis har även mer abstrakta och ideologiska perspektiv på födandet och livet självt en viktig funktion att fylla, men ett alltför ensidigt fokus på ideologi tenderar att skymma att kvinnor ofta är mer pragmatiska än ideologiska. De handlade utifrån sin specifika situation och erfarenhet. I det här kapitlet har jag lagt tyngdpunkten på en erfarenhetsnära nivå och de kvinnor jag talat med representerar en komplexitet som gör en ideologisk diskussion om kejsarsnitt problematisk.

Slutligen vill jag poängtera nödvändigheten av att diskutera förhållningssätt till graviditet och födande i relation till hur kontexten för mänsklig reproduktion ständigt förändras. Vare sig vi tycker det är bra eller dåligt med teknik, så menar jag, att det är mer fruktbart att utgå ifrån det faktum att kejsarsnitt idag finns i kvinnors tankevärld som ett möjligt förlossningssätt, även om de flesta fortfarande ser en vaginal förlossning som ideal.

## NOTER

<sup>70</sup> "Oskuret är bäst" Förlossningsläkaren om fördelarna med kejsarsnitt. *Aftonbladet* 5 december 2001.

<sup>71</sup> "När blivande mammor är rädda för livet självt." *Aftonbladet* 17 maj 2000.  
"Jag tillhör den generation som skulle 'ta makten' över våra kroppar." *Aftonbladet*. 24 maj 2000.

<sup>72</sup> "Betala kejsarsnittet själv!" *Expressen* 17 augusti 2000.

<sup>73</sup> "Ingen ska tvingas att föda vaginalt". *Expressen* 26 augusti 2000.

<sup>74</sup> Motsatsen görs ofta gällande. Exempelvis skriver Bewley och Cockburn att kvinnor som begär kejsarsnitt har en "bisarr attityd": "Within the group of women requesting elective caesarean section are some with bizarre attitudes who may bring forward the date of delivery by request, emotional pressure or deceit" (Bewley & Cockburn 2002:599).

<sup>75</sup> Framförallt i det vi brukar kalla för västvärlden men även i länder som Egypten (Khawaja et al 2004), Korea (Sang-Lee 2004), Indien (Sreevidya och Sathiyasekaran 2003) och Brasilien (Béhague 2002).

<sup>76</sup> "När blivande mammor är rädda för livet självt". Anita Goldman. Krönika. *Aftonbladet* 17 maj 2000.

"Det finns ingen riktig kvinna". Linna Johansson. Krönika. *Expressen*. 27 maj 2000.

"Jag tillhör den generation som skulle 'ta makten' över våra kroppar. Anita Goldman. Krönika. *Aftonbladet*. 24 maj 2000.

"Sluta ljuga om era förlossningar" Linda Skugge krönika. *Expressen*. 1 juli 2000.

"Mår ni bra om vi måste lida?" Linda Skugge Krönika. *Expressen*. 15 juli 2000.

<sup>77</sup> Kejsarsnittskriget – vad handlar det om? *Amelia Vänta barn* 2000:59.

<sup>78</sup> Ur allt från medicinsk till moralisk och psykologisk synvinkel.

<sup>79</sup> Wagner 2000:1678

<sup>80</sup> Ett fenomen som av kritiker ibland kallas ”defensive obstetrics”.

<sup>81</sup> Frågan om hur den professionella relationen mellan läkare och barnmorskor har förändrats över tid är grundläggande för hur dagens svenska mödra- och förlossningsvård är organiserad (Öberg 1996; Romlid 1998; Milton 2001). I ett internationellt jämförande perspektiv har svenska barnmorskor fortfarande en relativt självständig position gentemot läkare.

<sup>82</sup> se t.ex. Wagner som citerar en läkare som säger att ”Nature is a bad obstetrician”

<sup>83</sup> T.ex. Johnson & Slade 2002

<sup>84</sup> En sådan jämförelse utgår från kostnaden för en vaginal förlossning utan komplikationer. Ett akut kejsarsnitt ”efter kontorstid” kostar mer pengar än ett planerat kejsarsnitt.

<sup>85</sup> En av myterna är, enligt Bewley & Cockburn, att en vaginal förlossning kan orsaka inkontinens. De menar att inkontinens i första hand orsakas av graviditet och bara av förlossningen om det uppstår en skada (Bewley & Cockburn 2000). En annan myt är att ett kejsarsnitt gör att underlivet bevaras intakt. Kejsarsnitt, menar de, garanterar inte ”ett smekmånadsfräscht underliv” (”To stay honeymoon fresh”) eftersom även graviditeten påverkar underlivet (Bewley & Cockburn 2000). En tredje myt, menar de, är att man kan undvika CP-skador på barnet genom att föda genom kejsarsnitt eftersom CP-skador kan uppstå av fler orsaker än syrebrist vid förlossningen (Bewley & Cockburn 2000).

<sup>86</sup> Kvinnorna som deltar i olika ”snackgrupper” på *Allt om föräldrar* brukar emellanåt själva göra små enkätundersökningar vad det gäller, yrke ålder, antal barn och förlossningserfarenheter. Det är på basis av sådana sammanställningar som jag bygger mitt påstående.

<sup>87</sup> Osäkerhet och oförutsägbarhet ligger i förlossningens natur. Men utöver den förutsägbara oförutsägbarheten så finns det även andra osäkerheter som ökar i samband med yttre faktorer [inre respektive yttre trygghet?] som exempelvis nedskärningar, omorganisation och en brist på barnmorskor och läkare. Under fältarbetsperioden var det i Stockholmsområdet exempelvis oförutsägbart på vilket sjukhus förlossningen skulle äga rum. En önskan om ett planerat kejsarsnitt motiverades ibland också av kvinnorna själva som ett sätt att försäkra sig om VAR förlossningen ska äga rum. År 2002 publicerades en studie om kvinnor som remitterades vidare till en alternativ förlossningsklinik under pågående värkarbete (Wiklund et al 2002). Resultaten av studien visade att användning av epiduralbedövning, morfin (petidin), och klipp (episiotomy) var större för denna grupp kvinnor jämfört med en kontrollgrupp Wiklund et al 2002). Studien visade också att kvinnorna själva upplevde stor oro och obehag på grund av att det skickats vidare samt att de redan under graviditeten oroat sig för att de inte skulle få föda på "sitt eget" sjukhus (Wiklund et al. 2002).

<sup>88</sup> Det finns inga belägg för att kvinnor i storstad i större utsträckning vill ha kejsarsnitt. Snarare finns det studier som tyder på att det finns en större benägenhet hos lågutbildade kvinnor utanför storstadsområdena att begära kejsarsnitt (Hildingsson 2002).

<sup>89</sup> Katastrofsnitt, eller ett så kallat urakut kejsarsnitt utförs om det är omedelbar fara för kvinnans eller barnets liv. Då görs ett kejsarsnitt i narkos.

<sup>90</sup> En relevant fråga att ställa här är givetvis om "det naturliga" finns över huvudtaget. Det "naturliga födandet" är ju i sig en kulturell konstruktion. Men min ambition är här att hålla mig till den analys kvinnorna jag talat med gör.

<sup>91</sup> Sara syftar på att incest kan vara en orsak som ibland tas upp när förlossningsrädsla diskuteras. Tidigare erfarenheter av övergrepp kan aktualiseras i samband med en förlossning och detta är något som ur sjukvårdens synvinkel kan vara en legitim anledning till att göra kejsarsnitt.

## KAPITEL 6

# DEN FARLIGA HEMFÖRLOSSNINGEN

I detta kapitel diskuterar jag kvinnor som aktivt väljer bort ett medicinskt övervakat födande på sjukhus.<sup>92</sup> Kvinnor som väljer att föda hemma måste ofta motivera sitt val gentemot sin omgivning och motiveringarna görs nästan alltid inom ramen för den medicinska diskursen. Att välja en hemförlossning i Sverige, liksom att be om planerat kejsarsnitt, är att avvika från normen och utmanar gängse sätt att se på risk, teknik och kön. Precis som de kvinnor som begär planerat kejsarsnitt skapar de som väljer hemfödande oordning i det etablerade perspektivet på födande. Valet att föda hemma väcker därför starka känslor och blir ofta ifrågasatt och kräver förhandling med läkare, barnmorskor, släkt och vänner. Kvinnor som väljer att föda hemma beskrivs ofta som "oansvariga", "egoistiska" och "världsfrånvända" framför allt eftersom de "tar onödiga risker".

Min främsta avsikt med det här kapitlet är att synliggöra en kontrast till de kvinnor jag låtit komma till tals i tidigare kapitel, där fokus främst varit att visa på cyborgifieringen av graviditet och födandet. Genom att visa på den avvikelse som hemfödande utgör i vårt samhälle vill jag tydliggöra normen för graviditet och födande. Syftet är också att fördjupa diskussionen jag fört tidigare i avhandlingen om hur perspektiv på risker dominerar den svenska arenan för födande och graviditet. Risk är ett

centralt tema även i diskussioner om hemfödande. Jag kommer också att anknyta till diskussionen om kontroll som jag initierade i kapitel fem.

## ATT FÖDA HEMMA

I Uppsala måste de blivande föräldrarna själva stå för kostnaderna för barnmorska och eventuell utrustning.<sup>93</sup> Detta är en skillnad jämfört med kvinnor som är bosatta i exempelvis Umeå. Där kan de som vill föda hemma söka och få ekonomiskt bistånd från landstinget och via mödravården blir anvisade hemförlossningsbarnmorskor.<sup>94</sup> Kvinnor som fött eller vill föda hemma kan få kontakt med likasinnade via föreningen Föda hemma. Föreningen arbetar för att det ska bli praktiskt och ekonomiskt möjligt för kvinnor som vill föda hemma att göra det. Föreningen ger ut tidskriften *Födelse och Föräldraskap*, har en egen webbsida<sup>95</sup> och har bland annat arbetat med att uppvakta politiker, skriva insändare och debattartiklar samt arrangera träffar för hemfödande föräldrar i olika delar av landet.

Det finns också e-postlistor som exempelvis *Föda hemma*. Den har funnits sedan maj 2000 och hade 76 medlemmar i april 2004.<sup>96</sup> Listan är ett informellt diskussionsforum för alla som är intresserade av hemfödande. E-postlistan erbjuder möjligheter att diskutera allt som rör hemförlossning och kontakter med sjuk- och hälsovården.

Under fältarbetet tillkom även en diskussionsgrupp på webbplatsen *föräldraNätet* med Föda hemma som tema. Där var diskussionerna stundtals ganska livliga vilket delvis berodde på att människor som ville ifrågasätta hemfödandet ibland också skrev inlägg.

Möjligheterna som kommit med Internet har ökat tillgängligheten när det gäller information om hemförlossning och underlättar kontakter med barnmorskor och kvinnor som fött barn hemma. Tidigare spreds information främst via personliga kontakter och genom tidskriften *Födelse och Föräldraskap*.

När jag närmade mig ämnet hemförlossning var min första tanke att det rörde sig om en form av civilisationskritik. En kritik av onödig medicalisering av förlossningsförloppet och av att kvinnor i sjukvårdsmiljö

lätt släpper/fråntas ansvaret för födandet (se t.ex. Davis Floyd 1994). Jag utgick ifrån att en hemförlossning utgjorde en diametral motsats till planerade kejsarsnitt. Men efter att ha träffat hemfödorskor, deltagit i möten, följt diskussioner i tidskrifter, på e-postlistor och i diskussionsgrupper så har jag insett att kvinnor som väljer att föda hemma tillhör en blandad skara och att pragmatik ofta är överordnat ideologisk civilisationskritik. Kanske finns det lika många motiv till att föda hemma som det finns kvinnor.<sup>97</sup> Några återkommande motiveringar är önskemål om självbestämmande, trygghet och kontroll i förlossningssituationen.<sup>98</sup> Med andra ord, en strävan vi känner igen från kvinnorna som ville ha kejsarsnitt. Följande citat är från en text av Josefine publicerad under vinjetten Skrivlust på webbplatsen *Allt för föräldrar*.<sup>99</sup>

Vilken är den största anledningen till att jag vill stanna hemma? Det är en svår fråga. Det finns många bra skäl till att stanna hemma, det är svårt att säga vilket det främsta skälet är till varför jag bör stanna hemma. Dessutom vill jag ju i denna fråga komma med ett starkt och kanske framför allt vetenskapligt bevisat skäl till varför jag bör stanna hemma. Men kanske är det enkla svaret bara det att hemma är hemma. Här trivs jag och känner mig trygg. Här bor vi, jag och min lilla familj och våra katter. Här lever vi vårt dagliga liv, med sorger och glädjeämnen, skratt och tårar och alla små vardagliga händelser. Här skapades vårt barn. Så varför ska vi åka iväg till ett ställe som vi båda avskyr, för att vårt barn ska födas till världen där?

För kvinnor och män som väljer att föda hemma uppfattas hemmet som en tryggare plats jämfört med en förlossningsklinik. Så här beskriver fyrbarnsmamman Åsa sina skäl till att föda hemma i ett e-postbrev till mig:

När så Jenny var i magen kände jag att jag inte ville ha med sjukhuset att göra. Jag ville inte bli störd och vår graviditetsprocess fick inte bli störd. Jag hade från första början velat föda hemma. Fast inte med första barnet och inte med ett barn som föddes för tidigt. Med Jenny var allt rätt. Och det var det bästa jag nånsin gjort. Skälet till att föda

hemma för mig är att vara i sin invanda miljö, med människor man tycker om, utan en massa teknisk apparatur eller annat som stör. Nackdelarna är väl att det tar tid att ta sig till hjälpen, men oftast går hemförlossningar bra när inget stör. Du kan inte ha nån annan smärtlindring än värme, massage och trygghet. Men Jennys förlossning har också varit den som gjort minst ont. Jag krystade inte ut henne utan andades mer ut henne. Hon fick komma när hon ville och med naturens hjälp.

I sitt eget hem är det dessutom lättare att bevara sin integritet. Anna inleder en förlossningsberättelse i tidskriften *Födelse och föräldraskap*<sup>100</sup> med att skriva:

Jag [har] alltid ansett att en förlossning eller ett barns födelse är en lika privat tilldragelse som själva avelseögonblicket.” För Anna och hennes man var förlossningen en så intim händelse att de valde att föda helt ensamma, det vill säga utan barnmorska.

En annan motivering som är sammanlänkad med önskan om att få omge sig med personer som man känner är att pappan blir mer delaktig i förlossningen. Så här skriver Josefine:<sup>101</sup>

Vårt barn ska tas emot av sin pappa. Han – och ingen främling – ska vara den första som håller i vårt barn, som känner hennes lilla varma kropp och sprattlande ben. Hans famn ska vara den första för henne – därefter min famn, i vilken hon redan legat i nio månader.

Peter Smith<sup>102</sup> beskriver hur en upplevelse av en tidigare sjukhusförlossning påverkat hans syn på platsen för födande:

Jag försökte hitta positiva saker med sjukhuset, men jag hittade inga. Det var inte alls trevligt eller inbjudande och jag fick intrycket av att pappan för det mesta stod i vägen för den jobbande sjukhuspersonalen. Det var synd att det inte fanns något familjerum eller ett enkelt kök där man fixade mat själv. [...]Jag minns från när Joshua föddes

att tiden strax efter förlossningen var mycket känslig. Jag hade en oemotståndlig vilja att vara med min kvinna och vårt nyfödda barn, att ta hand om dem, skydda dem och börja lära känna min son. Jag kunde aldrig tänka mig att åka hem och inte vara med. De behövde mig och jag ville inte missa en sekund av denna stora högtid.

Förlossning nummer två ägde rum hemma i en vattenbassäng stor nog att rymma båda föräldrarna. Peter beskriver ögonblicket under den näst sista krystningen då han kunde hålla babyns huvud i sina händer.

I hemmet kan kvinnan lättare kontrollera förlossningssituationen. Det handlar inte bara om vem som ska vara med under förlossningen utan också om vilken roll barnmorskan ska ha samt vad kvinnan undviker genom att föda hemma. Josefine:

Jag vill ha professionellt stöd av två barnmorskor som jag träffat tidigare och känner, som är här bara för min skull, som ser och stödjer mig. Två barnmorskor som inte behöver springa mellan salarna och förlösa tre barn åt gången. Två barnmorskor som inte behöver bry sig om sjukhusets rutiner. Två barnmorskor som är mina gäster, som behandlar mig med respekt och tar mina önskemål på allvar – något som, vilket jag inte betvivlar en sekund, är lättare hemma än på sjukhus, eftersom vi träffats och talats vid ett flertal gånger och har kunnat diskutera fördelar och nackdelar med mina önskemål i lugn och ro. Jag vill föda mitt barn i vårt hem. En miljö som jag känner och älskar och som redan är bekant för mitt ofödda barn. Här finns inga resistenta bakterier som florerar mellan avdelningar. Här finns ingen stress och skiftbyten. Här finns inte tjugo andra nyfödda som skriker och gråter och som ska ammas och bytas blöja på. Här finns inte tjugo barnmorskor som ska komma och tycka till och ha åsikter om hur jag bör sköta mitt barn, barnmorskor och sköterskor som springer ut och in i mitt sovrum, tänder och släcker lampor, allt utan att fråga mig och visa respekt.

Det är vanligt att kvinnor beskriver att de känner sig friare att lyssna till sin kropp och föda på det sätt som känns bäst i stunden när de får vara

ifred för såväl förlossningspersonal, som ett biomedicinskt perspektiv som fokuserar på födandets risker istället för födandets möjligheter. Även barnmorskorna som arbetar med hemförlossning beskriver spänningar som kan uppstå mellan det som hemförlossningsbarnmorskan Agneta Bergenheim kallar de olika världarna.<sup>103</sup> Bergenheim beskriver sina känslor av oro och utsatthet de första gångerna hon lämnade sjukhusvärlden för att ”vandra in i den andra världen”:

De första åren handlade mycket om att minsann bevisa att det är både säkert att föda hemma och att vi som gick hem var seriösa”. [...] ”Vem är jag att ha så mycket tilltro till det naturliga, att jag utsätter denna familj och mig för detta? Här fanns varken vatten eller elektricitet. Det var många mil till sjukhuset. En svindlande kort evighet bannade jag denna romantiska Agneta [mig själv]. Säkert skulle jag snart bli straffad för min egensinnighet. Snart skulle något riktigt illa ske. Något som fick mig att inse att man faktiskt inte kan tänka med hjärtat.

Men Bergenheim beskriver också ett lugn som infann sig när hon väl tagit klivet:

Jag stod framför huset. Tittade upp mot stjärnhimlen, hörde åter Lena [föderskan] och kände plötsligt ett stort lugn och en enorm glädje. Ingen skulle komma och störa det magiska som nu var på väg att ske. Jag var inte tvungen att gå hem för att min arbetstid var slut. Jag var inte tvungen att utföra några av de saker som stod i PM-pärmen, och som jag tyckte så illa om. Jag skulle inte behöva redovisa och förklara för kollegorna varför jag gjort eller inte gjort det eller detta... Jag behövde inte vara rädd för att det skulle komma en doktor som skulle... Det gamla torpet var i sanning ett glädjehus. Här hade barnet avlats och här skulle det snart födas. [...] Här och i alla hem där kvinnor föder finns utrymme för starka känslor. Kvinnors gråt, skrik och glädjebubbel får exakt det utrymme det behöver. Hon är kapten på sin egen skuta. I denna storm finns vare sig någon att tacka eller bli räddad av. Hon tar själv hem vinsten av att kunnat navigera i detta

stundtals stormande hav. [...] Ett sjuttioal barn senare kommer jag in till förlossningsavdelningen som doula.<sup>104</sup> Det första som slår mig är avsaknad av glädje. Den härskande stämningen är oro och kontroll. Oron och kontrollerna är i direkt motsats till glädjen. Inte ens i födel-seögonblicket är det glädjen som är härskande. Det finns en stor väl-villighet och ambition att göra det bra. Men jag tror det är omöjligt att inom dessa väggar släppa in änglar med silvertrumpeter. Jag tror inte ens de hittar dit!

Kirsten Nistad är också barnmorska och en av Föda hemma-föreningens eldsjälur. I en intervju i *Födset och Föräldrasket*<sup>105</sup> berättar hon hur hon upplevde barnmorskeutbildningen på gott och ont:

Första halvåret efter utbildningen var hemsk. Det tog tid att hitta tillbaka till mig själv och att stå i mig själv igen. [...] Genom att vara i kraften så fungerar saker på ett annat sätt. Det fungerar ju bra, men vi måste ha kunskapen också. Sedan måste vi lära oss att förena dessa kvaliteter, att tillsammans med kunskaperna vara i nuet. Det är det jag kämpade med efter avslutad utbildning: att vara i nuet och inte tillåta rädslan att sudda ut intuitionen. När kunskapen blivit en erfarenhet sitter den i kroppen och då kan jag vara närvarande i nuet med kunskap lätt tillhands.

Det som Nistad beskriver som kunskap som sitter i kroppen, det vill säga intuition och handlag, är en kunskap som många menar får ett mindre utrymme i den konventionella förlossningsvården (Davis-Floyd & Davis 1996). Vad som händer när barnmorskan "vandrar in i den andra världen" är att hennes intuitiva kunskap blir auktoritativ i förhållande till den konventionella vårdens praktik (Davis-Floyd & Davis 1996). På en förlossningsavdelning kan CTG-apparater och skalpelektroder konkurrera med såväl den födande kvinnans som barnmorskans upplevelse av vad som håller på att hända.

En del kvinnor föder sitt första barn hemma medan andra som föder hemma har tidigare erfarenheter från såväl hemförlossningar som sjukhusförlossningar. En del omfödertkor har positiva erfarenheter av sjuk-

husförlossning men känner att de skulle vara ännu bättre om de fick föda i lugn och ro i hemmet. Men det finns också kvinnor med så negativa minnen av tidigare förlossningar att ytterligare en sjukhusförlossning känns otänkbar. Tanken på en hemförlossning kan i sådana fall fungera lika lugnande som tanken på planerat kejsarsnitt kan fungera för andra kvinnor. Berättelser om negativt upplevda sjukhusförlossningar innehåller ofta beskrivningar av hur kvinnor känt sig utlämnade och otrygga. Några beskriver till och med hur de känt sig "överkörda" när de uttryckt tveksamhet inför sjukhusrutiner utan att få något gehör.

Inom föda-hemmarörelsen finns en variation som sträcker sig från kvinnor som använder sig av alla biomedicinska kontroller och undersökningar de kan få och de som föder helt på egen hand utan barnmorska. En fråga som diskuteras ibland är om hemfödandet fungerar bäst när det som nu är en del av en "undergroundrörelse" som bygger på starka kvinnoband eller om det skulle kunna fungera om det skulle bli en etablerad del av landstingsvården. Gemensamt för kvinnor som väljer att föda hemma är emellertid att de ofta uttrycker en stor tillit till kroppens förmåga att föda. Många framhåller också att teknisk intervention i förlossningsförloppet kan orsaka mer skada än nytta. Att ta eget ansvar för födandet ger dessa kvinnor en känsla av kontroll och trygghet.

## HEMFÖRLOSSNING SOM NORMBROT

Önskemål om hemförlossning kan väcka starka reaktioner hos omgivningen. I flera samtal jag haft med kvinnor och är det ett återkommande tema, liksom i diskussioner på Internet. Många kvinnor beskriver hur öppenhet kring sin önskan om att föda hemma också innebär att de måste förklara och motivera sig.

Följande exempel är hämtat från *föräldraNätets* snackgrupp "Föda hemma". Inlägget är en reaktion på ett tidigare inlägg författat av en kvinna "på tillfälligt besök". Kvinnan kommenterar det hon uppfattar som "den avoga inställning en del av er har till BM [barnmorskor] på sjukhus och förlossningskliniker". Hon skriver att hon själv är "helt övertygad om att de vill mitt och mitt barns bästa" och att många av sjukhus-

rutinerna "finns av mycket starka skäl, tro inget annat. [föräldraNätet/snack/föda hemma "Jag blir förvånad" 2003-04-11].

Kvinnan som svarar på inlägget skriver:

**Dra inte alla över en kam.**

[...] Du får ursäkt mig, men jag börjar bli lite trött på alla som kommer hit och dömer. Jag undrar om jag ska göra lite studiebesök på något av de känsliga snacken<sup>106</sup> och göra inlägg om varför de tänker fel, att ingen förälder väljer att göra sitt barn illa? Eller på något av vänta-barn-snacken och berätta hur knasiga folk som väljer EDA [ryggmärgsbedövning] är? Jag tycker att man ska försöka respektera gruppernas inriktning och inte göra dem till forum för ifrågasättande. Kanske borde vi be att få föda-hemma-gruppen flyttad till känsliga snack för att få lite respekt?

[föräldraNätet/snack/föda hemma 2003-04-11]

Att välja att föda hemma är även i Finland en laddad fråga. Kirsi Viisainen (2000) använder Mary Douglas begrepp "moral danger" (1992) när hon beskriver hur kvinnor och män i Finland ibland hemlighåller sina planer på att föda hemma från såväl sjukvårdsmyndigheten som vänner. Hemförlossning i Finland är med andra ord enligt Viisainen att ta en moralisk risk eftersom finska myndigheter definierar hemförlossning som ett "riskabelt beteende" (2000:794).

Vi hade verkligen tagit reda på alla fördelar och nackdelar med att föda hemma så tro nu inte att vi är oansvariga, vi har ju ställt in oss på att vi kanske var tvungna att vara själva [om barnmorskan inte skulle hinna dit i tid]. Det blev långt det här, men jag brinner verkligen för det här.

[E-post från Åsa]

I Sverige är på samma sätt som i Finland det vanligaste argumentet mot hemförlossning att det finns medicinska risker med graviditet och födande. När jag frågade blivande föräldrar hur de såg på hemförlossningar så fick jag nästan alltid ett bestämt nej följt av motiveringar som betonade

det riskfyllda med födandet. Många uttryckte att de skulle känna sig tryggare på ett sjukhus omgiven av specialister på födande eftersom risken alltid finns att något kan gå snett. Ganska ofta följde också en berättelse om någon vän eller anhörig som råkat ut för komplikationer och blivit akutsnittad i sista sekund. "Vad hade hänt om hon hade varit hemma?" Risker är också oftast temat när hemfödande beskrivs och debatteras i massmedia. Rubriker som "Bättre föda på sjukhus om något skulle hända" och "Kvinnan hade dött om hon fött hemma" ställs mot rubriker som "Jag litar mer på min egen kropp än på sjukvården" och "Lika säkert att föda hemma".<sup>107</sup> På nätet finns det gott om berättelser om förlossningskomplikationer och vad som skulle ha kunnat hända om den födande kvinnan inte haft tillgång till medicinsk kompetens och teknik. Följande inlägg är hämtat från "snackgruppen" Föda hemma på *föräldraNätet*.

### Hemförlossning livsfarligt?

Hej på er alla!

Jag har inte varit här inne tidigare och har inte läst några av era inlägg, men kände att jag var tvungen att dela med mig av min upplevelse. Jag fick mitt första barn för snart två år sedan. Själva förlossningen gick jättebra, ganska snabb för att vara förstföderska 6 tim. Men sedan lossade inte min moderkaka och jag började blöda stora mängder. Blödde 2,4 liter blod på en halvtimme och tills sist svimmade jag av och de fick operera bort moderkakan och ge mig blod. Jag har själv 10 mil till BB och är helt övertygad om att jag inte hade överlevt om jag inte hade varit på sjukhus. Man vet ALDRIG vad som kan hända? Hur kan man vilja utsätta sig själv och sitt barn för mera risker än nödvändigt för att man som jag tycker skall föda i "mysig och hemvand miljö" Tänk er för innan. Med vänliga hälsningar [...].

[föräldraNätet/snack/ föda Hemma 2003-03-13]

Kvinnan i inlägget använder sin egen förlossning som exempel på riskerna med att föda och skriver att om en kvinna väljer att föda hemma utsätter hon sig själv och sitt barn för "onödiga risker". Kvinnor som väljer hemförlossning menar å sin sida att riskerna med födandet inte alltid

är förknippade med förlossningen i sig utan också kan vara ett resultat av att en kvinna väljer att föda sitt barn på sjukhus. Exemplet som följer nedan är två svar på "snackinlägget" som bland annat pekar på att det även finns risker med att föda på sjukhus eller det faktum att man inte kan skydda sig mot allt om man inte vill "leva hela sitt liv inne på sjukhuset".

### **Det kanske aldrig hade hänt...**

...om du hade fött hemma. Att moderkakan inte vill lossna efter barnets födsel är faktiskt vanligare om man föder på sjukhus, särskilt om man har haft medicinsk bedövning och/eller värkstimulerande dropp under förlossningen.

Sedan är det ju faktiskt så att man har visat i flera undersökningar att hemförlossning faktiskt t o m är SÄKRARE för mor och barn, under förutsättning att mamman är fullt frisk, barnet är fullgånget och normalviktigt och att graviditeten har förlöpt normalt. Och under förutsättning att mamman har max 30 minuters färd till sjukhus.<sup>108</sup>

Men ytterst handlar väl detta om att man ska ha rätt att föda på den plats där man känner sig tryggast. Om du känner dig tryggast på sjukhus, så är det där du ska föda. Om jag eller någon annan känner oss tryggast med att föda hemma, så är det rätt för oss.

Och slutligen, när det gäller riskerna – inte tror du väl på allvar att de som föder hemma vill spela roulette med sitt barns säkerhet? Givetvis har de fattat ett noga övertänt beslut.

[föräldraNätet/snack/föda Hemma 2003-03-13]

### **Är det en fråga?**

Hur kan man vilja utsätta sig själv och sitt barn för mera risker än nödvändigt?

Mitt svar på det är att jag anser det vara just en risk att utsätta sig för att i Stockholm föda på sjukhus. Men jag hade nog inte gjort samma val om jag hade haft tio mil till sjukhus istället för 10 minuter.

Förresten så hade min nyförlösta granne en blödning från livmo-

dern härom veckan, i hemmet tänka sig. Hon blödde över en liter blod hemma i badrummet. Det är ju också en himla risk, men man kan väl inte leva hela sitt liv inne på sjukhuset för det?

[föräldraNätet/snack/ föda Hemma 2003-03-14]

Även kvinnor och män som försvarar hemfödande går alltså in i diskussioner om risk och värderar risker (t.ex. att det är skillnad om man har 10 mil eller 10 minuter till sjukhuset). Ett vanligt argument är att sjukhusmiljön i sig kan skapa otrygghet, vilket kan orsaka komplikationer (t.ex. större smärta och värksvaghet) och därmed medicinska interventioner (t.ex. farmakologisk smärtlindring och värkstimulerande dropp), vilket i sin tur kan leda till ytterligare komplikationer (sugklocka eller kejsarsnitt). Den trygghet som en del kvinnor uppnår genom att föda i hemmet, omgiven av människor hon känner väl, kan som en hemförlossningsbarnmorska formulerat det för mig, "*fungera som alternativ smärtlindring*". Utgångspunkten är att förlossningsförloppet fungerar som bäst om man låter den födande kvinnan vara ifred i så stor utsträckning som möjligt.

Vid sidan av att sjukhusmiljön kan kännas främmande och så kan det, som jag tidigare varit inne på, också upplevas som svårt att föda i fred inom ramen för sjukvårdens riskfokuserade paradig. För det första kan starkt fokus på faror med födande minska den trygghet och tillit en kvinna kan känna till sin förmåga att föda. För det andra kan en betoning på risker leda till fler interventioner i förlossningsförloppet än vad som kanske är nödvändigt. Viisainens intervjustudie av hemfödare i Finland visar att kunskap om iatrogeniska risker, det vill säga risker som följer av medicinsk praktik, ofta anges som bakgrund för beslutet att föda hemma istället för på sjukhus (2000). Varje intervention, nödvändig eller onödig, medför i sig dessutom inte bara ytterligare risker för komplikationer utan kan också leda till nya interventioner.

Att hemmaföderskor fokuserar på riskerna med ett hospitaliserat födande behöver inte innebära att de ignorerar eller saknar kunskap om de risker som betonas av vården. Mitt intryck är snarare att kvinnor och män som väljer att föda hemma ofta är mer insatta och pålästa när det gäller medicinska risker jämfört med kvinnor och män som följer mödra-

vårdens snitslade bana. Delvis är det kanske en konsekvens av att hemfödare tar en moralisk risk (Viisainen 2000) när de går emot medicinsk auktoritet och därför känner ett större behov att kunna ta ansvar för sitt beslut och dess eventuella konsekvenser. Men det är också en konsekvens av att blivande föräldrar förbereder sig för att ta ett ansvar för födandet som många andra föräldrar lämnar över till sjukvården:

För mig var det så här: Efter att jag tagit reda på alla fakta jag kunde hitta och bildat mig uppfattningen att det faktiskt inte ÄR farligare att föda hemma, då stod jag där med följande fråga: Om jag föder på sjukhus och barnet dör, då kommer "alla" att säga att jag i alla fall gjorde mitt bästa. Men om barnet dör hemma, då kommer "alla" att säga/insinuera att det var mitt fel. Frågan är: Kan jag stå ut med det, om jag själv vet att det lika gärna kunde ha hänt på sjukhus? Kan jag stå ut med att jag för att jag var rädd för vad andra människor skulle tycka och säga, mot min egen övertygelse valde att föda på sjukhuset och barnet dog pga felbehandling av stressad personal? Vad jag än väljer så är det jag som måste välja, och jag blir tvungen att stå för mitt beslut. Våga måste jag – frågan är inte OM jag ska våga, utan VAD jag ska våga. Ingen liten fråga alltså.

[föräldraNätet/snack/föda hemma 2000-03-27]

Ett samtalsämne som kom upp på ett av de Föda-hemmamöten jag deltog i var just ansvarsfrågan och vikten av att vara medveten om betydelsen av att kunna stå för sitt beslut, inför sitt barn, sig själv och andra personer om något skulle hända. Hemförlossning implicerar ofta ett alternativt perspektiv på graviditet och födande jämfört med hur mödravården är organiserad i Sverige men innebär långt ifrån alltid ett avstånds-tagande från den svenska medicinska modellen. De hemförlossningar jag känner till har varit noggrant planerade. De har också varit ett resultat av ett noggrant övervägande av olika teoretiska risker med utgångspunkt i varje enskild kvinnas hälsa och livssituation. Eftersom de flesta kvinnor väljer att göra regelbundna besök i mödravården brukar en sådan avvägning inkludera en medicinsk riskbedömning av graviditeten för att utesluta att kvinnan till exempel väntar tvillingar, har graviditetsdiabetes,

högt blodtryck, att barnet ligger i säte eller är ovanligt stort eller överbundet. Att ta steget till att föda hemma är med andra ord varken okomplicerat eller befriat från tankar på medicinsk kunskap, risker och ansvar. Det är kanske till och med så att den moderna medicinen är en förutsättning för att många kvinnor väljer att föda hemma.

Kvinnökönets särart betonas ibland i samtal och berättelser om hemfödande. Hemfödern Helena Yli-Koski formulerar, i ett brev till tidskriften *Födelse och föräldraskap*, kvinnans särart och styrka på följande sätt: "Min sanning är den, att den kvinna som äger sin livmoder inte kan förtryckas. Hon äger sitt liv".<sup>109</sup> En del hemfödernas fokus på kvinnokroppen som tillgång, dess förmåga att föda och kvinnors kompetens och kapacitet att ta ansvar för sitt eget födande utmanar bilden av kvinnokroppen som ett belastande öde. Utgångspunkten är vidare att kvinnokroppen är bra som den är och att det är undantag snarare än regel att "naturen" behöver hjälp på traven. Ibland brukar olika sorters feminism lite förenklat delas upp i särarts- och likhetsfeminism. Särartsfeminismen är gynocentrisk och vill med sin betoning på det specifika med kvinnökön höja dess värde och status. Konsekvenser av ett sådant perspektiv i reproduktiva sammanhang är att graviditet och födande synliggörs och att kvinnor ges auktoritet och tolkningsföreträde i egenskap av sitt kön (förmågan att vänta och föda barn). I föreningen Föda hemmas tidskrift *Födelse och föräldraskap* återspeglas gynocentriska tankeströmningar vid sidan av olika förlossningsberättelser om "kvinnokraft" och "urkrafter" i tidskriftens utformning av ledaren i början av tidningen och krönikan i slutet. Ledaren kallas, med glimten i ögat, "Äggledaren" och krönikan för "Livmodermunnen".

Ett likhetsperspektiv innebär ofta en problematisering av ett särskiljande mellan könen med hänsyn till biologi (biologism) eftersom det ofta sker på bekostnad av ett synliggörande av det socialt och kulturellt konstruerade könet samt en legitimering av sneda maktrelationer mellan könen. Eftersom mannen utgör normen i vårt samhälle så väljer också många kvinnor av såväl ideologiska som pragmatiska skäl att underkommunicera betydelsen av graviditet, amning och föräldraskap eftersom reproduktion även på 2000-talet kan innebära ett hinder för kvinnor på arbetsmarknaden.

## HEMFÖDANDE OCH BIOMEDICINSK KUNSKAP OCH TEKNIK

I ett av de tidigare citerade diskussionsinläggen ovan beskriver en person ett antal förutsättningar som krävs för att en hemförlossning ska kunna betecknas som lika säker (eller säkrare) som en sjukhusförlossning. Ett av dessa kriterier är att den födande kvinnan hinner ta sig till ett sjukhus inom loppet av 30 minuter om komplikationer skulle tillstöta. Jag uppfattar tidsangivelsen som ett uttryck för de förhandlingar som pågår, det vill säga förhandlingar om risker å ena sidan (medicinska och iatrogena) och förhandlingar om olika sorters trygghet (tryggheten i att befinna sig på ett sjukhus om problem skulle uppstå och tryggheten i att föda hemma med "mindre teknik" och "mer händer"<sup>110</sup>) å andra sidan. Är man bosatt i Stockholm har det varit möjligt att från januari 2002 söka och få beviljat ett bidrag från Stockholms läns landsting på 15 000 SEK för kostnader i samband med en hemförlossning. För att få ett bidrag beviljat krävs emellertid att ett antal förutsättningar uppfylls, som exempelvis att kvinnan är omföderska, att tidigare förlossning varit vaginal och okomplicerad, att kvinnan haft normala värden vid mödravårdskontroller enligt basprogrammet, att kvinnan diskuterat risksituationen med obstetriker i samband med en slutkontroll, att två barnmorskor medverkar vid förlossningen och att transport till förlossningsklinik kan ske snabbt (HSN 2002-06-26 och Janouch 2002). Dessa kriterier diskuteras vid upprepade tillfällen i olika diskussioner jag tagit del av i "verkliga livet", på e-postlistor och på *föräldraNätet*. Hemfödare funderar ofta kring möjligheten att "onormala fynd" ska göras eftersom det kan komplicera valet att föda hemma. Hur tillförlitliga är mätresultaten? Var går gränsen för vad som är normalt och inte? Kan det vara så att mödravårdspersonalen överbetonar risker eftersom de innerst inne inte accepterar valet att föda hemma? I Viisainens studie finns exempel på föräldrar som låter bli att berätta om sin planerade hemförlossning på grund av att de är rädda att det kan öka sannolikheten för att mödravårdspersonalen ska göra "onormala fynd" (2000).<sup>111</sup> Viisainen ger också exempel på kvinnor som föder hemma trots vetskap om en förhöjd medicinsk risk. Då kombineras den

biomedicinska riskbedömningen med kunskap av ett mer intuitivt slag. Kvinnorna säger att de känner stark tillit till att allt kommer att gå bra ändå (Viisainen 2000). Intuitiv eller tyst kunskap är ett tema som ofta går igen i hemförlossningsberättelser liksom en form av andlighet som sträcker sig bortom de teoretiska riskkalkylernas horisont. Kanske handlar det om en djup önskan om att få släppa taget och känna tillit till livet såsom det gestaltar sig istället för att försöka kontrollera det till varje pris? På samma sätt, som jag redan varit inne på, beskriver hemförlossningsbarnmorskor hur deras handlingar ibland guidas mer av intuition än biomedicinsk analys av en specifik situation och att den biomedicinska världen kan vara svår att förena med den intuitiva. Rent konkret handlar det ofta om att vänta istället för att intervensera vilket gör att det biomedicinska riskfokuserade perspektivet kan upplevas som störande för såväl födande kvinna som barnmorska.

## AUKTORITATIV KUNSKAP, FÖRHANDLINGAR INOM RISKENS PARADIGM OCH PARALLELLA SAMTAL

Medicinska riskbedömningar som omgärdar graviditet och födande blir särskilt synliga i förhandlingar om var och hur födandet ska gå till. När hemförlossning motiveras och ifrågasätts sker det i regel med hänvisning till medicinska risker för mor och barn. Oavsett om kvinnor vill föda hemma, på sjukhus eller genom kejsarsnitt förhåller de sig till medicinska risker. Risker kan med andra ord användas som argument såväl för som emot olika sätt att föda. Kvinnor som föder hemma går på ett plan emot medicinsk auktoritet. På ett annat plan anpassar de sig i viss mån i och med att de ofta argumenterar för sitt val inom samma medicinska tolkningsram. Min tolkning är att det är svårt eller till och med omöjligt att tänka kring födande utanför den medicinska ramen för riskbedömningar och vill kvinnorna öka sitt inflytande över graviditet och födande måste de förhandla på "maktens" villkor.

Risker förknippade med olika förlossningssätt är svåra att jämföra med varandra och forskare är oeniga om de epidemiologiska konsekvenserna av olika sätt att organisera förlossningar vilket i sin tur skapar ett

utrymme för förhandling. Men variationer i bedömningar av risker handlar inte bara om olika sätt att bedöma och definiera risker med födandet. Det handlar i stor utsträckning också om att väga olika typer av risker mot varandra. Som jag visat fokuserar kvinnor som vill föda hemma på så kallade iatrogeniska risker. Risköverläggningar influeras vidare av vem som har tolkningsföreträde i en förhandlingssituation, det vill säga vem som har makt att definiera och, kanske ännu viktigare, vem som har beslutsmakt. Samtliga av dessa aspekter påverkar den enskilda kvinnans handlingsutrymme och möjligheter att välja hur och var hon vill föda.

Riskdiskursen är hegemonisk eftersom riskargumenten ofta bildar en slags auktoritativ kunskap, det vill säga är den kunskap som har störst tyngd när beslut ska fattas angående kvinnors födande (Jordan 1993). Det blir särskilt tydligt eftersom kvinnor som avviker måste förhandla om sina önskemål med barnmorskor och läkare. Samtidigt har den utökade patienträtten och betoningen av patienters autonomi sannolikt bidragit till att utrymmet för förhandling utvidgats liksom att Internet blivit en allt viktigare källa till motkunskap. Det blir synligt när kvinnor problematiserar olika aspekter av den mödravård de möter även om sjukvårdspersonalen i slutändan oftast har sista ordet när det gäller beslut kring födandet.

Samtidigt handlar riskdiskursens överordnade betydelse inte bara om en relation mellan kvinnor och mödravård. Vårt samtida riskfokus handlar om mer än så. Samtal om risk uppfattas ofta också som mer rationellt eller modernt genom att det ligger nära ett medicinskt eller epidemiologiskt synsätt. Kvinnor bidrar också själva till att risk bildar en hegemonisk diskurs. Risk är en internaliserad del av allas vårt tänkande.

Eftersom medicinska riskargument ofta är höjda över alla andra argument och perspektiv, så dominerar, döljer eller förminskar diskursen betydelsen av andra aspekter av graviditet och födande som också är relevanta och viktiga för kvinnor. Vår upptagenhet av medicinska risker är bara en sida av ett pågående samtal om födande. Kanske kan vi tala om parallella samtal. Om vi lyssnar till kvinnors tankar kring hur de vill föda och föder kan vi, vid sidan av resonemang om risker, också få tillgång till andra viktiga aspekter av graviditet och födande. Framförallt vill jag lyfta fram att kvinnor, oavsett hur de väljer att föda, betonar betydelsen av att

ha kontroll över sitt födande och betydelsen av att få känna sig trygg. Kontroll och trygghet är med andra ord relativa begrepp och beroende av kontext. Det kan exempelvis handla om behov av att skydda sin integritet, att skydda sig mot vad man upplever som potentiella kränkningar, en önskan om att själv få välja och ett värnande om egna perspektiv och känslor i förhållande till dominerande perspektiv. Det parallella samtalet, som är av ett mer existentiellt eller expressivt slag, handlar om känslor, tillit, moral, rädslor och tankar kring liv och död. Bägge samtalen är av stor betydelse för de kvinnor jag mött och det ena samtalet kan inte ersätta det andra. Vad jag vill peka på är att det ena samtalet, den medicinska riskdiskursen, har fått en överordnad position vilket är problematiskt eftersom de minskar de blivande mödrarnas möjligheter att få gehör för andra aspekter.

## HEMFÖRLOSSNING OCH KEJSARSNITT – TVÅ SIDOR AV SAMMA MYNT?

Hemförlossning kan på en generell nivå beskrivas som ett friare val jämfört med ett kejsarsnitt. Föda hemma kan en kvinna göra utan att vara beroende av en obstetriker. För en person som vill undvika tekniska ingrepp och skalpeller kan ett kejsarsnitt framstå som absolut underkastelse och kontrollförlust. Men för en annan kvinna kan just vetskapen om att det på sjukhuset finns läkare och skalpeller representera trygghet och kontroll.

I allmänna diskussioner om graviditet och födande i Sverige så brukar tonen ibland vara lite raljerande när det handlar om kvinnors behov av kontroll. Kvinnors kontrollbehov och en strävan efter effektivitet är sällan något som uppmuntras och idealiseras i dessa sammanhang. Åtminstone inte om det gäller de former av kontroll som kan uppnås genom ett planerat kejsarsnitt. Snarare förordas ofta en förmåga att kunna släppa taget och ge sig hän i förlossningssituationen. Att släppa taget kan förvisso vara ändamålsenligt när det gäller vissa aspekter av en förlossning eftersom det rör sig om en svårkontrollerbar situation. En erfaren förlossningsläkare jag talat med citerade vid ett tillfälle Tove Janssons

muminmamma som lever efter devisen "Allt kan hända, alltså är jag lugn". Det gäller med andra ord att sortera ut vad som går att påverka och vad som inte kan kontrolleras och när det gäller sådant som är bortom ens kontroll så är det ibland "effektivare" att "släppa taget".

Men ett sådant perspektiv förutsätter en viss typ av förväntning på förlossningen som de "kejsarinnor" jag talat med inte delar. För dem är det inte ett självändamål att föda vaginalt. De saknar motivation att "släppa taget". Kvinnor som vill föda hemma, å andra sidan, vill "släppa taget" och menar att det är lättare om de kan undvika det medicinskt övervakade födandet som äger rum på sjukhus.

Vad som upplevs skapa kontroll och trygghet varierar och är alltså beroende av en kvinnas förväntningar. Begreppet kontroll är beroende av kontext och vilken aspekt av födande som avses. Vi måste fråga oss vad det är kvinnan vill kontrollera? Är det smärtan, situationen, platsen för födande, vem som är med, medicinska risker eller något annat? Självbestämmande, både vad de gäller kvinnor som önskar planerat kejsarsnitt och kvinnor som vill föda hemma, handlar om just rätten att själv få avgöra vad som upplevs skapa en känsla av kontroll, tillit och trygghet.

Jag inledde kapitlet med att skriva att hemförlossning utgör en kontrast till den cyborgifiering av graviditet och födande som jag beskrivit i tidigare kapitel. Jag skriver också att kvinnor och män som föder hemma aktivt väljer bort den teknik och medicinska kompetens som ett sjukhus har att erbjuda. Men även om det finns uppenbara skillnader mellan sjukhusförlossningar och hemförlossningar så är skillnaderna mellan kvinnor som väljer att föda hemma och kvinnor som väljer farmakologiskt smärtlindrade sjukhusförlossningar eller planerade kejsarsnitt inte så stora som man kanske kan tro vid en första anblick. Det finns också viktiga likheter.

De handlar i bägge fallen om kvinnor som vill vara med och bestämma över sitt födande. Dessa kvinnor är också beredda att ta eget ansvar för sina beslut, även om de går emot såväl den medicinska expertisens syn på saken som den närmaste omgivningens. Behovet av att skapa en känsla av kontroll, trygghet samt möjlighet att själva bestämma hur deras födande ska organiseras genomsyrar alla de berättelser jag tagit del av. Såväl ett planerat kejsarsnitt som en hemförlossning uttrycks i kvinnor-

nas berättelser som strategier för att värna om integritet och undvika "påtvungad" intimitet. Biomedicinsk kunskap och teknik har vidare en roll att spela i båda situationerna. När det gäller kejsarsnittet så är kopplingen till medicinsk kunskap och teknik uppenbar men har även stor betydelse för hemfödande. Hemfödande är inte en strävan efter, eller återgång till, gamla "traditioner". Snarare är även detta en modern företeelse som innefattar medicinsk kunskap, självreflektion, individualism och, framförallt, valmöjligheter. I Sverige idag är hemförlossning ett aktivt val i en situation där sjukhusförlossningen finns som ett alternativ eller backup.

Likheterna jag har lyft fram innebär att det inte enbart går att förklara valet av förlossningsätt utifrån exempelvis ideologi eller ett polariserat perspektiv på graviditet och födande. Jag tror därför att det kan vara mer fruktbart att undersöka olika önskemål kring graviditet och födande som en variation av strategier som i grunden handlar om en strävan efter att tillgodose behov av integritet, självbestämmande, trygghet och kontroll.

## NOTER

<sup>92</sup> Idag sker mindre en promille av alla förlossningar i hemmet. Om svenska kvinnor fritt fick välja var de skulle föda sitt barn skulle antalet hemförlossningar (Hildingsson et al. 2003).

<sup>93</sup> Vid tiden för mitt fältarbete rörde det sig om en kostnad av 15- till 20 000 SEK (personlig kommunikation med hemföderskor).

<sup>94</sup> Frågan om varför det inte går att få ersättning i Uppsala debatterades år 2000 i UNT av representanter för föreningen *Föda Hemma* och chefen för förlossningskliniken på Uppsala akademiska sjukhus: "Lika säkert att föda hemma". Debatt 4 juli 2000 och "Hemförlossning-varför inte!" Debatt 17 augusti 2000. Diskussionen handlade om säkerheten/riskerna med hemfödande, fördelning av ekonomiska resurser och neddragningar som gjorts inom förlossningsvården.

"Hemförlossning har varit en kontroversiell fråga inom förlossningsvård i Sverige liksom i många andra länder. Debatten har inte kunnat förankras i den vetenskapliga litteraturen eftersom det inte funnits, och fortfarande inte finns, några stora randomiserade kontrollerade studier som utvärderar för- och nackdelar jämfört med sjukhusvård [...] Med utgångspunkt från klinisk erfarenhet vet man att vissa obstetriska komplikationer, exempelvis blödning och skulderdystoci, kan inträffa oförutsett och inom kort tidsrymd få dramatiska följder. Dessa händelser är sällsynta, men då konsekvenserna kan vara livshotande för både mor och barn måste även dessa tas på stort allvar. Detta är den grundläggande problematiken bakom förlossningsvård på avstånd från moderna förlossningskliniker." *Handläggning av normal förlossning – State of Art*. Socialstyrelsen/Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi. Pdf-fil 2001:50, nedladdad från [www.sfog.se](http://www.sfog.se) 8 mars 2006.

<sup>95</sup> [www.fodahemma.org](http://www.fodahemma.org)

<sup>96</sup> Det finns också en e-postlista på samma tema, kopplad till webbplatsen

Föräldrakanalen, som jag varit ansluten till mellan september 1999 och januari 2004.

<sup>97</sup> Skaran av hemfödande kvinnor inkluderar även celebriteter som vår svenska drottning som fött två av sina barn hemma. Mina beskrivningar och slutsatser är emellertid baserade på möten med medlemmar ur föreningen Föda Hemma. Dessa kvinnor är välbekanta med den svenska mödravården och väljer aktivt hemfödande om det är praktiskt och ekonomiskt möjligt. Men det finns också kvinnor som känner sig otrygga med den svenska mödravården eftersom de upplever den som främmande och exotisk jämfört med tidigare erfarenheter i andra länder. Ett exempel är Lisbeth Sachs beskrivning och analys av den turkiska kvinnan Meleks svenska sjukhusförlossning. Melek hade fött fem barn hemma i sitt ursprungsland och upplevde sjukhusförlossningen som både mer skrämmande och komplicerad jämfört med sina tidigare förlossningar (Sachs 1983: 130ff).

<sup>98</sup> Kirsi Viisainen som har forskat om hemfödande i Finland lyfter fram "self-determination, control and trust in one's intuition" som tre centrala aspekter för kvinnor som talar om och eftersöker naturligt födande (2001).

<sup>99</sup> Varför vill jag föda hemma? Skrivlust. Av Josefine *Allt för föräldrar – din familj på nätet*. [www.alltforforaldrar.se](http://www.alltforforaldrar.se). 2005.

<sup>100</sup> Utan barnmorska. Av Anna. *Födelse och föräldraskap*. 2002(3):20-22.

<sup>101</sup> Se fotnot 95.

<sup>102</sup> Att föda hemma-en pappas berättelse. *Födelse och Föräldraskap* 2000 (1):6-10.

<sup>103</sup> Att vandra mellan två världar. Av Agneta Bergenheim, *Jordemoder Födelse och Föräldraskap* 2002(3):24-25.

<sup>104</sup> Ordet doula är grekiska och betyder fritt översatt en kvinna som ger omvårdnad. "En doula är en kvinna som har erfarenhet av förlossningar och är

tränad i att ge stöd och information till den födande kvinnan och hennes närmaste under graviditet, förlossning och den första tiden efteråt. En doula har inget medicinskt ansvar, ger inga medicinska råd och hennes roll är tydligt avgränsad i förhållande till personalen på förlossningsavdelningen". Källa: ODIS Organisationen för doulor i Skandinavien: [www.doula.nu](http://www.doula.nu).

<sup>105</sup> 2002 (2):26-29.

<sup>106</sup> På *föräldraNätet* betecknas vissa snack som känsliga. Syftet är att påminna om att ämnet är känsligt och uppmana medlemmarna att ta extra hänsyn.

<sup>107</sup> DN 9 maj 2000; SvD 2 maj 2002; DN 30 april 2002; UNT 4 juli 2000.

<sup>108</sup> Skribenten uppger ingen källa men troligen åsyftas bland annat en studie av Ole Olsen (1997) samt Socialstyrelsens allmänna råd om hemförlossning (SOSFS 1990:22).

<sup>109</sup> "Jag är livmoderfeminist". *Födelse och Föräldraskap* 1999:1.

<sup>110</sup> Cayenne Ekjordh, hemförlossningsbarnmorska citerad i DN 2 maj 2002.

<sup>111</sup> En svensk hemföderska jag träffat redogjorde för liknande tankar. Vid en ultraljudsundersökning fastställdes det att hon hade för lite fostervatten, vilket ledde fram till beslutet att förlossningen inducerades (sattes igång på konstgjord väg). Kvinnan undrade om det eventuellt var en tolkning som delvis var influerad av att hon hade velat föda hemma istället.



## KAPITEL 7

# I GRÄNSLANDET MELLAN ANTROPOLOGI OCH MEDICIN

Våra liv är inramade av biomedicinsk kunskap och teknik. I takt med biomedicinska landvinningar tycks våra förväntningar på att kontrollera olika aspekter av livet att öka ännu mer. Ökad kunskap om risker i kombination med teknik tycks ge upphov till en dynamik som resulterat i att intervention framstår som mer ansvarsfullt och moraliskt jämfört med att avstå från att agera.

I det här arbetet har jag gjort graviditet och biomedicinsk teknik till ett antropologiskt fält. Jag har undersökt hur olika synsätt på graviditet och födande påverkar gravida kvinnors handlingsutrymme i Sverige. Gravida kvinnor finns överallt, i städer, på landsbygden och i olika samhällsklasser. Deras fysiska tillstånd är temporärt och de möts endast tillfälligt i grupper. Barnmorskemottagningen är en plats där gravida kvinnor kan träffas. Diskussionsgrupper på Internet är en annan. Graviditet aktualiseras som tema även på andra sätt, i form av människors minnen av graviditet och födande, genom normer för hur en gravid kvinna bör vara och agera, i massmediadebatter och i en medicinsk diskurs. Jag har därför använt mig av begreppet *pregnoscape*, en parafrasering av Arjun Appadurais begrepp *ethnoscape* (1991) med syfte att fånga in den svenska tolkningsram inom vilken graviditet konstitueras.

Den gravida kroppen är en arena där det personliga möter det allmängiltiga och där det kroppsliga vävs ihop med samhälleliga intressen och ideal. Det som händer på denna arena återspeglar och reproducerar med andra ord inte bara en individuell och unik erfarenhet utan också kollektiva erfarenheter, värderingar och perspektiv. Här bryts olika diskurser om teknik, risk och kön mot varandra. Mödravården dominerar arenan och gravida kvinnor måste i regel underordna sig den auktoritativa kunskap som produceras av biomedicinens representanter. Det innebär emellertid inte att kvinnor oreflekterat anpassar sig till och handlar i enlighet med de rekommendationer som ges. Snarare innehåller kvinnors berättelser om mödravården också ett ifrågasättande av medicinska praktiker.

Det finns en paradox i att människor både har blivit alltmer beroende av medicinen och i allt större utsträckning ifrågasätter medicinsk auktoritet. De gravida kvinnorna är själva i hög grad orienterade i ett medicinskt synsätt och språkbruk. Och detta gäller alla kvinnorna, vare sig de ville föda genom planerat kejsarsnitt, på sjukhus eller hemma.

Efter många års problematisering och kritiskt granskande av ett medikaliserat födande har vi idag en situation där alltför många kvinnor kräver medikalisering istället för att ifrågasätta ett teknifierat födande. Jag menar därför att vi istället för att utgå ifrån att kraven på ett medikaliserat födande är konstigt, "onaturligt" eller obegripligt måste acceptera att medikaliseringen är en rationell respons på decennier av cyborgifiering av graviditet och födande. Mödra- och förlossningsvården, har som en del av en generell samhällsutveckling, bidragit till denna utveckling även om intentionerna ibland varit rakt motsatta.

Om motsatsen till medikalisering är "demedikalisering" så är det inte realistiskt att förvänta sig att särskilt många människor är beredda att hoppa av tåget och låta bli att använda medicinska upptäckter och behandlingar som kan lindra smärta och lidande (Kohler Riessman 1992). Vi kan inte säga nej till vetenskap, teknik och medicin, skriver antropologerna Gary Lee Downey och Joseph Dumit i samma anda i *Cyborgs ans Citadelles*: "Even if we wanted to, we cannot say No to the medical complex that appropriates our bodies, defines our state of health, and

positions us in a continuum of fitness from the temporarily abled to the permanently disabled" (1997:5).

Medicinsk kunskap och teknik utgör idag en så grundläggande del av det pregnoscape som ramar in graviditet och födande att den tas för given. En antropologisk analys kan därför inte begränsas till en kritisk analys av medicinsk kunskap och teknik och ett oproblematiserat offerperspektiv. Den självklarhet med vilken kvinnor konstruerar sina upplevelser av graviditet och födande i relation till mödravårdens resurser måste ges utrymme i en antropologisk förståelseram. Min utgångspunkt har därför varit att så förbehållslöst som möjligt undersöka den ständiga närvaron av vetenskap, teknik och medicin i våra kroppar och i våra jag. Och som Downey och Dumit skriver: "[H]ow are we to understand our often intense hunger to say Yes?" (1997:5).

Mödravård i Uppsala erbjuder samtal med barnmorska, rutinundersökningar, vid behov fosterdiagnostik och specialistvård, gruppträffar för kvinnor, föräldrautbildning samt ett medicinskt övervakat födande på sjukhus. Barnmorskan har en tolkande funktion under graviditeten. Hon förklarar medicinska rutiner och hjälper kvinnorna att tolka olika graviditetssymptom som kan följa av en graviditet. Barnmorskan ägnar också tid åt frågor av social och känslomässig karaktär. För de flesta blivande föräldrar jag träffat ger mödravården en upplevelse av trygghet. Särskilt uppskattade är medicinska rutinundersökningar som på olika sätt bekräftar graviditeten. Följer graviditeten ett normalt förlopp? Kommer det att gå bra? Den första frågan speglar en instrumentell form av riskhantering och den senare en expressiv form. Men jag har också funnit en logisk men motstridig funktion i det sätt som mödravården är organiserad på. Å ena sidan betonar mödravårdspersonalen att graviditet i sig själv är ett friskt tillstånd och att den för de mesta framskrider utan komplikationer. Å andra sidan informerar barnmorskorna om olika risker med livsmedel och levnadssätt och utför olika undersökningar och provtagningar för att kunna upptäcka eventuella patologiska avvikelser i god tid. På så sätt uppmärksammades blivande föräldrar också på allt som *skulle kunna* hända. Dessa dubbla budskap skapar i sin tur ett spänningsfält och ett utrymme för spekulationer och oro hos blivande föräldrar.

Graviditetstester och rutinmässiga ultraljudsundersökningar är två

exempel på hur sammanflätat medicinsk kunskap och teknik är med kvinnors upplevelser av sina graviditeter. Båda teknikerna har visualiserande och bekräftande egenskaper som kan beskrivas som "beroendeframkallande". Graviditetstester har blivit ett ämne för livliga och personliga diskussioner på *Allt för föräldrar*. I så kallade ankomstgrupper kan kvinnor kommunicera med andra kvinnor som befinner sig i samma fas av sin menstruationscykel eller graviditet. Samtalen om graviditetstesterna återspeglar en otålighet och ett behov av omedelbar bekräftelse som inte bara är utmärkande för gravida kvinnor utan också för samhället i stort (jmf Hylland Eriksen 2001). Otåligheten hör ihop med en vilja att få veta så snabbt som möjligt om graviditet föreligger. Behovet av att få graviditeten bekräftad upprepade gånger är ett uttryck för en mer expressiv dimension av kvinnornas teknikanvändning.

Rutinmässig ultraljudsundersökning utförs i Uppsala i regel mellan 17:e och 18:e graviditetsveckan. Vid denna tidpunkt har kvinnorna redan känt av sina graviditeter genom diverse "graviditetssymptom". Utelivna menstruation, illamående, spänningar i bröstet, en växande mage och ibland även förnimmelser av fosterrörelser innebär att det egentligen inte fanns några frågetecken kring att kvinnorna var gravida. Trots detta tillskrev kvinnorna, utöver instrumentella aspekter som det kliniska värdet, ultraljudsundersökningen en stor betydelse genom dess potential att verkliggöra och synliggöra graviditeten.

Kritiska analyser av sociala och kulturella dimensioner av ultraljudsundersökningar har fokuserat på att användning tenderar att bidra till en objektifiering av den gravida kroppen. Det finns en uttalad rädsla för att det "tekniska kvickandet" tränger bort mer subjektiva upplevelser av graviditeten. Den entusiasm med vilken kvinnorna beskriver undersökningen innebär emellertid att vi även måste ta hänsyn till att det finns ett aktivt subjekt bakom den "objektifierade" kroppen. Ett subjekt som kanske inkorporerar visualiseringen av det ofödda barnet i de mer kroppsligt medierade upplevelserna, snarare än alieneras från sin kropp.

Kvinnor som efterfrågar planerade kejsarsnitt på eget initiativ kan betraktas som en kontrast till det svenska idealet, som är en "naturlig" förlossning på sjukhus. Men dessa kvinnor kan också beskrivas som personer som accepterat och tagit konsekvenserna av samtidens cyborgifie-

rade livsstil. Utifrån ett sådant perspektiv kan den kroppsliga erfarenheten av graviditet och födande lite tillspetsat beskrivas som en anakronism i vår teknifierade tid. De som vill ha kejsarsnitt avviker på flera sätt från en svensk norm vilket speglas i de reaktioner deras önskemål skapar i såväl den närmaste omgivningen som i mediadebatter. Genom sina önskemål och sitt agerande utmanar de barnmorskors och läkares auktoritativa kunskap. De tar också avstånd ifrån en syn på kvinnlighet där vaginalt födande ges ett betydande värde.

I debatten om kejsarsnitt i svenska medier framträder den gravida kroppen som en arena för sociala sanningar och motstridiga perspektiv som inte bara berör mänsklig reproduktion utan även rör vid en nerv som löper genom hela samhället. Frågor väcks om vad som är naturligt och onaturligt, om det naturliga per definition är bra, om det finns gränser som bör bevakas när det gäller att tänja på kroppens gränser och vilka konsekvenser det i så fall kan ha att manipulera kroppens gränser. Frågor aktualiseras också om vad en kvinna är och hur en "riktig" kvinna bör agera.

Kvinnor som väljer att föda hemma utgör också en kontrast till en svensk norm för hur födandet bör gå till. Dessa kvinnor väljer aktivt bort ett medicinskt övervakat födande. De väljer medvetet bort medicinsk teknik och medicinsk expertis och litar till att den egna hemmiljön kommer att bidra till en komplikationsfri förlossning. Men kvinnor som föder hemma kan också beskrivas som en kategori vars födande förutsätter välfärd och medicinska framsteg. De kvinnor jag varit i kontakt med är pålästa och välinsatta i den medicinska kunskap som födande omges av i Sverige. Detta beror delvis på att även dessa kvinnors val ofta ifrågasätts och att de ofta känner att de måste motivera sitt agerande inom ramen för en medicinsk diskurs som fokuserar på risker. Kvinnor som föder hemma dras liksom kvinnor som vill föda genom kejsarsnitt in i förhandlingar om risker.

Även om graviditet och födande alltid har en stark ideologisk komponent så är det framförallt pragmatik och individuella behov som styr kvinnors önskemål och val. Det går inte att förstå en enskild individs önskemål och val enbart utifrån en specifik ideologi. Ett alltför polariserat perspektiv på cyborger döljer nyanserna och de varierande förhåll-

ningssätt som finns till teknik. Även om det finns ideologiska komponenter i resonemang kring naturlighet och teknik så visar min studie också att det finns pragmatiska grunder för hur kvinnor agerar. Särskilt slående var detta när jag började upptäcka likheter mellan hemfödorskor och frivilliga kejsarinnor, som trots allt valde så diametralt motsatta förlossningssätt. Precis som för kvinnorna som valde att hålla sig till mödravårdens snitslade bana så var ett återkommande tema hos såväl hemfödorskor som frivilliga kejsarinnor sökandet efter strategier som skapade känslor av trygghet och kontroll. I detta avseende är hemförlossning och kejsarsnitt två sidor av samma mynt.

Ur avhandlingsarbetet har en ny rad frågeställningar vuxit fram. I samband med att jag skriver om ultraljud gör jag skillnad mellan instrumentella och expressiva aspekter av riskhantering. Syftet är att urskilja mer svårångade dimensioner av blivande föräldrars användning av ultraljundsundersökningen. Dimensioner som inte bara handlar om att kontrollera det kontrollerbara utan också om en slags existentiell hantering av den osäkerheten som varje gravid kvinna och blivande pappa måste leva i. I avhandlingen nämner jag på olika ställen hur kvinnor sade att det var rädda för att "utmana ödet". Det kunde handla om att vänta ett tredje barn, att undvika att berätta om sin graviditet "för tidigt" eller att vänta med att köpa en barnvagn tills barnet var fött. Under fältarbetet brukade jag också passa på att fråga blivande föräldrar vad de tänkte om den amerikanska sedvänjan att ordna en så kallad *babyshower*, det vill säga en bjudning i sjätte eller sjunde månaden av graviditeten för att fira det kommande barnet. I stort sett alla jag frågade svarade med ett rungande nej. I en svensk kontext framstod sedvänjan som i det närmaste otänkbar. Hur kan man fira något innan man vet om allt gått bra? Är inte det att utmana ödet? Jag tänker att det skulle vara givande att vidare undersöka vad kvinnorna menade med att utmana ödet. Jag tror att det kan hjälpa oss att ytterligare ringa in expressiva aspekter av riskhantering och riskdiskurs.

En annan frågeställning utgår ifrån diskussionsgrupperna på *Allt för föräldrar*. Vad är det *virtuella köksbordet* vid sidan av de ämnen som diskuteras. Jag tror det skulle vara fruktbart att mer i detalj undersöka vilka kvinnorna är, hur diskussionsgrupperna vuxit fram, vilka konsekvenser-

na är av mötena som sker där samt vad det har för betydelse att kommunikationen sker med skrivna ord.

En tredje frågeställning skulle kunna utgå ifrån betydelsen av klass, social och etnisk bakgrund i relation till graviditet och födande. Flertalet kvinnor jag talat med har varit välutbildade och socialt resursstarka. På Internet uppfattar jag de aktiva kvinnorna som tillhörande en mer blandad skara. Graviditet och födande är faser i livet som skär genom såväl klass- som geografiska gränser. Men en viktig skillnad är att resursstarka kvinnor har större möjlighet att göra sin röst hörd gentemot mödravården samt att förhandla sig fram till en önskvärd situation. I tider med en ekonomiskt ansträngd offentlig sektor blir detta särskilt relevant ur ett rättviseperspektiv

En fjärde uppsättning frågor rör vad tillit är för olika kvinnor. Trygghet och kontroll är ord som återkommer i mitt material. Samtidigt varierar strategierna för att tillgodose dessa behov. Det skulle vara spännande att mer i detalj analysera olika användningar av orden kontroll och trygghet. En systematisk jämförelse mellan hemföderskor och frivilliga kejsarinnor skulle kunna fungera som en god empirisk grund för en sådan analys.

Vi kan få en bättre förståelse av det som utspelar sig på den gravida kroppens arena om vi lägger fokus på *relationen* som uppstår mellan människa och teknik, det vill säga det jag i avhandlingen också kallat cyborg(er), istället för att fokusera på konflikter som kan uppstå mellan reproduktiv teknik och människa. Jag har i avhandlingen visat hur sammanvävd erfarenheten av graviditet och födande är med tekniker som graviditetstester, ultraljud och kejsarsnitt. Det går inte att beskriva graviditet utan att sätta in den i ett sammanhang där biomedicinsk kunskap och teknik utgör självklara inslag i vardagen. Det går inte heller att till fullo förstå användning och tolkning av teknik utan att i analysen inbegripa gravida individer och kollektiva värderingar och perspektiv.

Jag inledde avhandlingen med att hävda att det fokus på risker som återspeglas i mitt material är paradoxalt med tanke på att vi lever i en del av världen där dödligheten i samband med graviditet och förlossningen är mycket låg. Förklaringen till paradoxen är emellertid enkel. Det är just de resurser vi har att tillgå i ett välfärdsamhälle som Sverige som skapar

ett förhöjt fokus på risker. De spekulationer kring risker som blivande föräldrar ofta ägnar sig åt är i hög grad kopplade till den medicinska kunskapsproduktionen. Och kunskap om risker är tveeggat. Å ena sidan kan vi med hjälp av kunskap förutse och i bästa fall undvika komplikationer. Å andra sidan gör kunskap kvinnorna uppmärksamma på potentiella risker, som kanske sällan materialiseras, och därmed skapar oro i onödan. För en del kvinnor blir oron i sig en belastning och kan leda till överkonsumtion av mödravård.

Teknikens imperativ är att om vi kan göra något så bör vi göra det. Det är inte så enkelt att vi kan välja teknik eller avstå. När tekniken finns tillgänglig blir "att avstå" också ett ställningstagande. Om man avstår och *om* det då "händer något" uppstår frågor om ansvar och skuld. Risk har med andra ord blivit moraliskt vägledande för hur blivande föräldrar väljer att agera i samband med graviditet och födande. Det som styr är vad som anses som minst riskfyllt, inte vad som uppfattas som tryggt och tillitsskapande.

Vi kan bara spekulera kring hur framtiden kommer att gestalta sig. Kanske kommer det en dag då kejsarsnittet ur medicinsk synvinkel kommer att betraktas som det säkraste sättet att föda barn på. Då kommer istället de kvinnor som vill föda vaginalt på sjukhus att avvika från normen. Jag hoppas att min avhandling kan ge blivande föräldrar redskap att förhålla sig till de strukturella orsakerna bakom oro och tankar om risker. En gravid kvinna är inte bara en arena för sociala sanningar och motstridiga perspektiv. Hon är också en individ med en alldeles egen livshistoria. Vem hon är och vad hon vill kan inte avläsas med medicinsk teknik. Min förhoppning är att hon ska få ett större utrymme för att uttrycka och tillgodose sina behov. Oavsett om hennes önskemål sammanfaller med normen eller inte.

## ENGLISH SUMMARY

### POINTS OF DEPARTURE AND PURPOSE

The purpose of the thesis is to document and investigate how different perspectives on pregnancy and birth shape the agency of reproduction for women in Sweden. I do this in relation to theoretical approaches to risk, gender and medical technology.

### PREGNOSCAPES – PREGNANCY AS A FIELD OF ANTHROPOLOGICAL INQUIRY

The traditional anthropological field study that links culture to place does not apply to the field of pregnancy and birth. Pregnant women are a social category rather than a group localized to a specific geographic place. Pregnant women are everywhere. Inspired by Arjun Appadurai's concept of ethnoscape I use "pregnoscape" in order to capture the culturally constructed interpretive frame of pregnancy. A pregnoscape includes pregnant women and all contexts where the theme of pregnancy occurs. In order to be able to investigate pregnancy as a field of inquiry I have used both place bound and non place bound material for my analysis. Firstly I have done participant observation at a local maternity care center in Uppsala, Sweden. I have also interviewed pregnant women

outside the realm of the maternity care center. Secondly, I have collected data by following discussion groups on the Internet, concerning pregnancy in general, pregnancy tests, cesarean sections and homebirth. Thirdly I have followed debates about pregnancy and birth in mass media.

## PREGNANCY AS A TRIP UNDER THE GUIDANCE OF SWEDISH MATERNITY CARE

Swedish maternity care offers counseling, routine screening, group meetings for women and parental education. Within this frame the midwife functions as a guide during the process of pregnancy. She explains medical procedures and interprets pregnancy symptoms brought up by the women. She also pays attention to issues of a more emotional and social character. According to the descriptions of most parents the maternity center supplies a source of reassurance and a feeling of security. Especially valued are medical procedures that confirm the pregnancy in various ways, i.e. that the pregnancy follows a normal course. On the one hand, the maternity care personnel put emphasis on the fact that pregnancies in themselves are healthy conditions and that they, most of the time, are carried through without complications. On the other hand, they survey the pregnancies by looking for deviations. This creates a tension which makes room for worries and speculations about risks among the becoming parents.

## REPRESENTATIONS OF CYBORG – PREGNANCY TESTS AND ULTRASOUND SCREENING

Pregnancy tests and ultrasound screening are two examples of how intertwined medical technology is with the experience of pregnancy. Both techniques have visualizing and reassuring qualities that can be described as nearly addictive. Pregnancy tests have become an issue on the Internet. Discussion groups on Swedish parental websites have made it possible for women to communicate with other women who are exactly in the same phase of the menstruation cycle or the pregnancy as them-

selves. The conversations about pregnancy tests display an impatient concern about the time they have to wait from possible conception to the first day of expected menstruation in order to do the test and find out whether they are pregnant or not. The women seem to be well aware of the fact that the tests are trustworthy. In spite of this, it is commonplace to repeat the test several times for reassurance.

When the routine ultrasound is performed the women are 17 to 18 weeks pregnant. The pregnancy has manifested itself by various symptoms, and there is no doubt about the fact that they are pregnant. Besides its obvious clinical values (instrumental aspects), the ultrasound is nonetheless ascribed by the becoming parents, also with an importance in the possibility of getting reassurance and confirmation of the pregnancy (expressive aspects).

Earlier as well as recent analyses of social and cultural dimensions of ultrasound screening often focus on its potential to objectify the pregnant body. The enthusiasm, however, by which the women talk about and use ultrasound also forces us to acknowledge the active subjects behind the objectified body.

## “UNCUT IS BETTER” – CESAREAN SECTIONS, RISK AND GENDER

Women who request cesarean section can on one level be seen as a contrast to the Swedish ideal of natural and hospitalized birth. But they can also be seen as people who have accepted and taken the consequences of the general technified life style of our time. That the women deviate from a Swedish norm of giving birth is mirrored in for example debates in media. Through their wishes and requests they challenge the authoritative knowledge of midwives and physicians. They also challenge a perspective on femaleness in which vaginal birthing is a core value. In the debate about requested cesarean sections the pregnant body emerges as an arena for social truths and contesting perspectives that not only encompass human reproduction but also relates to the entire society. Questions are raised about what is natural and unnatural. Is natural good per

definition? Are there limits to how far we should stretch the body's given structural design? And which are the consequences of manipulating the body? Questions are also raised about what a woman is, should be and should do.

## THE DANGEROUS HOME BIRTH-CHALLENGING/ CONTESTING TECHNOLOGY AND NEGOTIATING RISKS

Women who choose home-birth can also be contrasted to the Swedish norm for birthing. These women choose actively not to use the medical resources at the hospital. To give birth at home is in their view a way to secure a birth without hospital induced complications. These women can also be portrayed as a category whose birthing requires advances in medical and social welfare. They are women who encompass a deep medical knowledge about birthing. This can partly be understood in relation to the fact that homebirth often is questioned, and they feel obliged to motivate their choice within a medical framework.

Homebirthers, like women who request cesarean section, negotiate about medical risks. However, the two categories of women focus on different risks. There are other similarities between women who want homebirth and women who request cesarean section. Both ways of giving birth can be seen as ways of satisfying the parents' need of integrity, autonomy, security and control. The difference is that the women choose diametrically opposite ways of giving birth in order to take care of these needs. Furthermore the term "control" can cover both instrumental and expressive aspects. What is important, is to understand what conditions of birth the women wish to control. Otherwise, we cannot make visible the nuances in this complex field.

## CONCLUDING REMARKS

The imperative of technology is that if we can do something we should. We can only speculate about the future. Maybe there will be a day when

a cesarean section from a medical viewpoint will be defined as the most secure way of giving birth. In such a scenario, women who want to give birth vaginally can be the ones to deviate from the norm. I hope my dissertation will provide a tool for parents to get a better grasp of the structural causes behind worries and thoughts on risk. A pregnant woman is not only an arena for social truths and contesting perspectives. She is also an individual with her own story of life. Who she is and what she wants cannot be captured by medical knowledge and technology. My wish is that pregnant women will gain a broader space where they can voice their needs – whether their wishes coincide with the norm or not.



## REFERENSER

- Adelswärd, V. och L. Sachs  
2002. *Framtida skuggor. Samtal om risk, prevention och den genetiska familjen*. Arkiv.
- Adelswärd, V. och L. Sachs  
1996. The Meaning of 6.8: Numeracy and Normality in Health Information. *Social Science and Medicine*. 43(8):1179-1187.
- Alfvén, M., E. Henning och V. Holmertz  
1996. *Kejsarsnittsboken*. Stockholm: Cordia.
- Andolf, E.  
1999. Gynekologiskt ultraljud av oklart värde vid screening. *Läkartidningen* (96)45:4906-4909.
- Appadurai, A.  
1991. Global Ethnoscapes. I *Recapturing Anthropology, Writing in the Present*. R.Fox (red.). Santa Fé, NM: SAR Press.
- Balsamo, A.  
1996. *Technologies of the Gendered Body. Reading Cyborg Women*. Duke University Press.
- Beck, U.  
1992 [1986]. *Risk Society: Towards a New Modernity*. London: Sage.
- Béahague, D.P.  
2002. Beyond the Simple Economics of Cesarean Section Birthing: Women's Resistance to Social Inequality. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 26:473-507.

Bewley, S. och J. Cockburn

2002. II. The Unfacts of "Request" Caesarean Section. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 109:597-605.

Binde, P.

2002. Risk som diskurs i Osäkerhetens horisonter. *Kulturella och etiska perspektiv på samhällets riskfrågor*. Å. Boholm, S-O. Hansson, J. Persson, M. Peterson (red.). Nya Doxa.

Blume, S.S.

1992. *Insight and Industry On the Dynamics of Technological Change in Medicine*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.

BMJ (British Medical Journal)

1998. Should Doctors Perform an Elective Caesarean Section on Request? *Education and Debate*. 317:462-465.

BMJ (British Medical Journal)

2000. Caesarean section controversy. *Letters*. 320:1072.

Borelius, M.

1993. *Sedan du fött – en bok om den nyblivna mammans kropp och själ*. Stockholm: Fischer.

Bredmar, M.

1999. *Att göra det ovanliga normalt. Kommunikativ varsamhet och medicinska uppgifter I barnmorskors samtal med gravida kvinnor*. Doktorsavhandling. Linköping Studies in Arts and Science.

Browner, C. och C. F. Sargent.

1990. Anthropology and Studies of Human Reproduction. I *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*. T. M. Johnson och C. F. Sargent (red.). New York: Praeger.

Browner, C. och Press N.

1995. The Normalization of Prenatal Diagnostic Testing. I *The Politics of Reproduction*. G. Ginsburg och R. Rapp (red.). Berkeley: University of California Press.

Buckley, T. och A. Gottlieb

1988. *Blood Magic: the Anthropology of Menstruation*. Berkley: University of California Press.

- Burchell, Gordon och Miller  
1991. *The Foucault Effect. Studies in Governmentality*. Harvester Wheatsheaf.
- Butler, J.  
1990. *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. New York: Routledge.
- Cambrosio, A. Young, A. och Lock, M.  
2000. Introduction. I *Living and Working with the New Medical Technologies. Intersections of Inquire*. M. Lock, A. Young och A. Cambrosio (red.). Cambridge studies in Medical Anthropology.
- Casper, M. J.  
1998. *The Making of the Unborn Patient. A Social Anatomy of Fetal Surgery*. Rutgers University Press.
- Clynes, M. E. och N. S. Kline  
1995. [1960] Cyborgs and Space. I *The Cyborg Handbook*. C. H. Gray (red.). Routledge.
- Darj, E. och M-L. Nordström  
1999. The Misgav Ladach Method for Cesarean Section Compared to the Pfannenstiel Method. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavia*. 78:37-41.
- Davis-Floyd, R.  
1994. The Technocratic Body: American Childbirth as Cultural Expression. *Social, Science and Medicine*. 38(8):1125-1140.  
1992. *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley: University of University Press.
- Davis-Floyd, R. och C. Sargent.  
1997. *Childbirth and Authoritative knowledge: Crosscultural Perspectives*. Berkeley: University of California Press.
- Davis-Floyd, R. och E. Davis.  
1996. Intuition as Authoritative Knowledge in Midwifery and Homebirth. *Medical Anthropology Quarterly* 10(2):237-269.

- Davis-Floyd, R. och J. Dumit (red.)  
1998. *Cyborgbabies: from Technosex to Technotots*. New York: Routledge.
- de Costa, C.  
1998. A sort of progress. *Lancet* 351:1202-03
- DelVecchio Good, M., P. Brodwin, B. Good and A. Kleinman.  
1992. *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*.  
Berkeley: California University Press.
- Deveroux, G.  
1956. Normal and Abnormal: the Key Problem of Psychiatric  
Anthropology. I *Some Uses of Anthropology: Theoretical and Applied*. J.B.  
Casagrande och T. Gladwin (red.). Washington DC: Anthropological  
society of Washington. 3-48.
- Douglas, M.  
1970. *Natural Symbols*. New York: Phanteon Books.  
1976 [1966]. *Purity and Danger: an Analysis of Concepts of Pollution and  
Taboo*. London: Routledge and Kegan Paul.  
1986. *Risk acceptability according to the social sciences*. London:  
Routledge and Kegan Paul.  
1992. *Risk and Blame. Essays in Cultural Theory*. Routledge.
- Dover, P.  
2001. *A man of Power: Gender and HIV/AIDS in Zambia*. Uppsala:  
Tryck och medier.
- Downey, G. L. och J. Dumit  
1997. Locating and Intervening. An Introduction. I G.L. Downey och J.  
Dumit (red.). *Cyborgs and Citadels. Anthropological Interventions in  
Emerging Science and Technologies*. School of American Research  
Advanced Seminar Series.
- Draper, J.  
2002. "It was a Real Good Show": the Ultrasound Scan, Fathers and the  
Power of Visual Knowledge. *Sociology of Health and Illness*. 24(6):771-  
795.

- Duden, B.  
1993. *Disembodying Women: Perspectives on Pregnancy and the Unborn*. Harvard University Press.
- Dumit, J. och R. Davis-Floyd  
1998. Cyborg Babies. Children of the Third Millenium. Introduktion i *Cyborg Babies. From Techno-Sex to Techno-Tots*. R. Davis-Floyd och J. Dumit. Routledge.
- Eftekhar & Steer  
2000. Women Choose Caesarean Section. Letter to the editor, *British Medical Journal* 320:1072.
- Engelmann, G. L.  
1883. *Labor among Primitive Peoples*. St Louis: Chambers & Co.
- Eriksson, K.  
2003. *Manligt läkarskap, kvinnliga läkare och normala kvinnor: köns- och läkarskapande symbolik och metaforik*. Doktorsavhandling. Stehag: Gondolin.
- Errington, S.  
1990. Recasting Sex, Gender and Power: A Theoretical and Regional Overview. I *Power and Difference: Gender in Island Southeast Asia*. J. M. Atkinson och S. Errington (red.). Stanford University Press.
- Evans-Pritchard, E.E.  
1976. *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande*. Oxford: Clarendon.
- Ferreira, Celio och Åsa Boholm.  
2002. Kulturell riskhantering. I *Osäkerhetens horisonter. Kulturella och etiska perspektiv på samhällets riskfrågor*. Å. Boholm, S-O. Hansson, J. Persson och M. Peterson. Nya Doxa.
- Fjell, T. (red).  
1998a. *Naturlighetens positioner. Nordiska kulturforskare om födsel och föräldraskap*. Åbo. Nordiskt nätverk för folkloristik.
- Fjell, T.  
1998b. *Födelsens gjenfödelse. Fra teknologi til natur på fødearenan*. Höyskoleforlaget Norwegian Academic Press.

Folkhälsoinstitutet

1998. *Vänta barn. En bok om graviditet, förlossning och föräldraskap.*

Ford, C. S.

1945. *A Comparative Study of Human Reproduction.* Yale University Publications in Anthropology. New Haven: Human Relations Area File Press.

Forss, A.

2005. *At the Margins of Health and Normality: Women's Encounters with Biomedical Technology in the Realm of Cervical Cancer Screening.* Doktorsavhandling. Department of Nursing, Karolinska Institutet. Stockholm.

Foucault, M.

1976 [1963]. *The Birth of the Clinic. An Archeology of Medical Perception.* London: Tavistock.

Franklin, S.

1997. Making Sense of Missed Conceptions. Anthropological Perspectives on Unexplained Infertility. I *Situated Lives: Gender and Culture in Everyday Life.* L. Lamphere, H. Ragoné och P. Zavella. London: Routledge.

Furedi, F.

2002 [1997]. *Culture of Fear. Risk-taking and the Morality of Low Expectation.* Reviderad utgåva. Continuum.

Gamble, J. A. och D.K. Creedy

2000. Women's Request for Cesarean Section: A Critique of the Literature. *Birth* 27 (4):256-263.

Garcia, J., L. Bricker, J. Henderson, M. Martin, M. Mugford, J. Nelson och T. Roberts.

2002. Women's Views of Pregnancy Ultrasound: A Systematic Review. *Birth* 29:4.

Georges, E.

1996. Fetal Ultrasound Imaging and the Production of Authoritative Knowledge in Greece. *Medical Anthropology Quarterly* 10(2):157-175.

- Georges, E. och L.M. Mitchell.  
1998. Baby's First Picture. The Cyborg Fetus of Ultrasound Imaging. I *Cyborg Babies. From Techno-Sex to Techno-Tots*. R. Davis-Floyd och J. Dumit (red.). Routledge.
- Giddens, A.  
1997. *Modernitet och självidentitet. Självet och samhället i den senmoderna epoken*. Daidalos.
- Ginsburg, F. D. and R. Rapp (red.)  
1995. Introduction. I *Conceiving the New World Order. The Global Politics of Reproduction*. Berkeley: University of California Press.
- Ginsburg, F.D. and R.Rapp  
1991. The Politics of Reproduction *Annual Review of Anthropology* 20:311-43
- Good, B.  
1994. *Medicine, Rationality and Experience: an Anthropological Perspective*. Cambridge University Press.
- Gregory, KD. E. Ramicone, L. Chan & KL. Kahn.  
1999. Cesarean Deliveries for Medicaid patients: Comparisons in Public and Private Hospitals in Los Angeles County. *Am J Obstet Gynecol* 180:1177-1184.
- Guirgis RR.  
1997. Women's Choice is a Major Reason for the Increase in the Numbers of Caesarean Sections Performed in Recent Years. *Acta Obstetrica et Gynecologia Scandinavia*. 167:29.
- Gupta, A. och J. Ferguson.  
1992. Beyond "Culture": Space, Identity, and the Politics of Difference. *Cultural Anthropology* 7(1):6-23.  
1997. Discipline and Practice: The field as a Site, Method and Locations in Anthropology". I *Anthropological locations. Boundaries and Grounds of a field of science*. Gupta & Ferguson (red.). Berkeley: University of California Press.

Hagström, C.

1996. Pappablivande och faderskapande. I *Kroppens tid: Om samspelet mellan kropp, identitet och samhälle*. S. Lundin och L. Åkesson (red.). Natur och Kultur.

1999. *Man blir pappa. Föräldraskap och maskulinitet i förändring*. Doktorsavhandling. Nordic Academic Press.

Hannerz, U. (red) 2001.

*Flera fält i ett. Socialantropologer om translokala fältstudier*. Carlssons.

Haraway, D. J.

1991. A Cyborg Manifesto: Science, Technology, and Socialist-Feminism in Late Twentieth Century. I *Simians, Cyborgs, and Women. The Reinvention of Nature*. London: Free Association Books.

Hastrup, K. och K. F. Olwig (red.)

1997. *Siting Culture. The shifting Anthropological Object*. London: Routledge.

Heinämaa, S. 1998. Kvinna-natur, produkt, stil? *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 1:33-48.

Hellmark Lindgren, B.

1998. Family Planning in Vietnam: Ethnography. In *Facets of Power and Its Limitations. Political Culture in Southeast Asia*. I-B. Trankell och L. Summers (red.). Acta Universitatis Upsaliensis.

2000. Från kön till genus tur och retur? Den gravida kroppen som betydelsebärare. I *Bedrägliga begrepp. Kön och genus i humanistisk forskning*. Gudrun Andersson (red.). Opuscula Historica Upsaliensia 24.

2001. Risk och graviditet: att föda på sjukhus, hemma eller med snitt? *Socialmedicinsk tidskrift* Nr 5.

2003. "Jag vet inte": Om graviditetstest och viljan att veta. Nätverket Kulturforskning i Uppsala. 12.

Hellmark, B. och Sachs, L.

1993. Den talande kroppen. Ett antropologiskt perspektiv på anorexi och bulimi. *Socialmedicinsk tidskrift* 2-3:118-131

- Hildingsson, I., I. Rådestad, C. Rubertsson och U. Waldenström  
2002. Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 109:618-623.
- Hildingsson, I.  
2003. *Kvinnors förväntningar på och upplevelser av vården under graviditet och förlossning*. Doktorsavhandling. Stockholm: Karolinska institutet.
- Hildingsson, I., U. Waldenström och I. Rådestad.  
2003. Swedish Women's Interest in Home Birth and In-Hospital Birth Center Care. *Birth* 30(1):11-22 (finns i Hildingsson 2003).
- Holmqvist, T.  
2000. *"The hospital is a Uterus". Western Discourses of Childbirth in Late Modernity – a case study from Northern Italy*. Doktorsavhandling. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.
- Hopkins, K.  
2000. Are Brazilian Women Really Choosing to Deliver by Cesarean? *Social, Science and Medicine* 51 (5): 725-740.
- Hylland Eriksen, T.  
2001. *Ögonblickets tyranni. Snabb och långsam tid i informationssamhället*. Bokförlaget Nya Doxa.
- Illich, I.  
1977. *Den omänskliga sjukvården: det medicinska etablissemangent är ett hot mot vår hälsa och inkräktar på individens rätt att bestämma över sig själv*. Stockholm: Aldus/Bonnier.
- Jansson, M.  
2001. *Livets dubbla vedermödor. Om moderskap och arbete*. Stockholm: Stockholm Studies in Politics. 80.
- Jenks, C.  
1995. The Centrality of the Eye in Western Culture: an introduction. I *Visual Culture*. Jenks, C. (red.). London: Routledge.
- Johannisson, Karin.  
1994. *Den mörka kontinenten. Kvinnan, medicinen och fin-de-siècle*. Norstedts Förlag AB.

- Johnson, R. och P. Slade  
2002. Does fear of childbirth during pregnancy predict caesarean section? *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 109: 1213-1221.
- Jonsson, A. 2004. *Dokument inifrån: ultraljudsbilder och visualiseringen av det oväntade barnet*. Doktorsavhandling. Linköping Studies in Arts and Science 300.
- Jordan, B.  
1993 [1978]. *Birth in Four Cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Prospect Heights, Illinois: Waveland Press Inc.
- Kaufert, P.  
2000. Screening the Body: the Pap Smear and the Mammogram. I *Living and Working with the New medical Technologies. Intersections of Inquiry*. M. Lock, A. Young och A. Cambrosio (red.). Cambridge Studies in Medical Anthropology.
- Khawaja, M., R. Jurdi och T. Kabakian-Khasholian.  
2004. Rising trends in Cesarean section rates in Egypt. *Birth* (31)1:12-16.
- Kirmayer, L. J.  
1988. Mind and Body as Methaphors: Hidden Values in Biomedicine. I *Biomedicine examined*. M.G. Lock, D. R. (red.): Kluwer Academic Publishers.
- Kitzinger, S.  
1978. *Women as Mothers*. New York: Random House.  
1998. Sheila Kitzinger's Letter from Europe: The Cesarean Epidemic in Great Britain. *Birth* 25:1:56-58.  
2004 (1981). *Att vänta och föda barn*. Stockholm Bonnier.
- Knight, C.  
1991. *Blood Relations: Menstruation and the Origins of Culture*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Kohler Riessman, C.  
1992. Women and Medicalization: a New Perspective. I *Inventing Women. Science, Technology and Gender*. G. Kirkup och L. Smith Keller (red.). Polity press. Blackwell.

- Kowalcek, Mullhoff, Bachmann och Gembruch.  
2002. Depressive Reactions and Stress Related to Prenatal Medicine Procedures. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. (19):1:p.18 ff.
- Kugelberg, C.  
1997. Föräldraskap på en svensk arbetsplats i diskurs och handling. I *Kvinnor, män och andra sorter*. B-M. Thurén och K. Sundman (red.). Stockholm: Carlsson.
- Kulick, D. (red.)  
1987. *Från kön till genus: kvinnligt och manligt i ett kulturellt perspektiv*. Stockholm: Carlsson.
- Larsen, M., P. Gooch & N. Hatti  
2005. *Uncertainty and Discrimination. Family Structure and Declining Child sex Ratios in Rural India*. Lund Papers of Economic History. 99.
- Lennarsson, R.  
2001. *Malaria Urbana. Om byråflickan Anna Johannesdotter och prostitutionen i Stockholm*. Doktorsavhandling. Stehag: Brutus Östlings Bokförlag Symposium.
- Ljung, A.  
2001. *Bortom oskuldens tid: en etnologisk studie av moral, trygghet och otrygghet i skuggan av HIV*. Doktorsavhandling. Uppsala universitet: etnologiska avdelningen.
- Lock, M och Kaufert, P.A. (red.)  
1998. Introduction. I *Pragmatic women and Bodypolitics*. Cambridge Studies in Medical Anthropology. 5.
- Lock, M.  
1993. Cultivating the Body: Anthropology and Epistemologies of Bodily Practice and Knowledge. *Annual Review of Anthropology* (22):133-55.  
1993. *Encounters with Aging: Mythologies of Menopause in Japan and North America*. Berkeley: University of California Press.
- Lorimer, F.  
1958. *Culture and Human Fertility: A Study of the Relation of Cultural Conditions to Fertility in nonindustrial and Transitional Societies*. Paris: UNESCO.

Luhmann, N.

1993. *Risk: A Sociological Theory*. Trans. Rhodes Barret. New York: Aldine de Gruyter.

Lundin, S. och L. Åkesson (red.)

1999. *Amalgamations: Fusing Technology and Culture*. Nordic Academic Press.

Lundin, S.

1997. *Guldägget: föräldraskap i biomedicinens tid*. Lund: Historisk media.

Lupton, D.

1999. Introduction: Risk and Sociocultural Theory. I *Risk and Sociocultural Theory: New Directions and Perspectives*. D. Lupton (red.). Cambridge university Press.

MacCormack, C. P (red.)

1982. *Ethnography of Fertility and Birth*. London: Academic Press

MacKenzie, I.Z.

1999. Should men Who Elect to have Caesarean Sections Pay for them? Letter to the editor. *British Medical Journal* 318:1070.

Maher, J. M.

2002. Visibly Pregnant: Toward a Placental Body. *Feminist Review* 72:95-107.

Makhlouf Obermeyer, C.

1997. Reproduction. In *The Dictionary of Anthropology*. Thomas Barfield (red.). Blackwell Publishers.

Malinowski, B.

1929. *The Sexual Life of Savages in Northwestern Melanesia*. Routledge and Kegan Paul.

1987 [1922] *Argonauts of the Western Pacific*. Routledge & Kegan Paul.

Marander Eklund, L.

2000. *Berättelser om barnafödande. Form, innehåll och betydelse i kvinnors muntliga skildring av födsel*. Doktorsavhandling. Åbo Akademi Förlag.

Marcus, G.

1995. Ethnography In/Of the World System: The Emergence of Multi-sited Ethnography. *Annual Review of Anthropology*. 24:95-117.

Marteu, T.M.

2002. Prenatal Testing: Towards Realistic Expectations of Patients, Providers and Policymakers. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* 19:5-6.

Martin, E.

1987. *The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*. Beacon Press.

1997. The Egg and the Sperm: How Science created a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles. In *Situated Lives: Gender and Culture in Everyday Life*. L. Lamphere, H. Ragoné och P. Zavella (red.). London: Routledge.

Mead, M. och N. Newton

1967. Cultural Patterning of Perinatal Behavior. In *Childbearing: Its Social and Psychological Aspects*. S. Richardson and A.F. Guttmacher (red.). Baltimore: Williams and Wilkins.

Melhuus, M.

1995. The Role of Fieldwork in the Construction of Anthropological Knowledge Today. I *Issues of Methodology and Epistemology in Postcolonial Studies*. Signe Arnfred (red.). Occasional Paper No 15. International Development Studies. Roskilde University.

Milles, K.

2001. *Jag ska bli mamma: dagbok från en graviditet*. Stockholm: Ordfront.

Milton, L.

2001. *Folkhemmets barnmorskor. Den svenska barnmorskekårens professionalisering under mellan- och efterkrigstid*. Doktorsavhandling. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.

Mitchell, L. and Georges, E.

1999. Baby's First Picture: The Cyborg Fetus of Ultrasound Imaging. I *Cyborg Babies: From Techno-Sex to Techno-Tots*. R. Davis-Floyd och J. Dumit (red.). New York: Routledge

Modell, J.

1989. Last Chance Babies: Interpretations of Parenthood in an In Vitro Fertilization Program. *Medical Anthropology Quarterly* 3(2):124-38.

Moi, T.

1997. Vad är en kvinna? Kön och genus i feministisk teori. *Res Publica* Nr 35-36.

Morsy, S. A.

1982. Childbirth in an Egyptian Village. In *An Anthropology of Human Birth*. M. Kay (red.). Philadelphia: F.A. Davis.

Moore, H.

1999. Whatever Happened to Women and Men? Gender and other Crises in Anthropology. I Henrietta Moor (red.) *Anthropological Theory Today*. Malden, Mass: Polity Press.

1994. Understanding Sex and Gender. I *Companion Encyclopedia of Anthropology*. T. Ingold (red.). London & New York: Routledge.

Nag, M.

1966. *Factors Affecting Human Fertility in Non-Industrial Societies*. Yale University Publications in Anthropology 66. New Haven: Yale University Press.

Nylund Skog, S.

2002. *Ambivalenta upplevelser och mångtydiga berättelser. En etnologisk studie av barnafödande*. Doktorsavhandling. Etnologiska institutionen. Stockholms universitet.

Oakley, A.

1977. Cross-cultural Practices. I *Benefits and Hazards of the New Obstetrics*. T. Chard och Richards (red.). London: William Heinemann Medical Books.

1979. *Becoming a Mother*. London: Martin Robertson and Co.

1984. *The Captured Womb: a History of the Medical Care of Pregnant Women*. Oxford: Blackwell.

1993. *Essays on Women, Medicine & Health*. Oxford: Blackwell.

- Obeyesekere, G.  
1990. *The Work of Culture. Symbolic Transformation in Psychoanalysis and Anthropology*. Chicago: University of Chicago press.
- Okely, J.  
1996. *Own or Other Culture*. London och New York: Routledge.
- Olin Lauritzen, S. och L. Sachs  
2001. Normality, risk and the future: implicit communication of threat in health surveillance. *Sociology of health and illness*. Vol. 23 No 4.
- Olsen, O.  
1997. Meta-Analysis of the Safety of Home Birth. *Birth* 24(1):4-13.
- Ortner, S.  
1974. Is Female to Male as Nature is to Culture. In *Women, Culture and Society*. Michelle Zimbalist Rosaldo and Louise Lamphere, eds. Stanford: Stanford University Press.
- Paulme, D. (red.)  
1960. *Women of Tropical Africa*. Berkeley: University of California Press.
- Peipert, JF. JW. Hogan, D. Gifford, E. Chase & R. Randall.  
1999. Strength of Indication for Cesarean Delivery: Comparison of Private Physician Versus Resident Service Labor Management. *Am J Obstet Gynecol* 181:435-439.
- Persson, P-H, A-M. Roberts och B-M. Weldner.  
2003. Effektivare urvalsmetod för amniocentes än kvinnans ålder. *Läkartidningen* 20(100):1799-1805.
- Petchesky, R. P.  
1987. Foetal Images: The Power of Visual Culture in the Politics of Reproduction. I *Reproductive Technologies: Gender, Motherhood and Medicine*. M. Stanworth (red.). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Pfaffenberger, B.  
1992. Social Anthropology of Technology. *Annual review of Anthropology*. 21.491-516.

2001. *Technology: Anthropological Aspects*. International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences. N. Smelser och P. Bates (red.). Oxford. Pergamon Press

Puranen, B.

1995. Graviditet och arbete: om kvinnor och mäns möjligheter att kombinera produktion med reproduktion. *Socialmedicinsk tidskrift* 72:2/3.

Quadros

2000. Brazilian Obstetricians are Pressured to Perform Caesarean Sections. Letter to the editor. *British Medical Journal* 320:1072.

Ragoné, H.

1997. Chasing the Blood Tie. Surrogate Mothers, Adoptive Mothers, and Fathers. I *Situated Lives: Gender and Culture in Everyday Life*. L. Lamphere, H. Ragoné och P. Zavella (red.). London: Routledge.

Rapp, R.

1988. Chromosomes and Communication: The Discourse of Genetic Counseling. *Medical Anthropology Quarterly* 2(2):143-157.

1997a. Real-Time Fetus: The Role of the Sonogram in the Age of Monitored Reproduction. I *Cyborgs and Citadels: Anthropological Interventions into Techno-Humanism*. G. Downey and J. Dumit (red.). Santa fee: School of American Research press.

1997b. Constructing Amniocentesis. Maternal and Medical Discourses. In *Situated Lives: Gender and Culture in Everyday Life*. L. Lamphere, H. Ragoné och P. Zavella (red.). London: Routledge.

Roberts, CL. S. Tracy & B. Peat.

2000. Rates for Obstetric Intervention among Private and Public Patients in Australia: Population Based Descriptive Study. *BMJ* 321:137-141.

Romlid, C.

1998. *Motstånd och förändring: en undersökning av den svenska förlossningsvården 1680-1870*. Doktorsavhandling. Stockholm: Vårdförbundet.

Rosaldo, M. och L. Lamphere

1974. *Women, Culture and Society*. Stanford University Press.

Rothman, B. K.

1986. *The Tentative Pregnancy: Prenatal Diagnosis and the Future of Motherhood*. New York: Penguin.

Rubin, G.

1975. The Traffic in Women. I *Towards an Anthropology of Women*. New York: Monthly Review Press.

Ryding, E.

1993. Investigation of 33 Women who Demanded a Cesarean Section for Personal Reasons. *Acta Obstetrica et Gynecologia Scandinavia*. 72:280-285.

1998. Vad är kvinnor rädda för inför förlossningen? I *Förlossningsrädsla* Sjögren (red.). Studentlitteratur.

1999. Kejsarsnitt – kvinnans val eller läkarens ansvar? *Läkartidningen* 96(42):4549-4553.

Sachs, L.

1983. *Onda ögat eller bakterier. Turkiska invandrarkvinnors möte med svensk sjukvård*. Liber förlag.

1989. Hälsa som kultur. En antropologs funderingar. I *Hälsa som livsmedning*. S.U. Philipson, N. (red.). Stockholm: Natur & Kultur.

1995. Is there a Pathology of Prevention? The Implications of Visualizing the Invisible in Screening Programs. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 10(4)1-23.

1996. *Sjukdom som oordning: människan och samhället i gränslandet mellan hälsa och ohälsa*. Gedins Förlag.

1998. *Att leva med risk. Fem kvinnor, gentester och kunskapens frukter*. Gedins Förlag.

2000. Från häxeri till DNA – om antropologisk forskning mellan natur och kultur. I *Humanistisk hälsoforskning*. R. Qvarsell (red.). Studentlitteratur.

2002. *Från magi till bioteknik: medicinsk antropologi i molykylärbiologins tidevarv*. Lund: Studentlitteratur.

Salmson, K. (red.)

2002. *Uppdrag mamma: berättelser från en ny generation mammor*. Stockholm: Bonnier.

- Sandelowski, M. 1991. Compelled To Try: The Never-Enough Quality of Conceptive Technology *Medical Anthropology Quarterly* 5(1):29-47.
- Sang-Il, L., Y. Khang och M. Lee.  
2004. Women's Attitudes Toward Mode of Delivery in South Korea – a Society with High Cesarean Section Rates. *Birth* (31)2:108-116.
- SBU (Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik)  
1998. *Rutinmässig ultraljudsundersökning under graviditet*.
- Socialstyrelsen  
1997. *Hälsovård före, under och efter graviditet*. SoS-rapport 1996:7.
- Sreevidya, S. och B.W.C. Sathiyasekeran. 2003.  
High Caesarean Rates in Madras (India): a Population-based Cross Sectional Study. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 110:106-111.
- Stephens, M.  
1986. The Childbirth Industry: A Woman's View. I *Visibility and Power. Essays on Women in Society and Development*. L. Dube, E. Leacock och S. Ardener. Oxford University Press.
- Strathern, M.  
1980. No Nature, No Culture: the Hagen Case. In *Nature, Culture and Gender*. C. MacCormack och M. Strathern (red.). Cambridge: Cambridge University Press.  
1992. *Reproducing the Future. Essays on Anthropology, Kinship and the New Reproductive Technologies*. Manchester University Press.  
1996. Enabling Identity? Biology, Choice and the New Reproductive Technologies. *Questions of Cultural Identity*. S. Hall and P. Du Gay, eds. Pp 37-52. London: Sage Publications.
- Törnhøj-Thomsen, T.  
1998. *Tilblivelseshistorier. Barnløshet, slaegtskap og fortplantningsteknologi i Danmark*. Doktorsavhandling. University of Copenhagen.
- Turner, V.  
1967. *The Forrest of Symbols: Aspects of Ndembu Ritual*. Ithaca, Ny: Cornell University Press.

Viisainen, K.

2000. The Moral Dangers of Home Birth: Parents' Perception of Risks in Home Birth in Finland. *Sociology of Health and Illness* 22(6):792-814.

2001. Negotiating Control and Meaning: Home Birth as a Self-constructed Choice in Finland. *Social, Science & Medicine* 52:1109-1121.

Wagner, M.

2000. Viewpoint. Choosing Caesarean Section. *Lancet* 356:1677-80.

Waldenström, U.

1995. Ultraljud under graviditet. De flesta kvinnor positiva men dåligt informerade. *Läkartidningen*. 92(25):2580-2582.

Wedenberg, K.

2000. Kejsarsnitt – en mänsklig rättighet? *Läkartidningen* 20:2515-6

Wiegers, Van der Zee, Kerssens och Keirse.

1998. Home Birth or Short-stay Hospital Birth in a Low Risk Population in the Netherlands. *Social Science and Medicine* 46(11):1505-1511.

Wiklund, I., A-S Matthiesen, B. Klang och A-B. Ransjö-Arvidson.

2002. A Comparative Study in Stockholm, Sweden of Labour Outcome and Women's Perceptions of Being Referred in Labour. *Midwifery* 18:193-199.

Worthman, C.

1995. Hormones, Sex and Gender. *Annual Review of Anthropology*. 24:593-618.

Yanagisako, S. J. och J. Fishburne Collier.

1987. Toward a Unified Analysis of Gender and Kinship. In *Gender and Kinship. Essays Toward a Unified Analysis*. Eds. J. Fishburne Collier och S. J. Yanagisako (red.). Stanford University Press.

Young, D.

2003. The Push Against Vaginal Birth. *Birth* 30 (3)

Öberg, L.

1996. *Barnmorskan och läkaren. Kompetens och konflikt i svensk förlossningsvård 1870-1920*. Ordfronts Förlag.

DiCA: DISSERTATIONS AND DOCUMENTS IN  
CULTURAL ANTHROPOLOGY

Editor: Hugh Beach

1. Mats Utas: *Sweet Battkefields-Youth and the Liberian Civil War*. 2003. ISSN 1651-7601, ISBN 91-506-1677-3.
2. Ebba Olofsson: *In Search of a Fulfilling Identity in a Modern World – Narratives of Indigenous Identities in Sweden and Canada*. 2004. ISSN 1651-7601, ISBN 91-506-1750-8.
3. Eva Carlestål: *La Famiglia – The Ideology of Sicilian Family Networks*. 2005. ISSN 1651-7601, ISBN 91-506-791-5.
4. Yulian Konstantinov: *Reindeer-herders – Field-notes from the Kola Peninsula (1994-95)*. 2005. ISSN 1651-7601, ISBN 91-506-1831-8.
5. Elisabeth Åsa Hole: *Neither Here – Nor There. An Anthropological Study of Gujarati Hindi Women in the Diaspora*. 2005. ISSN 1653-0543, ISBN 91-506-1832-6.
6. Birgitta Hellmark Lindgren: *Pregnoscape. Den gravida kroppen som arena för motstridiga perspektiv på risk, kön och medicinsk teknik*. 2006. ISSN 1653-0543, ISBN 91-506-1863-6.