

# Risk och graviditet: att föda på sjukhus, hemma, eller med snitt?

**Birgitta Hellmark Lindgren**

När en kvinna blir gravid dyker i regel en mängd frågor upp av såväl existentiell som praktisk karaktär. En del av dessa frågor kretsar kring risken att drabbas av exempelvis missfall, fosterskador eller andra graviditets- och förlossningskomplikationer.<sup>1</sup> Är fostret friskt? Har jag skadat fostret innan jag visste att jag var gravid? Har jag druckit alkohol? Borde jag ha ätit folsyra? Skulle jag ha gått till tandläkaren innan jag blev gravid (röntgen kan ju vara skadligt)? Hur kan jag undvika att barnet skadas under graviditeten? Vad ska jag äta (kalcium, järn?), och vad ska jag inte äta (blodiga biffar, gravad lax, opastöriserade ostar?) Kan jag bada, kan jag ha sex, kan jag gå på gym? Kan jag köra motorcykel, kan jag flyga utomlands, kan jag äta malariamedicin?

Artikeln handlar om hur tankar om risker på olika sätt influerar hur gravida kvinnor uppfattar, förhåller sig och agerar i samband med graviditet och födande. Artikeln bygger på observationer som gjorts inom forskningsprojektet "Den gravida kvinnokroppen som arena för sociala sanningar och motstridiga perspektiv.

Birgitta Hellmark Lindgren är doktorand i kulturanthropologi vid Uppsala universitet.

Sociologer och socialantropologer har visat att expertsamhället och den snabba kunskapsproduktionen fört med sig starkt fokus på risker i stora delar av vår värld (Beck 1992, Douglas 1992, Sachs 1998). Dessa forskare har bland annat analyserat den betydelse diskurser om risk har för såväl hur vi organiserar oss kollektivt som för hur den enskilda individen gör sina val. Den här artikeln innehåller reflektioner kring hur tankar om risker på olika sätt influerar hur gravida kvinnor uppfattar, förhåller sig, och agerar i samband med graviditet och födande.

De situationer och sammanhang som jag kommer att ta upp är preliminära resultat av observationer jag gjort inom ramen för forskningsprojektet "Den gravida kvinnokrop-

pen som arena för sociala sanningar och motstridiga perspektiv"<sup>2</sup>. Projektet inleddes med fältarbete som påbörjades i december 1998. En barnmorskemottagning tjänade då som utgångspunkt för insamlandet av kvalitativ data. Genom mottagningen etablerade jag kontakt med gravida kvinnor och i viss mån även blivande pappor. På mottagningen har jag observerat barnmorskesamtal och undersökningar samt deltagit i gruppaktiviteter anordnade av barnmorskorna. En del kontakter följde jag upp med enstaka

<sup>1</sup> Risk betyder enligt Svenska akademins ordbok "möjlighet att ngt icke önskligt (ngt olyckligt, obehagligt) skall inträffa".

<sup>2</sup> Projektet finansieras av Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap.

intervjuer. Andra föräldrapar har jag följt mer kontinuerligt från att de skrivit in sig på mottagningen och fram tills strax efter förlösningen. Jag har även etablerat kontakter med kvinnor genom vänner och bekanta samt genom Föreningen Föda hemma. Debatter i media och diskussioner på webplatser som Föräldranätet har också varit en viktig del av materialinsamlingen.

I skenet av den snabba kunskapsproduktionen aktualiseras ofta ytterligare en fråga för gravida kvinnor: finns det saker som man idag inte vet något om som kan skada barnet? Kunskaperna om vad som är skadligt och inte skadligt är idag större jämfört med för kanske trettio år sedan. 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 berättar ofta om rekommendationer som förändrats. För en del blivande mammor skapar insikten att råd och rön förändras osäkerhet medan andra tar skiftningarna som intäkt för att man inte alltid behöver ta så högtidligt på allt som föreslås.

Jag kommer i det följande att ta upp två teoretiska begrepp som brukar användas av humanister och samhällsvetare när det gäller graviditet och födande. Jag kommer också att diskutera begreppens användbarhet i relation till kvinnors ofta pragmatiska förhållningssätt till graviditet för att sedan ta upp ambivalenta aspekter av graviditet. Därefter övergår jag till att beskriva hur tre kategorier av kvinnor betonar olika risker med graviditet och födande. För det första kvinnor som aktivt eller passivt väljer att föda barn på sjukhus, för det andra kvinnor som väljer att föda barn hemma, och för det tredje kvinnor som vill föda barn med planerat kejsarsnitt. Av-

slutningsvis konkluderar jag genom att kort reflektera över mina observationer i relation till födande i andra delar av världen.

### **Teoretiska perspektiv och pragmatiska kvinnor**

En vanlig begreppslig uppdelning av synen på graviditet och födande brukar göras i teknokratiskt (medikaliserande) respektive holistiskt (naturligt) perspektiv. (se t ex Davis-Floyd 1994). Det första, mer dominanta, perspektivet brukar sägas ha sin utgångspunkt i att graviditet och födande är riskfyllda händelser som kräver 'medical management'. Det andra perspektivet brukar sägas utgå ifrån att graviditet och födandet är 'naturliga' processer som inte bör reduceras till enbart fysiologi och som fungerar bäst ostörda. Under senare år har en sådan dikotom uppdelning av existerande perspektiv problematiserats på ett flertal grunder (Davis-Floyd 1998, Cosslett 1994).

Som grova instrument kan begreppen teknokratisk och holistisk hjälpa oss att analysera hur olika kvinnor ser på graviditet och födande, men då under förutsättning att vi ser teknokratiskt och holistiskt som två poler i ett kontinuum snarare än två ömsesidigt uteslutande perspektiv. Kanske kan vi se det som ett mynt med två sidor: medicinsk teknologi kan influera vårt sätt att tänka kring och förhålla oss till graviditet och födande, samtidigt som andra historiska och kulturella processer också kan influera vårt förhållningssätt till medicinsk teknologi. Medicinsk teknologi är inte bara något som kontrollerar våra liv på ett tvingande sätt, utan kan också aktivt undvikas eller användas i kvinnors egna försök att ta kontroll över till exempel födande.

Av de invändningar som riktats mot den

dikotoma uppdelningen i teknokratiskt och holistiskt är framförallt två framträdande. För det första är det svårt att ge några konkreta exempel på renodlade perspektiv. Även det som ibland kallas för en 'naturlig' förlossning influeras av biomedicinskt kunnande och teknologi, om än i mindre skala. För det andra finns det en risk att en polarisering av perspektiven leder till att samtliga kvinnor som inordnar sig i det teknokratiska paradigmet antas vara passiva mottagare av medicinsk teknologi jämfört med de kvinnor som aktivt tar avstånd från ett medikaliserat födande. En rimligare utgångspunkt är troligen att gravida och födande kvinnors ställningstagande och praktik snarare motiveras av pragmatism än passivitet respektive ideologi. Om kvinnor accepterar, kräver eller avstår medicinsk teknologi förstås med andra ord bäst i relation till aktiva prioriteringar och värderingar av bland annat risker.

### **Friskt eller sjukt – ambivalens, risker och oro**

Ur de blivande föräldrarnas perspektiv är graviditeten och födandet omgärdat av ambivalens. Graviditet är i förhållande till livscykelns en avvikande händelse samtidigt som den ur ett medicinskt/fysiologiskt perspektiv är en normal och i grunden frisk fysiologisk process. En graviditet är med andra ord för de flesta blivande föräldrar en ovanlig men normal och ofta förväntad händelse i livet. Mödravårdens uppgift är

---

---

*Om kvinnor accepterar, kräver eller avstår medicinsk teknologi förstås bäst i relation till aktiva prioriteringar och värderingar av bland annat risker*

---

---

---

---

*Inom landstingets mödravård är en viktig del av arbetet att kunna identifiera det som avviker som sjukt gentemot det som är friskt*

---

---

bland andra att lotsa föräldrarna genom graviditeten på ett sätt som främjar moderns och det växandet fostrets hälsa och välbefinnande. Margareta Bredmar, som gjort detaljerade analyser av barnmorskesamtal, visar hur barnmorskor genom samtal hjälper de blivande föräldrarna att normalisera det för föräldrarna ovanliga i en graviditet (1999).

En gravid kvinna kan uppleva det som väsentligt att få bekräftat att diverse graviditetssymptom inte är tecken på avvikelse samt få tips om hur man kan lindra symptomen. Det kan kännas betryggande att få veta att det är normalt att man som gravid känner sig trött, mår illa och att bäckenbotten och fogar kan påverkas och ge upphov till smärta. Ur medicinsk synvinkel är dessa symptom inte tecken på att graviditeten avviker från den friska, normala, graviditeten. Men för kvinnan är de ofta synonyma med symptom vi brukar beteckna som tecken på sjukdom eller skador (illamående, extrem trötthet, ryggont). Ibland kan det också vara förvirrande att graviditetssymptomen exempelvis inte godkänns som grund för sjukskrivning, trots att en kvinnas arbetsförmåga kan vara lika ned-satt som den är vid andra liknande sjukdoms-symptom.

Inom landstingets mödravård är en viktig del av arbetet att kunna identifiera det som avviker som sjukt gentemot det som är friskt. Med hjälp av olika rutinundersökningar kontrolleras exempelvis hemoglobinvärde, blodsockervärde, puls, blodtryck och fostrets tillväxt. På så sätt kan läkare och barnmorskor få syn på de mammor som av olika anled-

ningar har en något förhöjd risk att drabbas av komplikationer. Sådana mammor kallas av barnmorskorna för "riskmammor" och uppe på sjukhuset finns det en "riskavdelning". Utgångspunkten är att en graviditet är en frisk och normal fysiologisk process och undersökningarna görs för att upptäcka eventuella avvikelser.

Resonemanget är logiskt ur ett biomeciniskt perspektiv. Men ur mammornas perspektiv kan emellertid undersökningarna även få andra icke-avsedda konsekvenser i form av exempelvis oro. När mammorna erbjuds olika undersökningar fästs samtidigt deras uppmärksamhet på vad som kan hända, det vill säga olika risker (till exempel för diabetes, havandeskapsförgiftning och förtidsbörd). Mammornas latenta oro syns tydligt i barnmorskesamtalen där barnmorskorna i förebyggande syfte betonar att riskerna är små och att undersökningarna görs för säkerhets skull (se även Bredmar 1999). Även om de flesta graviditeter ur statistisk synvinkel slutar lyckligt för mor och barn så kan det ur det individuella perspektivet vara svårt att värja sig från tanken på risken att det ena eller andra skulle hända just mig.

Medicinska undersökningar kan även lindra blivande föräldrars oro under graviditet och födande (under förutsättning att provresultaten är bra). Mammor (och pappor) som är oroliga efterfrågar ibland undersökningar utöver det som rutinmässigt erbjuds. Ett extra ultraljud kan exempelvis

upplevas som en lugnande försäkran om att allt är som det ska. Undersökningarna ökar mammornas (och den medicinska personalens) kunskap om vad som pågår i den gravida kroppen och informationen ger ökad känsla av kontroll. Men paradoxalt nog kan alltså medicinska undersökningar även öka vårt fokus på riskerna med graviditet och födande, vilket i sin tur ger upphov till oro även om riskerna för att något negativt ska inträffa statistiskt sett är mycket små.

De flesta kvinnorna jag träffat under mitt fältarbete följer den offentligt finansierade mödravårdens linje även om alla gör sina egna personliga justeringar och prioriteringar. Men det finns också kvinnor som vill organisera sin graviditet och sitt födande på sätt som avviker från den kollektiva normen för hur det hela brukar/bör gå till: genom att föda hemma eller önska planerat kejsarsnitt trots avsaknad av medicinska indikationer. Orsakerna till hur kvinnor väljer att organisera sitt födande är mångfasetterade och jag kommer i det följande att fokusera på en begränsad del av de orsaker som kvinnor uppger ligger bakom deras önskemål, nämligen en kort och något grovhuggen beskrivning av olika perspektiv på risker med sjukhusförlossning, hemförlossning och planerat kejsarsnitt.

### **Att följa normen: förlossning på sjukus**

I Sverige är en 'naturlig' förlossning en vaginal förlossning som äger rum på sjukhus. Sjukhusförlossning kan sägas vara den svenska normen för hur en förlossning såväl brukar som bör gå till. När jag under mitt fältarbete frågat mina informanter om hur de vill ha sin förlossning så är det nästan alltid underförstått att förlossningen ska ske på sjukhus och liksom graviditetsförloppet

---

*Utgångspunkten är att en graviditet är en frisk och normal fysiologisk process och undersökningarna görs för att upptäcka eventuella avvikelser.*

---

stå under medicinsk övervakning. Svaren brukar istället kretsas kring exempelvis förlossningsställning, om man vill ha smärt- lindring och i så fall vilken typ eller kanske om man vill prova på att ligga i badkar. Sjukhusförlossning uppfattas med andra ord som så självklar att de är få kvinnor som reflekterat över eventuella alternativ.

Om jag istället frågar blivande föräldrar hur de ser på hemförlossningar så får jag nästan alltid ett bestämt nej följt av motiveringar som betonar det riskfyllda med födandet. De känner sig tryggare på ett sjukhus omgiven av specialister på födande eftersom risken alltid finns att något kan gå snett. Ganska ofta följer 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?" Sammantalet är mitt intryck att tanken på hemförlossning är provocerande för en del och uppfattas som lite omodernt, "flummigt", eller rent av oansvarigt, medan andra säger att de inte själva vågar prova men att det är upp till var och en att ta ställning till hur man vill ha det.

Kejsarsnitt väcker inte heller några större ovationer bland flertalet mammor jag varit i kontakt med. Frågan om planerade kejsarsnitt på så kallad "humanitär indikation" diskuteras dessutom en hel del i massmedia under slutet av min fältarbetsperiod vilket gjorde att många mammor tagit fasta på de risker som finns med kejsarsnitt som kirurgiskt ingrepp (till exempel infektionsrisk, blodförlust, och postnatala andningsproblem). Många kvinnor uppfattar också i första hand kejsarsnitt som en sista utväg - ett sätt att klara en

---

---

*Kejsarsnitt väcker inte några större ovationer bland flertalet mammor*

---

---

svår och kanske livshotande situation. En ganska vanlig uppfattning är dessutom att ett kejsarsnitt innebär att man blir "snuvad" på sin förlossning och att det kan ta tid att bearbeta sin besvikelse över att man gick miste om en viktig erfarenhet i livet. Andra synpunkter som framkommit under mina intervjuer är att kejsarsnitt kostar mycket pengar och att det är en "feg genväg" jämfört med en vaginal förlossning.

### **Att avvika från normen I: föda hemma**

Kvinnor som väljer att föda hemma fokuserar bland annat på riskerna med att föda på sjukhus. Många menar att sjukhusmiljön i sig kan skapa otrygghet vilket i sin tur kan orsaka komplikationer som man undviker om kvinnan känner sig trygg - vilket hon ofta gör i sitt eget hem där hon kan omge sig med människor hon känner väl.

Utgångspunkten är övertygelsen att förlossningsförloppet fungerar som bäst om man låter den födande kvinnan vara ifred i så stor utsträckning som möjligt. Men vid sidan av att sjukhusmiljön kan kännas främmande och otrygg kan det också upplevas som svårt att föda i fred inom ramen för sjukvårdens riskfokuserade paradig. För det första kan ett starkt fokus på faror med födande minska den trygghet och tillit en kvinna känner 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. 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, som det kanske ibland antyds, inte innebära att de ignorerar eller saknar kunskap om de ris-

---

---

*Att ta steget till att föda hemma är varken okomplicerat eller befriat från tankar på risker och ansvar*

---

---

ker som betonas av vården. Mitt intryck är snarare att det är fråga om en grupp välinformerade kvinnor (och män) som noga har vägt för- och nackdelar med olika alternativ och dragit slutsatsen att för just dem och deras barn är en hemförlossning den bästa lösningen. En sådan avvägning inkluderar normalt en medicinsk riskbedömning av graviditeten för att utesluta att kvinnan till exempel har graviditetsdiabetes, att barnet ligger i säte, är ovanligt stort eller överburet. Att ta steget till att föda hemma är med andra ord varken okomplicerat eller befriat från tankar på risker och ansvar.

### **Att avvika från normen II: begära snitt**

Kvinnor som framför önskemål om planerat kejsarsnitt fokuserar bland annat på risker med vaginal förlossning, både för barnet och för dem själva (Ryding 1993). Farhågor som uttryckts i intervjuer jag själv gjort är till exempel att barnet kan få syrebrist, att kvinnan kan spricka i underlivet eller att förlossningen kan sluta med ett akut snitt. En kvinna jag talat med var helt fokuserad på att minimera riskerna för sitt barn. Hon födde sitt första barn vaginalt utan problem men förlorade sedan ett tvillingpar i sen graviditet. När hon nu var gravid en tredje gång kände hon att det inte fanns mer mentalt utrymme för fler katastrofer. Hennes uppfattning var att ett planerat kejsarsnitt skulle minimera riskerna för barnet och hon var beredd att ta de risker som fanns för henne själv.

De mammor jag varit i kontakt med som

önskat planerat snitt har liksom de kvinnor som valt att föda hemma tänkt igenom sitt önskemål noga. De har känt till riskerna med snitt men balanserat dem i förhållande till risker de uppfattat är förenade med vaginal förlossning. En del kvinnor ställer också frågan om inte betoningen på risker med snitt är missvisande så länge riskkalkylerna är baserade på statistik som inte gör någon skillnad mellan planerade och akuta kejsarsnitt (akuta operationer är ur statistisk synpunkt mer riskfyllda jämfört med planerade).

I Sverige har antalet kejsarsnitt ökat de senaste åren, och enligt Elsa-Lena Ryding (1999) beror ökningen bland annat på en större efterfrågan bland blivande mammor vilket i sin tur influerar obstetrikernas beslut. En liknande utveckling har även rapporterats från andra länder som exempelvis England och Brasilien (Eftekhar och Steer 2000; Quadros 2000). En annan intressant fråga är om det har skett en attitydförändring även inom Sveriges läkarkår. En brittisk undersökning visar att 31 procent av Londons kvinnliga obstetrikere skulle välja ett planerat snitt även om graviditeten var okomplicerad (Al-Mufti et al 1997).

Utvecklingen av en ökad efterfråga på kejsarsnitt kan vara en följd av kunskapsutveckling inklusive förfinad teknologi och i sin tur höjda förväntningar på att kunna kontrollera livet i allt mindre detalj. Flera kvinnor jag träffat som önskat planerat kejsarsnitt har lyft fram sitt behov av att kunna kontrollera förlossningen. En kvinna talade mycket om osäkerheten i att inte ha kontroll. Hon hade fött sitt första barn genom planerat snitt på grund av medicinsk indikation och önskade sig en likadan förlossning med barn nummer två. Hon beskrev känslan av trygghet i att bli mött på operationssalen av en sammansvetsad

personalgrupp som verkade kontrollera allt in i minsta detalj.

### **Kvinnors hanterande av oro för risker**

Oro för risker kan ta sig mer eller mindre tydliga uttryck och jag har under fältarbetet mött flera olika sätt att hantera oro på. Vid sidan av att kvinnor väljer olika sätt att föda som ett sätt att hantera risker så är kunskapssökande en generell strategi som går igen hos alla kvinnor jag varit i kontakt med. Ett sätt är att kontakta barnmorskor och läkare när funderingar uppstår. Ett annat sätt är att söka information på egen hand. Vänningar, systrar och mödrar är för många en viktig källa till såväl information som bearbetning av olika funderingar. Det finns vidare många handböcker och ett flertal tidskrifter i ämnet graviditet och en ökad tillgång till internet har dramatiskt förenklats möjligheterna att söka i medicinska databaser. Allt fler kvinnor har också upptäckt möjligheten att diskutera alla tänkbara aspekter av graviditet och födande på webplatser som exempelvis Föräldranätet ([www.foraldrar.com](http://www.foraldrar.com)) Ytterligare ett sätt kan vara att be om undersökningar utöver rutinen (t ex ett blodprov eller ett extra ultraljud).

Drivkraften bakom sökandet efter kunskap om graviditet i allmänhet och information om den egna graviditeten i synnerhet tycks 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.

---

---

*Ju mer jag vet desto bättre kontroll har jag och ju mer jag vet desto mindre risker kommer jag att ta*

---

---

---

---

*Ökad kunskap om risker kan lika gärna skapa ny ambivalens och ny osäkerhet som en ökad känsla av kontroll*

---

---

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 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).

En vanlig orsak till oroliga tankar om risker och faror är att en blivande mamma har ätit, druckit eller gjort något som eventuellt kan vara skadligt för fostret. En kvinna berättade hur hon ätit en bit ost på lunchen utan att reflektera över om mjölken den var tillverkad av var pastöriserad. Tankarna kom 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 listeria-bakterier? Hur märker man om man fått en listeriainfektion? Den här kvinnan kände sig lugnare efter att ha reflekterat kring riskerna tillsammans med sin barnmorska.

Vi kan idag, som Margaret Lock formulerar det, med ökad precision spekulera, kring vem som kan komma att drabbas av olycka (1998:7). Detta har i sin tur troligen höjt våra förväntningar på att kunna kontrollera våra liv. Samtidigt kvarstår faktum att ingen statistik i världen kan tala om för oss hur det kommer att gå i ett individuellt fall. Ökad kunskap om risker kan med andra ord lika

gärna skapa ny ambivalens och ny osäkerhet som en ökad känsla av kontroll.

En kvinna berättade hur hon under sin första graviditet blev bjuden på middag där köttet som serverades inte var genomstekt. Kvinnan berättade att hon blivit oerhört orolig efteråt och hur hon tillsammans med sin man, som är läkare, hade slagit i faktaböcker och läst om "otäcka följder av toxoplasmos". De gjorde en utredning på MVC efteråt och konstaterade att allt var som det skulle. Att be om en undersökning för att utesluta toxoplasmos var för den här kvinnan ett sätt att lugna sig själv genom att "ta reda på fakta". När jag frågade henne vad hon menade med att säga att hennes oro var överdriven hänvisade hon till att toxoplasmos trots allt är ovanligt i Sverige. Samtidigt är hennes berättelse ett exempel på att den insikten inte hjälpte mot hennes egen oro eftersom liten sannolikhet att något ska hända inte är samma sak som en garanti för att allt är bra i det enskilda fallet.

## Konklusion

Det som betecknas som en normal eller naturlig förlossning i Sverige, det vill säga en vaginal sjukhusförlossning, uppfattas inte självklart som naturligt i andra länder. I exempelvis Holland är hemförlossning ett institutionaliserat och därmed naturligt alternativ (Wiegers et al 1998) och i Brasilien har planerade kejsarsnitt omvandlats "från undantag till rutin" (de Mello E Souza 1994:361). Även kosmopolitiska kunskapsystem som det biomedicinska influeras alltså av den kulturella kontext vari den praktiseras. Samtidigt är det problematiskt att tala om kultur som homogena system med tydlig geografisk förankring. Även inom Sveriges gränser existerar olika syn- och

förhållningssätt sida vid sida. Den snabba biomedicinska kunskapsproduktionen påverkar människors upplevelse och praktik men på olika sätt och med varierande resultat.

Socialantropologer har ofta hävdad att människor uttrycker sina värderingar starkare i utsatta situationer. Vilken typ av hjälp som kvinnor i Sverige efterfrågar under sin graviditet och förlossning tycks bland annat hänga ihop med hur de betonar, uppfattar och värderar olika risker. Kvinnor som följer normen och väljer sjukhusförlossning betonar det riskfyllda med förlossningen och tryggheten i att ha tillgång till experthjälp och medicinsk teknologi. Kvinnor som föder hemma finner trygghet genom att undvika sjukhusmiljön och riskfyllda interventioner medan kvinnor som önskar planerat kejsarsnitt kanske inte uppfattar den vaginala sjukhusförlossningen som tillräckligt säker.

Även om den dikotoma uppdelningen i teknokratiskt och holistiskt i viss mån kan hjälpa oss att sortera individuella perspektiv på graviditet och födande så uppfattar jag dessa instrument som alltför trubbiga. För att de tre perspektiv jag skissat på ovan ska gå att inordna så förutsätter det att vi talar om ett kontinuum istället för en dikotomi, det vill säga att olika synsätt kan vara mer eller mindre teknokratiska eller holistiska snarare än antingen eller. Om sjukhusförlossningen hamnar någonstans mitt i detta kontinuum, med en mängd variationer vad det gäller medicinsk intervenering, så hamnar hemförlossningen och det pla-

---

---

*Än mer fruktbart att ha som utgångspunkt att kvinnor accepterar, kräver eller aktivt avstår medicinsk teknologi utifrån pragmatiska prioriteringar och värderingar*

---

---



nerade kejsarsnittet i varsin ände.

Förmodligen är det än mer fruktbart att ha som utgångspunkt att kvinnor accepterar, kräver eller aktivt avstår medicinsk teknologi utifrån pragmatiska prioriteringar och värderingar. Som jag redan påpekat så är det ju inte enbart så att kvinnor antingen passivt underordnar sig ett teknokratiskt perspektiv eller aktivt distanserar sig från det. Det finns till exempel kvinnor som aktivt kräver tillgång till medicinsk teknologi utöver rutinen och medicinsk kunskap och teknologi kan även användas i hemmiljö. För att kunna göra nyanserade studier av kvinnors syn på graviditet och födande måste vi försöka tänka utanför begreppsliga uppdelningar som holism och teknokrati. Jag tror att ett fokus på hur kvinnor upplever risker med graviditet och födande kan hjälpa oss att göra det.

#### REFERENSER

- Al-Mufti R, McCarthy A, Fisk NM. 1997. "Survey of obstetricians' personal preference and discretionary practice." *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 73:1-4.
- Beck, Ulrich. 1992. *Risk Society: Towards a New Modernity*. London: Sage
- Bredmar, Margareta. 1999. *Att göra det ovanliga normalt. Kommunikativ varsamhet och medicinska uppgifter i barnmorskors samtal med gravida kvinnor*. Linköping Studies in Arts and Science:195
- Cossett, Tess 1994. *Women writing childbirth. Modern discourses of motherhood*. Manchester University Press.
- Davis-Floyd, Robbie 1998. "From Technobirth to Cyborg Babies". In *Cyborg babies. From Techno-Sex to Techno-Tots*. Eds. Robbie Davis-Floyd och Joseph Dumit. New York: Routledge.
- Davis-Floyd, Robbie. 1994. "The Technocratic Body: American Childbirth as Cultural Expression". *Social Science and Medicine*. 38(8):1125-1140.
- Douglas, Mary. 1992. *Risks and Blame. Essays in Cultural Theory*. London: Routledge.
- Eftekhar, Kathy och Philip Steer 2000. Women choose caesarean section. Letter to the editor. *British Medical Journal* 320:1072.
- Lock, Margaret 1998. "Breast cancer. Reading the omens". *Anthropology Today* Vol 14 No 4
- de Mello e Souza, Cecilia 1994. "C-sections as Ideal Births: The Cultural Constructions of Beneficence and Patients' Rights in Brazil". *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 3:358-366.
- Quadros, Luis G A 2000. "Brazilian obstetricians are pressured to perform caesarean sections". Letter to the editor. *British Medical Journal* 320:1072.
- Ryding, Elsa-Lena 1999. Kejsarsnitt – kvinnans val eller läkarens ansvar? *Läkartidningen* 96(42):4549-4553.
- Ryding, Elsa-Lena 1993. "Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons". *Acta Obstet Gynecol Scand* 72:280-285
- Sachs, Lisbeth. 1998. *Att leva med risk: fem kvinnor, gentester och kunskapens frukter*. Stockholm: Gedin
- Wieggers, T.A., J. Van Der Zee, J.J. Kerssens och M.J.N.C. 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.