

CHOOSING AMONG FEW OPTIONS

Young women's experiences of risk and responsibility in contraceptive consultations

LISA RAEDER

Keywords

Hormonal contraceptives, biopower, biomedicine, risk, responsibility, sex, femininity

Summary

This article, which is based on an interview study with young women in Stockholm, examines the biomedical construction of the "risky" female body and fertility, as well as the (re)production of gender-specific norms regarding responsibility and "risk management" in the mediation of hormonal contraceptives. Through the employment of a theoretical framework consisting of Judith Butler's concept of performativity, Michel Foucault's concept of biopower, and Deborah Lupton's research on social constructions of risk, this article concludes that for the women in the study, hormonal contraceptives have come to symbolize gender *inequality*, rather than equality, due to an unequal distribution of responsibility in heteronormative sexual practices. Further, the article argues for the need to consider women's perspectives and experiences regarding contraceptive consultations.

Utifrån intervjumaterial med unga kvinnor i Stockholm undersöker artikeln den biomedicinska konstruktionen av den kvinnliga kroppen och fertiliteten som en "riskzon", och hur detta bidrar till att reproducera heterosexuella, könade normer i förhållande till ansvar och riskhantering i användningen av hormonella preventivmedel.

ATT VÄLJA FRITT BLAND FÅ ALTERNATIV

Unga kvinnors upplevelser av risk och ansvar i preventivmedelsrådgivning

LISA RAEDER

Under våren 2015 utförde jag en intervjustudie med åtta unga kvinnor från Stockholmsområdet. Kvinnorna var i åldrarna 18–26 år och deltagandet var uppdelat i två fokusgrupper samt en enskild intervju. Stämningen under fokusgruppintervjuerna var uppsluppen och känslofylld. Det var nära till leenden, igenkänning och frustration när kvinnorna delade med sig av och diskuterade personliga erfarenheter av preventivmedelskonsultationer med barnmorskor från ungdomsmottagningar i Stockholmsområdet. Syftet med studien (som utgjorde materialinsamlingen till det som senare kom att bli min kandidatuppsats i genusvetenskap vid Stockholms universitet) var att få inblick i, och förståelse för, hur kvinnorna upplevde preventivmedelsrådgivning, sociala förväntningar kring preventivmedelsanvändning, samt hur de reflekterade kring och hanterade dessa förväntningar. Deltagarna, som jag här valt att kalla Linnéa, Ellen, Klara, Saga, Anna, Therese, Maja och Sofia, möttes över kaffe och fikabröd i mitt vardagsrum, och det är dessa samtal som ligger till grund för denna artikel.

Jag återbesöker detta material 2019, numera som doktorand i folkhälsa, med intresse för hur könade normer (re)produceras i och genom biomedicinsk diskurs, samt i biomedicinska praktiker. I denna artikel diskuterar jag hur de kvinnor som intervjuats förhandlar kring en av vården förmedlad bild av kvinnokroppen som riskfylld och i behov av reglering genom användandet av hormonella preventivmedel. Vidare diskuterar jag hur reproduktiva val görs inom begränsade

valmöjligheter samt hur en biomedicinsk diskurs osynliggör dessa begränsningar i talet om hormonella preventivmedel som frigörande, hälsosamma och önskvärda. Artikeln behandlar även hur målsättningen att kontrollera reproduktionen legitimerar förespråkandet av specifik medicinsk intervention i kvinnokroppen, medan manliga kroppar osynliggörs inom samma diskurs.

P-pillrets lansering för drygt 60 år sedan innebar ett enormt framsteg för kvinnorörelsen. P-pillret gav kvinnor möjlighet att kontrollera den egna fertiliteten och förstods således som ett preventivmedel *för* kvinnor i bemärkelsen att de nu själva kunde fatta beslut kring graviditetsprevention och familjeplanering. Metoden har kontinuerligt utvecklats och idag innehåller p-pillret betydligt mindre mängd hormoner än vid dess lansering (Sievers 2017). P-pillret har till stor del kommit att beskrivas som ett verktyg för kvinnlig emancipation och jämställdhet (Preciado 2013), en retorik som antyder att kvinnor kan uppnå frihet och "sex på lika villkor" genom hormonell reglering av den egna kroppen. Samtidigt minskar användandet av p-piller i Sverige, dels till förmån för långtidsverkande hormonella preventivmetoder vilka blivit alltmer populära (Sievers 2017) och även förespråkas av barnmorskor (FSUM 2018), dels också till förmån för icke-hormonella metoder (exempelvis pessar och p-appar).

I denna artikel undersöks den biomedicinska konstruktionen av kvinnokroppen som riskfylld utifrån informanternas upplevelser och erfarenheter av preventivmedelsrådgivning. Särskild uppmärksamhet riktas på hur en biomedicinsk förståelse av kvinnokroppen ligger till grund för hur hormonella preventivmedel förmedlas och förstås, vilket handlingsutrymme detta skapar för studiens informanter, samt vilka (könade) normer som (re)produceras i relation till hormonell kroppsreglering, ansvar och hälsa. Centrala begrepp är biomakt och medikalisering.

Begreppet biomakt syftar till att beskriva den makt som på olika vis organiserar populationers hälsa och reproduktion i enlighet med statliga intressen (Foucault 1980). Biomakt utövas inte genom lagar men genom normer och normerande praktiker. Dessa normer ingår i en sofistikerad styrningsapparat genom vilken individer disciplineras att följa vårdgivares rekommendationer baserade på biomedicinsk kunskapsproduktion (Foucault 2002: 141–145). Inom detta normativa ramverk konstrueras statliga intressen som vore de i linje med individens, vilket genererar en allmän förståelse inför att följa vårdens rekommendationer som självklart, hälsosamt och frigörande. Medikalisering syftar till processen genom vilken ett problem kommer att definieras inom ett medicinskt ramverk, varpå medicinska ingrepp eller intervention ses som en naturlig följd för att lösa eller behandla problemet. Menstruation, PMS, fertilitet och klimakteriet är alla exempel på kroppsliga funktioner eller tillstånd vilka genomgått en medi-

kaliseringsprocess och därigenom kommit att ses som potentiellt patologiska tillstånd om dessa ej regleras medicinskt (Carson 2018: 832–833).

Metod och urval

Det material som använts i denna studie består av två fokusgruppintervjuer och en djupintervju. Åtta informanter har deltagit i studien, fyra av dessa utgör den första fokusgruppen som består av kvinnor i åldrarna 18 och 19 år. Tre av informanterna utgör den andra fokusgruppen, dessa är kvinnor i åldrarna 21, 22 och 23 år, och den informant som deltog i en enskild intervju är 26 år. Urvalskriterier för studien var kvinnor i åldrarna 18–26 med erfarenhet av preventivmedelsrådgivning. Av praktiska skäl var de tvungna att befinna sig i Stockholm under tiden för studien.

Den ena fokusgruppen värvades genom en nyckelinformant och gruppen utgjordes av fyra gymnasieelever där enbart nyckelinformanten var tidigare bekant för mig. Deltagarna i gruppen kände varandra sedan tidigare vilket var gynnsamt för samtalsklimatet, de verkade bekväma med att både stötta, men också gå i diskussion, med varandra (jämför Kitzinger 1994). Den andra fokusgruppen värvades genom en efterlysning på Facebook. Efterlysningen löd:

Hej! Jag söker personer som kan tänka sig att delta i en studie som syftar till att undersöka erfarenheter kring och attityder till preventivmedel, och då främst de preparat/metoder som riktar sig till ”kvinnor”. Studien kommer att baseras på intervjuer/diskussioner i mindre grupper och dessa kommer äga rum i Stockholm inom de närmsta två veckorna.

Efterlysningen delades vidare vilket möjliggjorde för individer utanför mitt sociala nätverk att anmäla intresse att delta. Erfarenheten av den första fokusgruppen hade visat att runt fyra deltagare fungerade bra för en fokusgruppintervju. Detta tillät alla deltagare att komma till tals samt gav tillräckligt med utrymme att diskutera vidare kring de specifika upplevelser som lyftes under samtalsgången. Efter att fyra personer anmält intresse fastställdes tid och plats för den andra fokusgruppintervjun. En informant lämnade senare återbud och fokusgruppen genomfördes med tre informanter. Jag valde utöver fokusgruppintervjuerna att även genomföra en djupintervju med en informant; denna hade uttryckt intresse att delta i en fokusgrupp men hade inte möjlighet att närvara vid fokusgruppintervjutillfällena. Djupintervjun genomfördes innan fokusgrupperna ägde rum i syfte att utvärdera och utveckla den intervjuguide jag sedan förhöll mig till under resten av materialinsamlingsprocessen.

Både gruppintervjuerna och djupintervjun var semi-strukturerade. Jag ställde

ett antal frågor men lät informanterna diskutera fritt kring hur de tänker kring och upplever preventivmedelsanvändning, hur de fattat beslut kring preventivmedel, vad för slags information de fått kring preventivmedel, samt hur de upplevde mötet med vården i samband med preventivmedelsrådgivning (Davies 2008: 106). Jag ställde även fördjupande följdfrågor kring de upplevelser informanterna berättade om. Intrycket jag fick av deltagarnas samtal och interaktion var att de fann ämnet intressant samt att de funderat kring dessa frågor tidigare (jämför Kitzinger 1994).

Under materialinsamlingsprocessen, samt under arbetet med att analysera materialet, framkom att deltagarna till stor del delade erfarenheter trots viss variation i ålder och utbildningsnivå. Första fokusgruppen bestod av gymnasieelever, andra fokusgruppen bestod av unga kvinnor som hade slutfört, eller under studietillfället genomgick, eftergymnasiala studier på kandidatnivå, och den kvinna som deltog i en enskild intervju hade slutfört eftergymnasial utbildning på kandidatnivå. Fem av informanterna ingick vid tiden för studien i en monogam relation med en manlig partner, tre var singlar. Några av informanterna använde hormonella preventivmetoder (två i första fokusgruppen och en i andra fokusgruppen) och den kvinna som intervjuades enskilt använde kopparspiral. Resterande informanter använde kondom som preventivmetod; en av dessa ingick i en monogam relation sedan fem år tillbaka. En av informanterna använde p-plåster och var nöjd

med sin preventivmetod. Hon beskrev p-plåstret som avgörande för hennes hälsa och livskvalitet då det hjälpte henne med PMS och menstruationssmärter som beskrevs som grava. De två som använde p-piller uttryckte frustration kring att de upplevde sig inte ha något annat val än att använda p-piller då de inte erbjudits något "bättre alternativ", samt att de inte ville bli gravida. De beskrev upplevelser av biverkningar, oförstående attityder hos partners och vårdgivare, samt att preventivmedel "blivit deras ansvar". Den kvinna som använde kopparspiral var även hon missnöjd då hon upplevde att den orsakade kraftigare menstruationsblödningar och smärter. Hon uttryckte obehag inför att använda hormonella preventivmetoder, och eftersom kondom inte fungerade som preventivmetod för hennes partner upplevde hon sig nödgad att använda kopparspiral. Samtliga informanter kommer ursprungligen från Stockholm. De har alla erfarenheter av preventivmedelsrådgivning med barnmorskor från ungdomsmottagningar i Stockholmsområdet, och två även erfarenhet av att diskutera hormonell behandling med läkare i syfte att behandla acne och menstruationssmärter. Jag har i denna studie valt att inte ställa frågor kring klasstillhörighet eller sexuell orientering; informanterna berättade dock om erfarenheter av heterosexuella praktiker och relationer.

Detta är en kvalitativ studie där målsättningen inte är att generalisera resultatet till att representera kvinnors upplevelser i stort. Istället har jag valt att titta närmare på hur dessa informanter själva tolkar och

beskriver upplevelser som på olika vis relaterar till preventivmedelsanvändning (jämför Kitzinger 1994). Intervjuerna spelades in och transkriberades, därefter gjordes upprepade närläsningar av materialet. Jag har kontextualiserat informanternas utsagor utifrån de teman jag identifierat i materialet och jämfört dessa med de teoretiska utgångspunkter jag arbetar med för att se vilka betydelser informanternas upplevelser genererar i relation till teorier kring biomakt (Foucault 2002), genusperformativitet (Butler 2011 [1993]) samt diskurser kring risk (Lupton 1995), frihet och självbestämmande (Granzow 2007).

Intervjuerna genomfördes som en del i mitt kandidatuppsatsarbete i genusvetenskap. Nu återbesöker jag detta material under tiden för mina doktorandstudier i folkhälsa. Denna akademiska kontext formar givetvis min utgångspunkt och teoretiska blick på studiens material, samtidigt som jag också är kvinna, uppvuxen i Stockholm, och med egna erfarenheter av preventivmedelsrådgivning. Under tiden för materialinsamlingen delade jag flera av informanternas upplevelser (något jag dock ej delgav informanterna). Det är relevant att lyfta frågor kring hur informanterna upplevde att samtala om dessa ämnen med mig och varandra samt hur detta påverkade samtalen (jämför Davies 2008). Enligt min tolkning av intervju-situationerna gynnade det samtalsklimatet att informanterna uppfattade att jag förstod vad de syftade på när de beskrev ett preventivmedelsrådgivningsmöte. Jag upplevde även att informanterna hade uppfattningen att jag som kvinna kunde

förstå deras perspektiv på användandet av preventivmedel i heterosexuella praktiker och relationer baserat på att jag vid tillfället för studien ingick i en relation med en man.

Den riskfyllda kvinnokroppen

”Vi kommer ju vara generation hormon typ”, säger Linnéa och skrattar. De andra fokusgruppdeltagarna instämmer i skrattet som följer på en diskussion där deltagarna förklarar att de upplever att ”hormoner är normen” vad gäller preventivmetod. Enligt Linnéa beskrivs hormonella preventivmedel som ansvarsfulla, medan kondom inte förstås som ett tillräckligt alternativ om en som kvinna ingår i en monogam relation med en man. Linnéa berättar om ett möte med en barnmorska som resulterade i att hon rekommenderades och fick p-piller utskrivna trots att hon själv inte ansåg sig behöva p-piller. Linnéa:

Hon ba ”Är du sexuellt aktiv?” och jag svarade ja men att kondom fungerar jättebra, jag har liksom aldrig haft oskyddat sex. Hon ba ”Ja OK men det är ändå bäst, man vet ju aldrig.”

Trots att Linnéa, som själv upplever sig ha kontroll över sin kropp och de heterosexuella praktiker hon deltar i, uppger för barnmorskan att hon är nöjd med att använda kondom som preventivmetod upplever Linnéa att barnmorskan inte tycker att kondom är tillräckligt ”ansvarsfullt”. Barnmorskan skrev ut p-piller till Linnéa med förklaringen att ”det är ändå bäst” då Linnéa skulle kunna slarva eller

misslyckas med sin valda preventivmetod. P-piller porträtterades enligt Linnéa i detta fall både som mer ansvarsfullt, men också som att det borde ligga i hennes intresse att använda hormonella preparat. Att den kvinnliga kroppen betraktas som en risk, något som bör kontrolleras genom hormonell reglering av fertilitet och menstruationscykel, utgör ett genomgående tema i de erfarenheter som återberättades under fokusgruppintervjuerna. Den kvinnliga kroppen betraktas som sexuellt tillgänglig för heteronormativa sexuella praktiker, men inom biomedicinsk diskurs betraktas den också som riskfylld och i behov av reglering och kontroll (Macleod och Durrheim 2002: 47). Denna bild av kvinnokroppen skapar sociala förväntningar på kvinnor att leva ”i samklang med” rådande uppfattningar om vad som är i deras intresse. Exemplet ovan kan tolkas som att det gemensamma bästa enligt barnmorskan är att Linnéa, trots att hon själv inte anser sig behöva det, använder p-piller för säkerhets skull för att minimera risken för oönskad graviditet.

Även Klara har upplevt att hon av barnmorskor uppfattas som i ”riskzonen”, där inte bara hennes kropp och fertilitet beskrivs som riskfylld, men även hennes ålder förstås som en riskfaktor. Klara berättar:

Jag har ju liksom bråkat med människor på ungdomsmottagningen som har varit så himla ”du borde verkligen äta p-piller!”, för att jag typ har varit där för att testa mig för något och då har det varit såhär ”men jag vill inte, jag är inte intresserad av det, det är bra tack”. Och då har jag alltid blivit ganska illa bemött för det har varit väldigt mycket såhär ”det är inte ok, du ska göra det här, du är en relativt ung tjej, du är sexuellt aktiv”. Alltså det har varit väldigt mycket påtryckningar och det har inte spelat så stor roll vad jag har sagt.

Klara menar att barnmorskan hon mötte ansåg att hon i egenskap av att vara ”ung tjej” borde använda p-piller. Synen på unga kvinnor som i behov av styrning i preventivmedelskonsultationer är genomgående i informanternas berättelser vilket belyser en bild av unga kvinnor som mindre kompetenta eller lämpade att fatta egna beslut kring hormonell kroppslig reglering. Vidare visar Klaras uttalande på den normerande effekt vårdens förespråkande av dessa preparat genererar. Hormonella preventivmedel förespråkas och skrivs ut även till unga kvinnor som inte anser sig behöva dessa. Klara säger:

Jag kommer ihåg att jag pratade med en barnmorska någon gång och han bara var såhär ”du är i riskzonen!” Det var så himla sjukt och jag ba ”men vad är jag i riskzonen för? Vad är det du menar liksom?” Och han ba ”du är i riskzonen!” och stod såhär och liksom hytte med handen mot mig. Då sa jag ”Men är det

din kropp vi pratar om?” och han svarade ”Nej!” och jag sa ”Men då så, om jag nu vill leva i riskzonen med min egen kropp då kan väl jag få göra det liksom?”

Ellen: Jag förstår inte grejen med riskzonen?

Klara: Nej men det var riskzonen att jag skulle bli ofrivilligt gravid. Och jag köpte inte det alls, jag har aldrig varit gravid, jag har aldrig ens behövt göra en abort, jag har liksom inte ens varit utsatt, eller i den situationen. Det var inte så att jag kom dit och såhär ”Nu har jag gjort tio aborter men vill inte använda p-piller men vill inte ha barn”, då hade man kanske kunnat [tänka] ”Men då måste vi hitta något alternativ som funkar för dig liksom.” Men nu var det såhär.

Talet om risk i relation till folkhälsa kan delas in i yttre risk och intern risk, där intern risk ses som inneboende i specifika kroppar (Lupton 1995: 90). Intern risk förstås i en nyliberal politisk och social kontext som något individen själv förväntas hantera. Detta innefattar även en moralisk bedömning kring huruvida individer hanterar inneboende risker på ett korrekt vis. Oviljan att motverka eller hantera risk som tillskrivs en viss grupp eller individ skapar här en spänning i relationen mellan Klara och barnmorskan där Klara förstås som risktagande då hon väljer att inte följa barnmorskans rekommendation. Att inte följa barnmorskans rekommendationer, eller att motsätta sig den biomedicinska diskurs som placerar henne inom en grupp som kategoriseras som riskfylld och i behov av hormonell kroppslig reglering, utgör ett motstånd mot vårdens beskrivning av unga kvinnor och deras behov. Samtidigt riskerar Klara att uppfattas som irrationell eller oförmögen att se till sitt eget bästa genom att utmana biomedicinsk expertis (Lupton 1995: 90) då det är dessa som styr talet och kunskapsproduktionen kring kvinnlig fertilitet, hormonella preventivmedel, och sexuell och reproduktiv hälsa (Carson 2018). Klara beskriver att hon i mötet med barnmorskor upplevt sig pressad att använda p-piller:

Verkligen. Alltså extremt mycket... Alltså press på att äta [p-piller], press som att ”Du är uppenbarligen inte mogen att ha sex eftersom att du inte använder någon annan form av preventivmedel [än kondom]”, vilket känns helt bisarrt. Det har blivit så konstigt hela grejen vilket också känns tråkigt för jag känner mig inte alls bekväm med att gå till ungdomsmottagningen.

Drygt 80% av besöken på svenska ungdomsmottagningar görs av kvinnor och det är måhända inte märkligt då en stor del av verksamheten kretsar kring

just rådgivning och förskrivning av preventivmedel. Eftersom de alternativ som finns tillgängliga är utvecklade i syfte att reglera fertilitet i kroppar med äggstockar och livmoder blir påföljden att det är individer med sådana kroppar som uppsöker ungdomsmottagningar för att få stöd och råd. Samtidigt beskriver informanterna att män i stor utsträckning inte ser sig själva som ansvariga för att förhindra oönskade graviditeter, något som skulle kunna vara ett resultat av, men måhända också bidrar till, att ungdomsmottagningars insatser till stor del riktas till unga kvinnor. Då mönster och attityder till preventivmedel formas i ungdomsåren (Falk med flera 2010) kan detta delvis förklara studiens informanternas upplevelser av att män ser sig själva som utanför reproduktionsfrågan. Ekstrand med fleras studie (2007) kring unga mäns uppfattningar kring abort, reproduktion och användandet av preventivmedel visar att unga män förväntar sig att kvinnor tar det primära ansvaret för att förhindra oönskade graviditeter. Denna förväntan uttrycks också på samhällelig nivå där vårdens insatser primärt riktar sig till en kvinnlig befolkning (Ekstrand med flera 2007) och inbegriper enligt de informanter jag intervjuat att kvinnor använder hormonella preventivmedel, vilket synliggörs i de möten med barnmorskor som informanterna beskriver.

Kön är inte endast ett normativt ramverk utan även en reglerande praktik. Att uppsöka ungdomsmottagningen, och att följa de rekommendationer för kroppslig reglering som rekommenderas, kan därför förstås som ett normativt utövande

av kön som (re)producerar kvinnokroppen som riskfylld (Butler 2011 [1993]: xi–xii). Flera av informanterna menar dock att den ojämna ansvarsfördelningen och bristen på alternativ gör att de känner sig pressade att använda sig av något av de alternativ som erbjuds. Maja uttrycker en känsla av maktlöshet kring den ojämna ansvarsfördelning hon menar uppstår ur att kvinnor utgör den primära målgruppen för utvecklandet av preventivmetoder. Maja säger: ”Hade vårt samhälle inte sett ut som det gjort hade jag ju aldrig behövt fatta detta beslut [att använda p-piller].” Även om en jämnare ansvarsfördelning inte nödvändigtvis hade resulterat i att Maja blir fri från beslutsfattande i frågan menar Maja att hon ”som samhället ser ut nu” förväntas vara den som ansvarar för preventivmedelsanvändning i en heterosexuell relation.

Maja upplever att hon är begränsad i sitt beslutsfattande, inte på grund av sin kroppsliga situation då hon inte ser sin kropp som riskfylld i sig, men på grund av sociala normer och förväntningar som behandlar hennes kroppsliga situation som specifik och i behov av reglering. Det är alltså inte en essentiell eller ”naturlig” kvinnokropp som begränsar informanternas valfrihet och handlingsutrymme, utan sociala relationer vilka naturaliserar könsroller och tilldelar kvinnor specifikt ansvar för säkert sex, samt en biomedicinsk diskurs vilken naturaliserar och reproducerar en diskursiv koppling mellan just kvinnokroppen och reproduktion (Carson 2018: 833). Sofia instämmer och menar att ”Vi blir behandlade som att folk ska säga

åt oss vad vi ska göra. Och då blir det liksom 'Ha inte oskyddat sex för du kan bli gravid.'"

Informanterna berättar att det fallit på deras lott som kvinnor att ta ansvar för säkert sex i de sexuella praktiker och relationer de ingår i, dels då vårdens insatser riktar sig specifikt till dem, men också då män enligt informanterna ofta inte ser sig som delaktiga i arbetet att förhindra oönskade graviditeter. Detta kan delvis förklaras genom att män inte interPELLERAS av en biomedicinsk diskurs kring sexuell och reproduktiv hälsa (Lupton 1995: 5). Sexuell och reproduktiv hälsa utgör ett kunskapsområde som alltid har fokuserat på kvinnokroppen som specifikt kunskapsobjekt (Oudshoorn 1994; Inhorn 2009). Oönskade graviditeter lokaliseras på detta vis som ett problem i kvinnokroppen, inte i de sexuella praktikerna i sig. Då vården även ser en potentiell risk i unga kvinnors förmodade oförmåga att fatta rätt beslut angående hormonell reglering av kropp och fertilitet legitimeras det förespråkande av p-piller och andra hormonella preparat som informanterna berättar om (FSUM 2018: 24–25). Det informanternas uttalanden belyser är därför inte att vården tvingar kvinnor att använda p-piller eller andra hormonella preventivmedel, men att vården beskriver hormonella preventivmetoder som önskvärda för kvinnor generellt.

Styrning genom omvårdnad

Att Klara beskrivits som "i riskzonen" av den barnmorska hon träffat på visar hur en riskbedömning (vilken av informanterna

diskuteras främst i relation till kön och ålder, men som även påverkas av andra sociala kategorier) ligger till grund för och legitimerar de riktade insatser genom vilka vårdgivare söker påverka unga kvinnors val av preventivmetod. Om syftet är att skydda kvinnan genom att få henne att känna sig bekväm med hormonell reglering av den egna kroppen, och på så vis minimera risken för oönskad graviditet och abort, ses denna intervention som legitim och omsorgsfull. Skydd från fertiliteten, men även från okunskap, ses här som en positiv, snarare än en begränsande insats, detta trots att Klara, men även Linnéa, Therese, Anna och Sofia, inte efterfrågat hormonella preventivmedel när de uppsökt barnmorskor på ungdomsmottagningen. Eftersom abort förmedlas som något som bör förebyggas skapas en press på unga kvinnor att aktivt delta i arbetet att hålla nere nationella aborttall genom att utöva den självreglering som förespråkas av vårdpersonal. Linnéa, som fick recept på p-piller trots att hon varken efterfrågat eller såg sig i behov av p-piller, fick veta att det "ändå var bäst" att hon reglerade kropp och fertilitet med hjälp av hormonella preparat.

Anna berättar om en upplevelse där hon i sällskap av Saga vänt sig till en ungdomsmottagning för att diskutera tillgängliga alternativ. Anna uttryckte för barnmorskan att hon inte ville använda p-piller eller andra preparat med större mängd hormoner i. Tanken på hormonella preventivmedel gjorde henne obekvämt då hon upplever dessa som oberäkneliga på grund av att de kan ge biverkningar. Då

jag frågar Anna ifall barnmorskan rekommenderade något specifikt svarar hon: ”Mm. Att jag borde äta p-piller. För det fungerar för alla som går hos henne, nästan. Sa hon. Så det borde fungera för mig då också.”

Annas upplevelse visar hur kvinnokroppen, men även kvinnors förmodade behov, generaliseras. Att p-piller fungerar för många kvinnor stämmer i stort, i detta möte resulterade barnmorskans framhävande av detta dock i att Anna upplevde att hennes oro inte togs på allvar samt att hon inte fick det stöd hon sökt då barnmorskan inte ville diskutera hormonfria preventivmetoder. I mötet försöker barnmorskan få Anna att känna sig bekväm med att använda p-piller istället för att diskutera de alternativ Anna faktiskt uttryckt intresse för. Saga menar att p-piller under detta möte framställdes som ”problemfritt” och att hon upplevde att hennes erfarenhet av att använda p-piller osynliggjordes i samtalet, något som påverkade hennes förtroende för barnmorskan:

Och då blev ju jag sur för hon sa i stort sett att det är inga problem med p-piller, och då blev jag ganska irriterad och sa liksom att jag känner typ ingen, och jag känner ganska många som äter p-piller, men jag känner ingen som inte har haft problem med biverkningar och så. Och hon sa ”Ja men det är väldigt ovanligt”, och jag sa ”Fast jag tror inte att det är så ovanligt.” Och så blev jag lite [sur], för hon menade typ att det jag har varit med om, det har inte hänt, det är inte så.

Samtliga informanter menar att i mötet med barnmorskor sker en tydlig ansvarsfördelning där de i egenskap av att vara unga kvinnor tilldelas ansvar att förhindra oönskade graviditeter. I dessa möten har samtalet om säkert sex och graviditetsprevention inneburit att unga män (både i informanternas specifika relationer men även som grupp) konstrueras som utan ansvar, eller till och med helt utanför diskursen. Informanterna upplever dessutom att deras upplevelser och obehag inför att använda hormonella preventivmedel inte tas på allvar då de rekommenderas preparat de inte vill använda, detta trots att de är nöjda utan eller efterfrågar andra alternativ. Kvinnorna i studien beskriver att de inte endast förväntas välja mellan olika former av preventivmedel, de förväntas också fatta *rätt* beslut, vilket i mötet med barnmorskor visat sig vara hormonella preventivmetoder.

Att välja fritt bland få alternativ

Val och valfrihet är dominerande diskurser inom den nuvarande nyliberala samhällsordningen, som placerar kvinnor i en motsägelsefull dynamik där de förväntas vara både ”choosing reproductive subjects and reproductive subjects with very

few options” (Granzow 2007: 43). Kvinnors användande av hormonella preventivmedel är därför inte nödvändigtvis resultatet av individuell agens, snarare bör det förstås som en repetitiv akt där tvetydighet kring vad valfrihet och levd erfarenhet av valfrihet kan tänkas vara (Granzow 2007). Som kontrast till denna liberala valfrihetsdiskurs menar Maja att hormonella preventivmedel förespråkas som en generell lösning för unga kvinnor. Maja: ”Alltså det är verkligen så, det är som att allt går på löpande band liksom, som att man är en i mängden typ.”

Hos kvinnorna i studien råder en frustration kring begränsade val- och handlingsmöjligheter, men även kring vad de upplever vara ett offentligt samtal kring preventivmedel, ”säkert sex” och abort, i vilket deras upplevelser inte syns. Enligt informanterna handlar det offentliga samtalet om preventivmedel sällan om de biverkningar de är rädda för, eller om bristen på alternativ. Klara uttrycker att den press hon upplever spås på av ett allmänt okritiskt förhållningssätt till hormonella preventivmedel vilket har fått henne att bli alltmer obekvämd med tanken på att använda hormoner. Klara:

Men så har jag bara mer och mer känt att jag är så fruktansvärt jävla osugen på att trycka i mig massa saker som jag inte vet vad det är. Och att det är någonting som jag är lite rädd för. Alltså, jag tycker att det är lite läskigt med hela p-piller-grejen.

Den oro inför att använda hormonella preventivmedel, men också erfarenheter av biverkningar som informanterna ger uttryck för, verkar i möten med vårdgivare inte få det erkännande som informanterna önskar. Istället upplever informanterna att det finns ett intresse hos de vårdgivare de mött att få dem att ”gå med på” att använda hormonella preventivmetoder, detta trots att informanterna upplever att de inte får tillräckligt med information kring hur hormonella preventivmedel faktiskt fungerar.

Den biomedicinska diskursen, liksom diskurser generellt, utgör inte ett direkt maktutövande i bemärkelsen att de tvingar individer att fatta specifika beslut. Dock erhåller en sådan diskurs auktoritet genom förmågan att definiera vad som anses vara ”naturligt” och ” normalt” (Foucault 1980). Genom att definiera vad som anses normalt och vad som anses vara avvikande skapar den biomedicinska diskursen således en form av standard kring förväntade beteenden och livsval (Carson 2018: 832). Även om individer i allt större utsträckning ses som konsumenter av hälso- och sjukvård förväntas de också konsumera vård och biomedicinska teknologier på specifika vis, detta synliggörs i bland annat Annas berättelse om barnmorskan som menade att ”p-piller passar för de flesta så det borde passa dig”.

Talet om det fria valet i relation till användandet av preventivmedel fungerar som en chimär för de begränsade valmöjligheter som råder (Granzow 2007). Kvinnor förhandlar inom ett strikt ramverk där det råder social och kulturell konsensus kring sexuell och reproduktiv hälsa som kvinnors ansvar och skyldighet (Ekstrand med flera 2007), vilket förstärks genom vårdens syn på kvinnokroppen som i behov av hormonell reglering (Reed och Saukko 2010). Den kontroll över kropp och fertilitet som förespråkas innebär dock inte att individen utövar kontroll som ett resultat av autonomi och självbestämmande, detta då den biomedicinska diskurs som formulerar kvinnors behov på specifika vis kontrolleras av biomedicinsk expertis, läkemedelsföretag och rådande kulturell ideologi. Att värna om den egna hälsan och sin reproduktiva förmåga är dessutom socialt sanktionerat, detta görs bland annat genom att följa vårdens rekommendationer (Lupton 1995; Reed och Saukko 2010). I informanternas berättelser framgår att valet att inte reglera sin fertilitet med hjälp av hormonella preventivmedel betraktas som farligt och ansvarslost av de barnmorskor informanterna möter.

Hormonella preventivmedel har kommit att utgöra en outtalat självklar del i ett respektabelt femininitetsutövande; detta inbegriper även förväntningar kring heterosexualitet (Preciado 2013: 298). Flera av kvinnorna i studien berättar att de rekommenderats att använda hormonella preventivmedel innan de blivit sexuellt aktiva. Detta menar informanterna har motiverats av att de kommer att bli sex-

uellt aktiva förr eller senare och att det därför är lika bra att vara skyddad mot risken att bli gravid. Den förmodade heterosexualiteten naturaliseras och upprätthålls genom den binära könsindelning där kvinnan definieras genom sin reproduktiva roll. Denna könsindelning konstruerar män och kvinnor som varandras motsatser där kvinnans reproduktiva roll också synliggör mannens frånvaro inom samma diskurs. Detta innebär enligt Judith Butlers beskrivning av hur kön *görs* att de hormonella preventivmetoder som förespråkas till kvinnor generellt som önskvärt och ansvarsfullt utgör en del i det femininitetsutövande som passerar som "naturligt" (Butler 2011 [1993]: xi). Även hälsa är något som utövas genom reglerande praktiker och specifik konsumtion. Att kvinnokroppen inte ses som hälsosam i sig blir synligt i talet om kvinnokroppen som riskfylld om denna inte kontrolleras på biomedicinsk väg. Den kvinnokropp som förespråkas är därför den "medicinskt renade kroppen" i motsats till den oreglerade kvinnokroppen som förstås som farlig och oren (Reed och Saukko 2010).

Att reproduktiva val konstrueras som fria är avgörande för att illusionen om kvinnlig frigörelse genom hormonell kroppslig reglering ska upprätthållas. Att det snarare rör sig om begränsade valmöjligheter (Granzow 2007) samt en ojämn fördelning av ansvar synliggörs i informanternas berättelser där de beskriver en press från de barnmorskor de möter. Paul B. Preciado menar att läkemedelsföretag exploaterat den emancipatoriska

diskurs som rådde inom kvinnorörelsen på 1960-talet i syfte att porträttera hormonella preventivmedel som ett steg i kampen för kvinnlig frigörelse (Preciado 2013: 230). Huruvida detta endast utgjort en medveten marknadsföringsstrategi i syfte att få kvinnor att välja dessa preparat kan självfallet diskuteras, dock framträder i materialet för denna studie att kvinnorna som intervjuats inte upplever sig själva som fria. Istället berättar informanterna att de val de förväntas göra sker inom begränsade valmöjligheter, valmöjligheter som i min tolkning av materialet framstår som begränsade av könade normer och förväntningar på utövandet av en biomedicinskt konstruerad respektabel heteronormativ femininitet.

Ansvarsfördelning och (o)jämlighet

Att kvinnokroppen konstruerats som den naturliga att reglera (Oudshoorn 1994; Preciado 2013), visar sig i informanternas berättelser få konsekvenser för deras upplevda handlingsutrymme i de sexuella praktiker och relationer de ingår i. Therese uttrycker det så här:

Ja men som att det är mitt ansvar om jag skulle ha samlag med en penis liksom, att det är jag som då antingen behöver ha något preparat i mig själv, eller ha en kondom till hands. Och att jag alltid behöver gå runt och vara orolig liksom, rädslan för att bli gravid. Om det skulle misslyckas, att den [kondomen] sprack eller att jag inte använde något eller sådär. Så det är min allmänna uppfattning att det är alltid, ja mitt ansvar att skydda mig själv mot oönskade barn tänker jag framförallt.

Therese menar att detta ansvar är något som blivit ”pålagt”, och att hon som kvinna förväntas ta det ansvaret. Eftersom utvecklingen av hormonella preventivmedel har riktat sig till en kvinnlig befolkning upplever Therese, men även Maja och Saga, att män i stor utsträckning vare sig förväntas ta ansvar för säkert sex, eller ens förstå hur de preventivmetoder (och deras eventuella biverkningar) som står till buds för kvinnor fungerar. Enligt informanterna har detta lett till en slapp attityd hos män generellt. Maja berättar:

Alltså det är ju egentligen skitsamma för killar för det man får höra är ju typ ”nä du får ta ett piller”. Och sen så ifall man skulle bli gravid så är det ju ”nä men vadå, gör abort då”.

Saga instämmer i Majas påstående och beskriver vidare hur denna attityd förstärker synen på preventivmedelanvändning som en kvinnofråga:

Om jag missar ett piller så måste jag se till så att jag använder kondom och liksom allt sådant där. Vilket ju är logiskt då det är jag som tar pillren, men det [p-piller] har aldrig varit ett preventivmedel för ett par som inte ska bli gravida, utan det är ett preventivmedel för en tjej som inte ska bli gravid.

Klara och Ellen betonar att idén om att hormonella preventivmedel bidrar till jämställdhet i heteronormativa sexuella praktiker och relationer är missvisande. Deras uppfattning är att kvinnor tilldelats ansvaret för att förhindra oönskade graviditeter vilket de menar påverkar mäns upplevelser av den egna kroppen som oproblematiske och som utanför reproduktionsfrågan. Klara hävdar att tillgången till dagen efter-piller i kombination med mäns bristande engagemang i frågan om "säkert sex" skapar en lucka för män att slippa använda kondom även om kvinnan inte på andra vis reglerar sin fertilitet. Risken för graviditet kan då "lösas" med ett dagen efter-piller.

Klara: Ja alltså, det där tror jag absolut eftersom det har blivit så himla generaliserat på något sätt, att de [killar] såhär "men det är lugnt, ta ett dagen efter-piller så är det löst" liksom.

Ellen: Men de förstår kanske inte hur det känns att behöva ta det.

Klara: Nej! Ja men också den här konstiga skammen av att gå in på apoteket och behöva köpa någonting som kostar 250 spänn och ba "Hej hej..." Och att det är bakom disk, jag har upplevt det, jag har köpt det någon gång men då har det varit såhär dålig stämning typ. För det är...

Ellen: Det blir lite en stämpel liksom.

Klara: Ja, exakt! Typ "You whore." Typ "har du varit ute nu?" Man ba... Alltså det blir jättekonstigt. Och det är sådant som killar absolut inte behöver uppleva på samma sätt. Såklart.

Klara och Ellen ger här uttryck för en oro kring att rådande sociala förväntningar som tillskriver kvinnor ansvar för att ta kontroll över reproduktionen kan komma att resultera i en *backlash* där de trots att de tar ansvar för familjeplanering i bemärkelsen att förhindra oönskad graviditet (genom att skaffa dagen efter-piller) potentiellt kan komma att dömas av personal som förskriver eller säljer dessa.

Geraldine Barret och Rosalyn Harper (2000) undersökte attityder hos apotekare

och allmänläkare i Storbritannien gällande att sälja dagen efter-piller över disk. Studiens resultat visade att yrkesprofessionella såg kvinnor som efterfrågade dagen efter-piller som omoraliska, inkapabla att ta ansvar för säkert sex, och som *för* sexuellt frigjorda. Artikelförfattarna belyser att själva uppsökandet av denna typ av vård skulle kunna tolkas som ansvarstagande, denna syn delades dock inte av informanterna i nämnda studie. Vidare ansåg studiens informanter att tillgänglighetsförändringen av dagen-efter-piller riskerade att bidra till ett moraliskt förfall hos sexuellt aktiva kvinnor generellt, det vill säga, att ingå i sexuella praktiker som kan leda till oönskade graviditeter förstås i detta fall som omoraliskt om kvinnorna inte är i monogama relationer samt använder en preventivmetod som förhindrar att de hamnar i en situation där behovet av ett dagen efter-piller uppstår (Barret och Harper 2000). Denna syn på kvinnlig sexualitet som omoralisk och farlig är inte den dominerande i de berättelser mina informanter delger, där framträder istället den kvinnliga kroppen som riskfylld, inte sexualiteten i sig. Dock verkar detta leda till liknande konsekvenser då synen på kvinnokroppen som riskfylld enligt informanterna leder till en förväntan eller "press" att använda hormonella preventivmedel. Klaras uttalande ovan pekar mot att denna upplevda förväntan vidare leder till att hon oroar sig för att apotekspersonal tolkar henne som ansvarslös och som för sexuellt frigjord när hon köpt dagen efter-piller.

Informanterna beskriver upplevelsen

av att de förväntas vara "tillräckligt ansvarsfulla" för att behovet av abort inte ska uppstå, vilket går i linje med Söderberg med fleras studie (2010) om unga kvinnors upplevelser av fertilitet där kvinnorna beskrev att det rådde en samhällelig förväntan på dem att motverka oönskade graviditeter genom att använda hormonella preventivmedel. Att abort kan ses som en naturlig del i möjligheten till familjeplanering (Kero 2005) osynliggörs därmed, precis som att behovet av abort kan uppstå trots att en hormonell reglerar sin kropp och fertilitet i enlighet med vårdens rekommendationer (detta då inget preventivmedel i nuläget erbjuder fullt skydd mot graviditet).

Det råder en diskursiv koppling mellan unga kvinnor och ett bristande ansvarstagande baserat på ålder och okunskap som roten till "problemet" med Sveriges "höga aborttal" (Kero 2005). Att unga kvinnor utgör en grupp som söker abort i stor utsträckning påverkar utformningen av de insatser som riktas mot befolkningen i syfte att motverka ofrivilliga graviditeter. Dessa insatser syns bland annat i utformningen av sexualundervisning i skolor där unga kvinnor på olika vis bildas i att ta ansvar för den egna reproduktiva förmågan (Bäckman 2003), men även genom riktad information från ungdomsmottagningar samt statlig subventionering av hormonella preventivmedel till kvinnor under 25 år. Att män inte utgör en risk eller målgrupp i dessa insatser är också anmärkningsvärt, något denna studies informanter genomgående återkommer till. Detta uttrycks bland annat i möten

med vården där barnmorskor enligt informanterna sällan riktar information om säkert sex och preventivmedel till informanten och dennes partner. Istället behandlas användandet av hormonella preparat som en fråga kvinnorna själva bör ta ställning till. Trots att en kan hävda att kvinnor genom tillgången till hormonella preventivmedel ges makt att själva fatta beslut kring fertilitet och kroppslig reglering är det inte upplevelser av självbestämmande informanterna berättar om. Istället betonar de att rådande förväntningar på kvinnor att ansvara för preventivmedelsanvändning snarare upplevs som begränsande. Ellen berättar om ett möte med en barnmorska på en ungdomsmottagning då hon funderade på att börja med p-piller:

Det var bara jag [som fick information]. Det var inget snack om att ”du och din partner” eller ”du och din pojkvän” eller hur de nu formulerar sig liksom. Det var liksom ”du och möjligtvis din mamma”.

Ellens upplevelse visar hur ansvaret för att förhindra oönskade graviditeter av barnmorskan behandlas som en kvinnofråga och trots att hon ingick i en stabil relation så diskuterades förhindrandet av graviditet som något som hon, och möjligtvis hennes mor, skulle ta ställning till. Istället för att ansvar för graviditetsprevention fördelas mellan informanten och hennes partner, placeras ansvaret över generationsgränser hos kvinnokollektivet. Även Linnéa berättar att hon upplevt att information kring graviditetsprevention riktats specifikt till henne trots att hon vid tillfället för besöket var i en monogam relation sedan fem år. Linnéa: ”Det var verkligen ingen fråga överhuvudtaget om min pojkvän eller hans ansvar eller att vi skulle ha en dialog med varandra eller någonting sådant där.”

Precis som biomedicin är socialt och kulturellt konstruerat så är även folkhälsa och de insatser som riktar sig till befolkningen socio-kulturella produkter. Detta innebär att de praktiker som förespråkas, och den retorik som legitimerar vårdens rekommendationer, är föränderliga baserat på politiska, ekonomiska och andra sociala incitament (Lupton 1995: 4). Den biomedicinska diskursen och praktiken konstruerar inte bara ett ramverk för vad som räknas som patologiskt, riskfyllt och ohälsosamt, utan reglerar även den konstituerande utsidan, det vill säga vad som uppfattas som normalt och hälsosamt. Inom denna diskurs ryms även moraliska värderingar kring ”bra” och ”dåliga” patienter, hälsosamma och ohälsosamma praktiker, samt vem som är ansvarig för den egna (och andras) hälsa (Lupton 1995). I exemplen ovan görs Ellen och Linnéa ansvariga för sina egna men även för sina partners sexuella praktiker i bemärkelsen att förhindra oönskad graviditet, vilket är ett återkommande tema i fokusgruppintervjuerna.

Informanternas utsagor visar att ungdomsmottagningarnas förmedlande av information om säkert sex riktar sig främst till kvinnor, vilket skapar normer som reproduceras i de heterosexuella praktiker de deltar i. Även om dessa hormonella metoder för kvinnor fyller en reell funktion i att skapa trygghet för de som använder sig av preparaten genom att förhindra graviditet, bidrar detta också till en allmän uppfattning om den ”korrekta” kvinnliga kroppen med en hormonellt kontrollerad fertilitet.

Vilket utrymme ges kvinnors röster?

Syftet med denna artikel har varit att diskutera hur reproduktiva val görs inom begränsade valmöjligheter, samt hur talet om kvinnors behov osynliggör dessa begränsningar genom bilden av hormonella preventivmedel som en hälsosam och naturlig del i kvinnors sexuella frigörelse. Förmedlingen av hormonella preventivmedel så som det beskrivs av kvinnorna i studien kan kopplas till ett svenskt medborgerligt folkhälsoideal vilket utgör en grundsten i ungdomsmottagningarnas rikstäckande arbete. Jag vill här poängtera att statliga incitament som riktar sig till den kvinnliga populationen i syfte att reglera reproduktion bidrar till en diskursiv konstruktion av det kvinnliga subjektet som riskfyllt och ”den som blir gravid”. Att på biomedicinsk väg reglera fertilitet, men också lust och (hetero)sexualitet kan på så vis förstås som en performativ process där kön men också kvinnokroppen som riskfylld reproduceras genom att befästa synen på kvinnokroppen som den naturliga att ingripa i (Preciado 2013: 168). Att kvinnor utlovats sexuell frigörelse genom användandet av hormonella preventivmedel vilka enligt en liberal frihetsdiskurs syftar till att möjliggöra sex på lika villkor ter sig därför som något av en paradox. Enligt Linnéa skulle hormonella preventivmedel potentiellt kunna möjliggöra sex på lika villkor om det inte rådde en samhällelig förväntan på kvinnor att hormonellt reglera kropp och fertilitet:

Alltså man har ju möjligheten, de här grejerna [hormonella preventivmedel för kvinnor] skapar möjligheten för sex på lika villkor, det är ju fantastiskt. Men det är på något sätt de patriarkala strukturerna som gör att de här medlen, de här verktygen för att kunna få jämställt sex, inte blir av.

Även Klara är skeptisk till att hormonella preventivmedel skulle innebära en sexuell frigörelse för kvinnor. Klara: ”Det känns som något som de försöker pracka på en typ. För att man ska äta det.” Sofia menar att ansvarsfördelningen för säkert sex och förhindrandet av oönskade graviditeter borde fördelas jämnare och säger:

Alltså, det är ju så man vill ha det. Att det ska vara bådas ansvar, det ska vara en gemensam sak man pratar om och det ska vara liksom på samma premisser. Det är egentligen det som skulle vara det optimala.

Kvinnorna i studien förhandlar på olika vis med bilden av kvinnokroppen som riskfylld och de reglerande praktiker de rekommenderas i egenskap av att identifieras som unga kvinnor med specifika behov. De könade normer som förmedlas i barnmorskornas förespråkande av hormonella preventivmetoder skapar förväntningar på studiens deltagare som de delvis motsätter sig, men delvis också följer, då de upplever att deras valmöjligheter är begränsade.

Kön och könade relationer materialiseras och förkroppsligas genom statligt subventionerade reglerande praktiker (Butler 2011 [1993]), samtidigt som talet om fria val döljer de begränsade möjligheter som råder för informanterna. På samma vis döljer talet om fri abort att aborträtten i Sverige är begränsad till graviditetsvecka 18 (vecka 22 om speciella skäl för abort finns). Att abort är en rättighet som utövas inom strikt reglerade villkor är måhända inte negativt i sig, dock bidrar detta tal om fri abort, samtidigt som det konstrueras som något som bör undvikas, till ett spänningsfält där kvinnor tvingas välja mellan få alternativ vad gäller preventivmetoder. Klara uttrycker det så här:

Och ja, det som jag har fått berättat för mig är att jag bör äta p-piller för att det skulle vara bra. För att då skulle jag inte behöva bli gravid, ungefär. Som att...

Det har inte varit en tydlig information om vad p-piller är, vad det är för typ av preparat, vad som kanske skulle passa mig och det är väl det som är så konstigt. Jag har fått någon typ av generell förklaring eftersom jag aldrig har velat ha det själv. Det har bara varit något som jag borde vilja ha.

Förmedlingen och distributionen av hormonella preventivmedel kan förklaras som ett sätt att överföra statlig kontroll till den ”fria” kroppen som kontrollerar sig själv i statens intresse (Foucault 1980). I informanternas berättelser framgår dock att det inte är individen som genom specifik medicinsk intervention uppnår kontroll, istället är det biomedicinsk expertis som styr talet om kvinnan, kvinnokroppen och dess behov. I detta sammanhang verkar det som att kvinnan enbart kan förstås som fri och jämställd om hon följer de förordade bioteknologiska regleringsmetoder som förespråkas samt deltar i rätt mängd och typ av sexuella praktiker och relationer.

De upplevelser som Saga, Anna, Klara, Ellen, Therese, Sofia, Linnéa och Maja delat med sig av visar att i mötet med vården uppstår en dynamik där deras perspektiv hamnar i skymundan. Upplevelsen att sexualundervisning

och vårdpersonalens förmedling av preventivmedel ensidigt riktar sig till den kvinnliga befolkningen, samt att detta får konsekvenser för den upplevda jämställdheten i heteronormativa sexuella praktiker, är viktig att lyfta fram. Om kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa, samt möjligheten att uppnå frihet och sex på lika villkor är målet, bör deras upplevelser och erfarenheter ges utrymme och beaktas. Materialet i denna studie visar hur den biomedicinska konstruktionen av kvinnokroppen som i behov av hormonell reglering genererar könade förväntningar som på konkreta vis påverkar unga kvinnors handlingsmöjligheter och livsvillkor. Frågan hur sex på lika villkor ska, eller kan, uppnås är därför alltså relevant att ställa. Jag vill slutligen understryka hur frågan om sexuell frigörelse och jämställdhet idag likställs med kvinnors valmöjligheter, samtidigt som de inte endast erbjuds att välja preventivmetod, de *förväntas* också välja, samt att välja *rätt*.

Referenser

OTRYCKTA KÄLLOR:

Fokusgruppintervjuer med åtta kvinnor genomförda våren 2015 i Stockholm. I författarens ägo.

TRYCKTA KÄLLOR:

Barrett, Geraldine, Harper, Rosalyn (2000) Health professionals' attitudes to the deregulation of emergency contraception (or the problem of female sexuality). *Sociology of Health & Illness* 22(2): 197-216.

Butler, Judith (2011 [1993]) *Bodies that matter: on the discursive limits of "sex"*. Abingdon, Oxon: Routledge.

Bäckman, Maria (2003) *Kön och känsla: samlevnadsundervisning och ungdomars tankar om sexualitet*. Göteborg: Makadam.

Carson, Andrea (2018) Feminism, biomedicine and the 'reproductive destiny' of women in clinical texts on the birth control pill. *Culture, Health & Sexuality* 20(7): 830-843.

Davies, Charlotte Aull (2008) *Reflexive ethnography: a guide to researching selves and others*. Andra upplagan. London: Routledge.

Ekstrand, Maria, Tydén, Tanja, Darj, Elisabeth, Larsson, Margareta (2007) Preventing pregnancy: a girls' issue: seventeen-year-old Swedish boys' perceptions on abortion, reproduction and contraception. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 12(2): 111-118.

Falk, Gabriella, Ivarsson, Ann-Britt, Brynhildsen, Jan (2010) Teenagers' struggles with contraceptive use - what improvements can be made? *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 15(4): 271-279.

Foucault, Michel (1980) *Power/knowledge: selected interviews and other writings 1972-1977*. New York: Pantheon.

Foucault, Michel (2002) *Sexualitetens historia*. Band 1: *Viljan att veta*. Göteborg: Daidalos.

FSUM (Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar) (2018) *Handbok för Sveriges ungdomsmottagningar*. http://www.fsum.nu/wp-content/uploads/2018/05/handbok_original_utskrift.pdf [12 april 2019].

Granzow, Kara (2007) De-constructing "choice": the social imperative and women's use of the birth control pill. *Culture, Health & Sexuality* 9(1): 43-54.

Inhorn, Marcia Claire (red) (2009) *Reconceiving the second sex: men, masculinity, and reproduction*. New York: Berghahn.

Kero, Anneli (2005) Abort - en tabubelagd rättighet: kvinnors mångbottnade upplevelser rymmer både lättnad och smärta. *Läkartidningen* 102(48): 3677-3680.

Kitzinger, Jenny (1994) The methodology of focus groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of Health & Illness* 16(1): 103-121.

Lupton, Deborah (1995) *The imperative of health: public health and the regulated body*. London: Sage.

Macleod, Catriona, Durrheim, Kevin (2002) Foucauldian feminism: the implications of governmentality. *Journal for the Theory of Social Behaviour* 32(1): 41-60.

Oudshoorn, Nelly (1994) *Beyond the natural body: an archaeology of sex hormones*. London: Routledge.

Preciado, Paul [Beatriz] (2013) *Testo junkie: sex, drugs and biopolitics in the pharmacopornographic era*. New York: The Feminist Press.

Reed, Lori Stephens och Saukko, Paula (red) (2010) *Governing the female body: gender, health, and networks of power*. Albany: State University of New York Press.

Sievers, Johan (2017) Populärt piller med tveksamt rykte. *Medicinsk Vetenskap* 3: 42-44.

Söderberg, Malin, Lundgren, Ingela, Olsson, Pia, Christensson, Kyllike (2011) A burden and a blessing - young Swedish women's experience of fertility: a study among women lacking experience of pregnancy and parenthood. *Health Care for Women International* 32(5): 402-419.

Nyckelord

Hormonella preventivmedel, biomakt, biomedicin, risk, ansvar, kön, femininitet

Lisa Raeder

Usher Institute

Centre for Biomedicine, Self and Society

University of Edinburgh

23 Beccleuch Place

Edinburgh EH8 9LN

Storbritannien

E-post: lisa.raeder@ed.ac.uk