

Kvinder som sociokulturelle risk managers

*Et sociologisk kvalitativt studie
af den igangsatte fødsel*

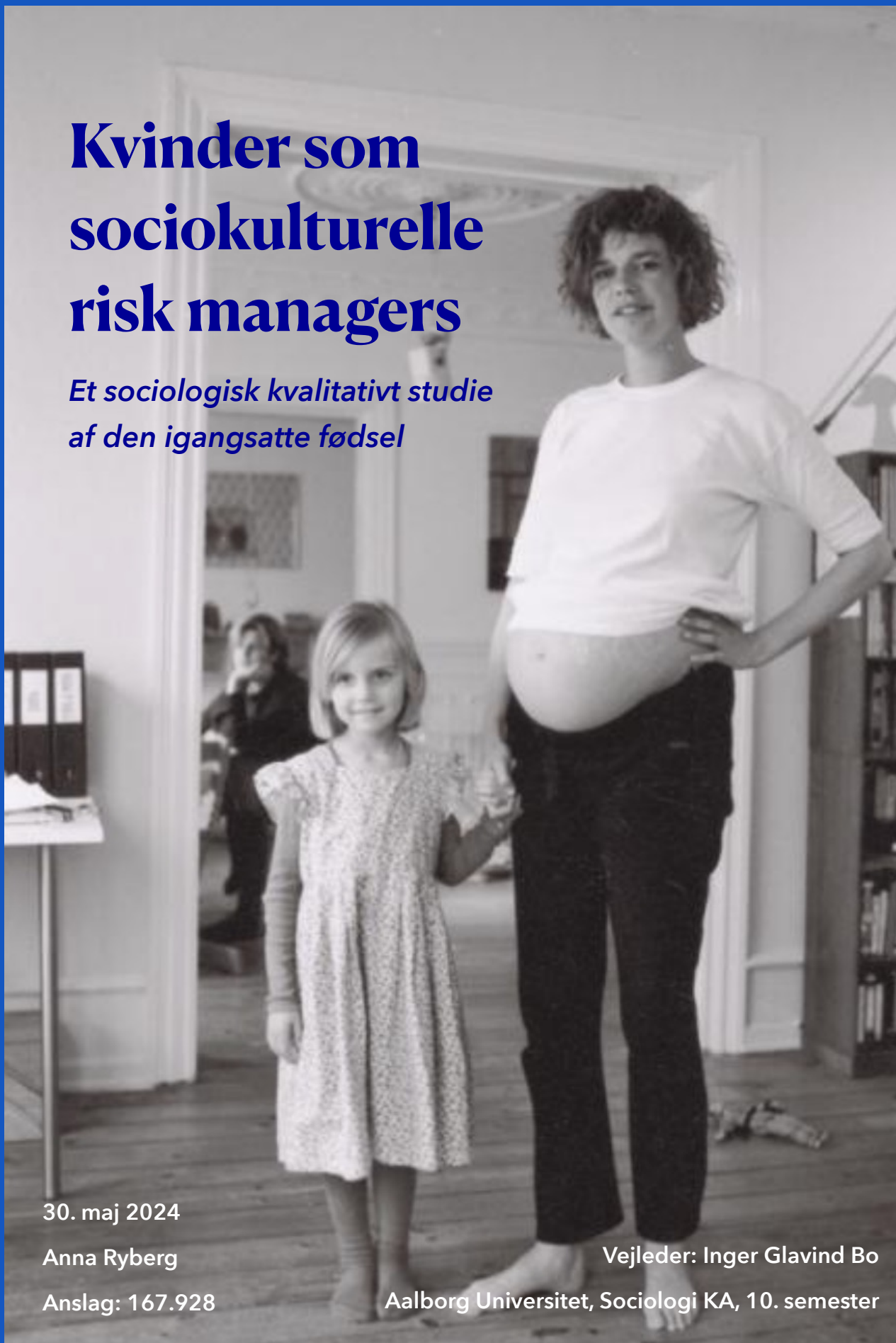
30. maj 2024

Anna Ryberg

Anslag: 167.928

Vejleder: Inger Glavind Bo

Aalborg Universitet, Sociologi KA, 10. semester



Abstract

This thesis examines induction of labor (IOL) from the perspective of so-called *high-risk pregnant women*. It explores the complex web of reasons and considerations behind the decision to undergo IOL, as well as the women's reflections on the subsequent childbirth experience. Through a social constructivist lens, the study looks beyond the conventional view of risks as merely pathological, shedding light on what appears to be a complex interplay of sociocultural factors that shape the women's decision-making in the lead-up to IOL and their overall framing and understanding of the birthing experience.

A qualitative approach was used, analyzing 21 semi-structured interviews obtained through a research collaboration with DEFACTUM (Region Midt). The sample is defined by being prolonged IOLs (3+ days) and consists of different women with various risk profiles. The thesis combines adaptive theory with reflexive thematic analysis, allowing for a synthesis of inductive and theory-fueled insights, and draws on the work of sociologists Ann Oakley, Robin Gregg, and Nikolas Rose. Oakley offers a framework for comprehending the context in which women make reproductive choices, emphasizing her conceptualizations of *Women as Maternity Cases* and *The Medical Model of Reproduction*, which are seen as exerting hegemonic influence. Gregg nuances this and sheds light on how reproductive choices are complex (influenced by women's different contexts and relationships) and somewhat *paradoxical*, providing both autonomy and leading to medically controlled births. Lastly, Rose provides an overall backdrop on how biomedical advancements affect *life itself*, resulting in subjectification of the self. Prioritizing the optimization, prevention, transformation, and control of the (pregnant) body and birthing process.

Firstly, the thesis reveals a general deep-seated trust in medical authority among the women. They embrace the notion that their unique risk profiles necessitate intervention, regardless of the severity of the risk profile. This serves as a backdrop for the women's perceived availability of choice. Consequently, they resign themselves to the idea that a natural vaginal birth is an unobtainable ideal, opting instead to view the birthing process as inherently uncertain and in need of medical intervention/IOL. This acceptance often translates into what can be described as a *silent non-choice*. The silent non-choice is characterized by both compliance and an implicit acknowledgment of medical recommendations rather than a genuine fear for their own well-being or that of their child.

Prior to the onset of active labor, the women surrender to the induction process, internalizing its lack of progress as a reflection of their own bodily inadequacies. While harboring initial hopes of control and efficiency, the prolonged nature of induction often leaves them feeling disillusioned and out of control as the waiting game unfolds, detached from their original expectations. Despite feelings of frustration and loss of control, the women exercise control and agency when navigating the induction process by “tweaking” it to match their own needs, such as seizing opportunities to plan giving birth on a date that suits their practical needs.

The women describe their interactions with medical professionals as overall positive, conceptualized as what Rose would describe as ethical pastoralism. They recount interactions characterized by consensus and a focus on the necessity of intervention (IOL), developed over the course of their high-risk pregnancy journey. In this context, the refusal of induction seldom emerges as a viable option, with women feeling compelled to align with medical recommendations to avoid any perception of negligence, thereby consolidating their position as responsible mothers.

The women's birth narratives are characterized by an abundance of additional procedures and interventions to “optimize” the birthing process, with a strong focus on avoiding the sensation of pain and thereby the loss of control. Despite the inductions being prolonged and numerous interventions applied throughout the birthing process, many of the women would choose to be induced again in future pregnancies. This relates back to the women's overall assessment of both pregnancy and birth as inherently uncertain—as a site of risks—and therefore in need of medicalized control. Consequently, they perceive birth without intervention/induction as both riskier and presenting a greater potential for loss of control. This relates to the end goal being always the child—thus, it seems the end (still) justifies the means.

Indholdsfortegnelse

Abstract.....	1
Prolog	5
1. Indledning.....	5
1.1. <i>Den ukomplicerede graviditets møde med herskende anbefalinger og retningslinjer på svangreområdet.....</i>	<i>5</i>
1.2. <i>Risikograviditeter og den omdiskuterede igangsættelse af fødslen</i>	<i>7</i>
1.3. <i>Eksisterende forskning relateret til specialets undersøgelsesfokus.....</i>	<i>10</i>
1.4. Problemformulering	11
1.5. Historisk oprids af graviditet og fødsel som kulturelt kontingent.....	12
2. En kvalitativ metodisk tilgang til fænomenet igangsættelse af fødsler	16
2.1. <i>Specialesamarbejde med DEFACTUM (Region Midt)</i>	<i>16</i>
2.2. <i>Udvælgelseskriterier for de inkluderede interviews</i>	<i>16</i>
2.3. <i>Præsentation af informanter</i>	<i>17</i>
Tabel 1, Informantkarakteristik.....	18
2.4. <i>Interviewguide og de udførte interviews.....</i>	<i>19</i>
2.5. <i>Den ”tredje” vej - specialets adaptive og socialkonstruktivistiske metodetilgang.....</i>	<i>21</i>
2.6. <i>Positionering i henhold til konceptualiseringer af den ”gode” fødsel og de fødende kvinders stemme</i>	<i>22</i>
2.7. <i>Specialets analysestrategi.....</i>	<i>24</i>
2.8. <i>Fremgangsmåde for kodning af empirien</i>	<i>25</i>
3. Teoretisk ramme til en sociokulturel forståelse af igangsættelse af fødsler.....	26
3.1. <i>Ann Oakleys perspektiver på women as maternity cases & The Medical Model of Reproduction (1970-80)</i>	<i>26</i>

3.2.	<i>Robin Gregg og kvinders paradoksale valg (1995)</i>	30
3.3.	<i>Nikolas Rose og livets politik (2009)</i>	32
3.4.	<i>Specialets magtforståelse</i>	36
4.	Analyse af interviewempirien	38
4.1.	<i>Tilgængelige forventninger og valg for den risikogravide</i>	38
4.1.1.	"Min fødsel skal igangsættes fordi..."	38
4.1.2.	Forventninger til fødslen	42
4.1.3.	Det "stille ikke-valg"	45
4.2.	<i>Når man har sagt a, må man sige b</i>	47
4.2.1.	Overgivelse til- og forventningen om behandling af fødslen	47
4.2.2.	"Plug and play" – den instrumentaliserede fødselsberetning	50
4.2.3.	"Jeg er ikke bekymret for min baby..." – monitoreringsteknologi som tveægget sværd 53	
4.2.4.	At optimere og kontrollere den uforudsigelige fødsel	56
4.2.5.	Valgfrihed og tilbudsteknologier	59
4.2.6.	Travlhed på fødegangen	60
4.3.	<i>Målet helliger midlet</i>	62
4.3.1.	Igangsættelse og fødsel – separate hændelser	62
4.3.2.	"Jeg ville gøre det igen" - Intet fødselsnarrativ uden medikalisering	63
5.	Konklusion	67
6.	Epilog	69
7.	Litteraturliste	70
8.	Bilag	75

Prolog

I dette speciale behandles emner relateret til graviditet og fødsel. I forbindelse hermed analyseres en række interviews med 21 kvinder om deres oplevelser med at få deres fødsler igangsat, hvorfor jeg også udelukkende bruger termen ”kvinde(r)”. Jeg fokuserer hermed på de fødende kvinders erfaringer og oplevelser. Dette valg og dets implikationer behandles yderligere i afsnit 2.6.

1. Indledning

I denne indledning vil jeg fremlægge den normale graviditets møde med sundhedsvæsenets tilbud, anbefalinger og retningslinjer, hvorefter jeg vil dykke ned i perspektiver på såkaldte risikograviditeter og igangsættelse som intervention. Herefter vil jeg fremlægge eksisterende forskning relateret til området, foruden specialets problemformulering. Slutteligt præsenterer jeg en kort introduktion til graviditet og fødsel som videnskabeligt undersøgelsesfænomen i historisk øjemed. Dette gøres med henblik på at belyse områdets udvikling, med henblik på at skabe et fundament til at kunne forstå dets nutidige udgangspunkt, herunder hvordan visse rationaler og epistemologier om graviditet og fødsel er opstået, og hvordan de stadig syner fremherskende i præsens dansk svangreomsorg. Denne indføring er valgt, idet den giver et meningsfuldt udgangspunkt til at kunne forstå det baggrundstæppe gravide taler ind og ud fra, når de gennemgår en graviditet og en fødsel, og således også i forbindelse med valget om at få fødslen igangsat.

1.1. Den ukomplicerede graviditets møde med herskende anbefalinger og retningslinjer på svangreområdet

I ”Anbefalinger for svangreomsorgen” (2022) står der i afsnittet: ”Principperne for svangreomsorgen” således: ”*Svangreomsorgen for gravide og fødende bør forebygge sygeliggørelse og overbehandling og bør fremme den spontane, normale fødsel*” (Bilag 1:10). Man må derfor antage at målet med sundhedsvæsenets forskellige tilbud i regi af graviditet og fødsel, baserer sig på netop dette – at understøtte og fremme det der defineres som det naturlige. Alligevel forefindes der en hel del retningslinjer og anbefalinger på netop dette område, der også uddybes yderligere med stor detaljegråd i resten af dokumentet. Fra sundhedsvæsenets side ses disse mangeartede tiltag og muligheder for monitorering som nødvendige, i relation til netop at kunne definere og understøtte det der kategoriseres som det ”normale”/ukomplicerede graviditets- og fødselsforløb (Bilag 1:217-218). Disse retningslinjer og anbefalinger skal således sameksistere med de gravides forventninger

og idealer for fødslen. Det er givetvis svært at tale om ensrettede forestillinger og idealer for fødslen blandt gravide i Danmark, alligevel kan man måske argumentere for at den naturlige vaginale fødsel, nyder godt af en grad af favorisering - både i den offentlige diskurs, men således også fra sundhedsvæsenets side (Bilag 1:217; Fisker & Zypikoff 2014). Et australsk studie fandt da også at gravide som oftest forestiller sig en såkaldt naturlig vaginal fødsel, når de skal beskrive deres forventninger til fødslen, og at det krævede en såkaldt ”rekonstruering”, at affinde sig med at få kejsersnit (Fenwick et al. 2006:124). Et dansk antropologisk studie påviste nogenlunde samme, men også at en stor andel af de fødende samtidig ville ”tage det som det kommer” – en forventning der indebar åbenhed overfor nødvendige interventioner og indgreb, grundet det de anså som fødsleens immanente usikkerhed (Bertelsen & Gohr 2006:112-114). På den ene side kan man altså argumentere for, at der findes en række idealer for den naturlige fødsel, samtidig med at der på den anden side forefindes en lang række tiltag, bestående af retningslinjer, anbefalinger og lægefaglig monitorering skabt til at lokalisere og imødekomme, det der defineres som risici (Bilag 1:45). Generelt kan man argumentere for, at dansk svangreomsorg bygger på en lang historik omhandlende forebyggelse og opsporing af mulige risikograviditeter, og hvad der måske kan defineres som ”rettidig omhu”, fremfor at afvente (B: Hvidmann 2022; Vallgård 2003:223). Det såkaldte forsigtighedsprincip. Dette forsigtighedsprincip er da også hovedårsagen til det medicinske ræsonnement bag igangsættelse af fødsler i dag – altså en art hypotetisk skadesreducering (Hvidman 2023).

I det følgende vil jeg fremhæve en række nedslag i forbindelse med hvordan man fra sundhedsvæsenet i Danmark overordnet varetager graviditet og fødsel. Hensigten er at skabe overblik over hvad gravide kvinder tilbydes i løbet af de 40+ graviditetsuger, og således også for at skitsere det typiske ”forløb” hen mod en mulig igangsættelse af fødslen. Beskrivelsen tager udgangspunkt i en ukompliceret graviditet, hvor kvinden ikke klassificeres som værende risikogravid og dermed i målgruppen for yderligere konsultationer og monitorering.

Den typiske førstegangsgravide tilbydes, i forbindelse med sin graviditet, i alt 12 forskelligartede møder med sundhedsvæsenet (andengangs fødende lidt færre). Disse inkluderer både besøg hos praktiserende læge, diverse ultralydsscanninger og konsultationer med en jordemoder (Bilag 1:55). Besøgene har som sagt til formål at monitorere (gennem bl.a. teknologi og undersøgelser) både den gravide kvindes velbefindende, selve graviditeten (altså, om den udvikler sig ”normalt”) og fostrets trivsel/udvikling. Denne omfattende indsats legitimeres gennem

sondringen om at graviditeten giver anledning til: ”... *et særligt stort forebyggelsespotential*” og således også for at opspore det der omtales som: *risikograviditeter* (Bilag 1:9,45).

I omkring graviditetsuge 6-10 ses den gravide typisk af sin praktiserende læge, her fastslås det at der rent faktisk er tale om en graviditet, og der tages en række prøver for at fastslå kvinden og fostrets helbredsmaessige tilstand. I forbindelse med denne undersøgelse tilbydes den gravide en såkaldt nakkefoldsscanning (Bilag 1:56). Denne ultralydsscanning foretages i graviditetsuge 11-13 og bruges typisk til at få en dybere indsigt i fostrets sundhed, herunder sandsynligheden for kromosomvariationer. Jeg vil ikke gå ind i en yderligere udredning af dette, men fokusere på et af ultralydsscanningen andre formål, nemlig bestemmelsen af terminsdatoen (Bilag 2:2).

Terminsdatoen er den dag, hvor man antager at graviditeten er 40+0, og dermed fuldbåren.

Omkring 5-10% af gravide kvinder føder på deres terminsdato (Mikkelsen 2022). Der er således tale om et værktøj til omtrentlig bestemmelse, mere end en reel kalkulation af den eksakte dato for fødslen. Der er og har været både videnskabelige og lægmandsbaserede diskussioner om hvorvidt fastsættelsen af denne dato har berettigelse eller ej (Roberts & Walsh 2019:47; Rolin 2023). Disse diskussioner handler om flere forskellige ting; blandt andet om hvorvidt det ville være mere meningsgivende at tale om en terminsperiode, fremfor en eksakt dato, idet af fødslen, som tidligere nævnt, sjældent falder på selve datoen, men også fordi fastsættelsen af en sådan dato, skaber en forventning hos de fødende, der i til vægt oplever skuffelse og utålmodighed når denne arbitrære ”grænse” for fødsel overskrides (”Mette” 2022; Rolin 2023; Roberts & Walsh 2019:41). Denne diskussion tager bl.a. afsæt i at en fødsel anses som værende indenfor termin, hvis barnet fødes mellem uge 37-42, om end man i mange instanser igangsætter fødsler inden uge 42 (A: Hvidman:2022). Slutteligt, og måske mest markant, definerer terminsdatoen også hvornår graviditeten anses som overbåren, og dermed, efter medicinske standarder, afkrævende for yderligere intervention i form af igangsættelse.

1.2. Risikograviditeter og den omdiskuterede igangsættelse af fødslen

I det følgende vil jeg behandle de typiske årsager til igangsættelse, og de mange årsager til hvorfor igangsættelse af fødsler er så udbredt en intervention. Jeg vil i den forbindelse beskrive både det gængse igangsættelsesforløb, foruden at jeg vil fremlægge hvorfor netop igangsættelse er så omdiskuteret et indgreb.

I 2022 blev ca. 23% af alle fødsler igangsat – der er altså tale om en af de hyppigste interventioner i et dansk graviditetsforløb, om end der er tale om et tilbud. Samtidig er indikationen

for igangsættelse ofte at graviditeten er overbåren, dvs. at graviditeten har været længere end 40+0 uger (selvom terminsperioden er defineret til at løbe fra uge 37-42). Såfremt indikationen for igangsættelse udelukkende omhandler overbårenhed, er den nuværende anbefaling at fødslen igangsættes inden udgangen af uge 42+0 (Hvidman & Søndergaard 2022). Andre årsager til igangsættelse er typisk med et forebyggelsesperspektiv, og udgøres af det der falder under ”kompliceret” graviditet, dvs. anormaliteter eller sygdomme hos moderen (diabetes, overvægt mm), præeklamsi, væksthæmning eller fostrets angivelige størrelse, tvillingegraviditet, eller slet og ret udmattelse hos den gravide mv. Man ser disse risici i sammenhæng med mulige konsekvenser for fostret, hvor der ses en lille øget sammenhæng mellem graviditetens længde og risikoen for at fostret dør i livmoderen, foruden at barnet kan være dårligt (og behandlingskrævende) ved fødslen. Medicinske årsager til igangsættelse er altså mange, og til tider også overlappende (Hvidman 2023; Lou et al 2021:243).

I dokumentet: ”Kortlægning og Analyse af normeringer på fødeområdet” (2024) af Sundhedsstyrelsen (SST), pointeres der at mulighedsrummet for en såkaldt ukompliceret graviditet er svindende, blandt andet fordi teknologiske fremskridt på området er tiltagende, og der derfor ses en højere grad af tidlig opsporing af såkaldte risikograviditeter. Denne indskrænkning har ført til at lidt over halvdelen af de gravide i 2020-2022 defineredes som risikograviditeter, i en eller anden udstrækning og af meget varierende årsager, hvilket i sig selv kan fungere som argument for flere igangsættelser. Der er da også sket en stigning af igangsættelser i perioden 2013-2023, blandt andet pga. førnævnte teknologiske formåen, der er med til at rykke på hvordan vi definerer og forstår risici i relation til svangreområdet (Bilag 3:43). Netop denne pointe findes relevant for en yderligere kvalitativ undersøgelse af igangsættelser – for hvordan opleves det at være såkaldt risikogavid, i relation til igangsættelse af fødslen?

Tidspunktet for anbefalet igangsættelse er således heller ikke statisk, og har tidligere taget sig anderledes ud, om end nylige diskussioner behandler muligheden for at igangsætte endnu tidligere. Den seneste fandt sted i 2021, og her kan man i et høringsudkast fra SST læse, at de nu anbefaler og foreslår igangsættelse inden udgangen af uge 41. Dvs. en uge tidligere end hvad anbefalingen dikterer på nuværende tidspunkt. Den nye anbefaling lyder således, da de mener der er en forøget risiko for fosterdød, når graviditeten varer længere end uge 41. Anbefalingen kategoriseres dog stadig som en såkaldt ”svag anbefaling” af selvsamme instans (Bilag 4:4). På sundhed.dk står der da også, at selvom kvinden takker nej til igangsættelse, er der stadig størst sandsynlighed for et ukompliceret fødselsforløb og et sundt barn – alligevel fremhæves det i samme ombæring at der er

større risiko for fosterdød, tab af moderkagefunktion mm., hvis kvinden frasiger sig førnævnte igangsættelse (B:Hvidman 2022). Netop denne pointe tager Jordemoderforeningen også fat i, i et høringssvar til SSTs høringsudkast. Her fremhæver de at anbefalingen beror på evidens af varierende kvalitet, og at igangsættelse inden udgangen af uge 41+, formodentlig vil resultere i overbehandling af en stor gruppe gravide, der ellers selv ville være gået spontant i fødsel, foruden at mængden af igangsættelser ville stige og dermed resultere i et større organisatorisk pres på fødegangene (Poder 2021).

For den enkelte kvinde er igangsættelse af fødslen immervæk heller ikke uden bivirkninger og konsekvenser, og på sundhed.dk oplistes de da også som følgende; kvalme, opkast, feber, vestorm (der kan resultere i et behov for ve-hæmmende medicin), navlesnorsfremfald, blødning fra moderkagen, infektion i livmoderen, et langtrukket fødselsforløb og det faktum, at nogle studier viser at indgreb i fødslen, fører til flere indgreb senere hen, som fx kejsersnit (Cramon 2022; Hvidman 2023; Roberts & Walsh 2019:41).

Tilbage til det faktiske igangsættelsesforløb; som med alle andre interventioner under graviditet og fødsel, er igangsættelse som sagt et tilbud. Det er altså muligt for kvinden at takke nej, såfremt hun vil afvente spontan fødsel. I tilfælde af dette tilbydes kvinden i stedet kontinuerlig monitorering med CTG, ultralydsscanninger og besøg hos jordemoder/fødselslæge. Der eksisterer altså alternativer til igangsættelse (Hvidman & Søndergaard 2022). Vælger den gravide at takke ja til igangsættelse kan dette udspille sig på flere forskellige måder, afhængigt af medicinske parametre, der blandt andet handler om skøn af hvor tæt på kroppen er på selv at gå i fødsel. De typiske metoder er som følger; igangsættelse ved at der prikkes hul på fosterhinderne således at vandet går, igangsættelse med ve-stimulerende drop, igangsættelse med medicin der modner livmoderhalsen (Misoprostol) og igangsættelse med ballon-kateter. Metoderne kan bruges i sammenhæng, og som tidligere nævnt afføder den ene metode til tider også brugen af andre interventioner senere i fødselsforløbet, foruden smertestillende medicin, anlæggelse af kop mv. Jordemødre og fødselslæger vil typisk stile efter at benytte den mindst invasive metode først, for så at "opjustere" interventions-niveauet, såfremt der ikke skønnes at være fremgang i fødslen (Hvidman 2023). Med denne udredning in mente, tager jeg nu fat i en fremlæggelse og diskussion af de forskellige kvalitative forskningsfund i relation til sociokulturelle risici, og oplevelsen af at få sin fødsel igangsat.

1.3. Eksisterende forskning relateret til specialets undersøgelsesfokus

Fundene på området er først og fremmest mangefacetterede. Et dansk kvalitativt studie (Lou et al 2021) omhandlende valgfri igangsættelse af fødslen i ukomplicerede graviditeter fra 2021, finder eksempelvis at de fleste gravide ønskede og forestillede sig en naturlig fødsel uden interventioner, og at det kom som en overraskelse for dem, at de gik over tid. Dette gør sig ligeledes gældende i et svensk studie (Hilvér et al 2022:3). Kvinderne i Lou et. als studie (2021) tolkede dette, som at kroppen og/eller baby ikke var klar til fødslen, men oplevede ikke bekymringer relateret hertil. Dette satte de i relief til den kontinuerlige lægefaglige monitorering de modtog, når først de var gået over tid. Mange følte sig desuden udmattede af graviditeten (Lou et. al 2021:245). Både Lou et al (2021) og Hilvér et als studie, viser at mange gravide er lettede ved udsigten til at kunne ”overgive” sig til en medikaliseret forvaltning af fødslen. Typisk omhandlede de følelser, at kvinderne var lettede over udsigten til en afsluttet graviditet og en levendefødt baby, der ultimativt overskyggede fødselsforløbet, uagtet hvordan det var forløbet (Hilvér et al 2022:4-5; Lou et al 2021:247). Andre kvinder i Hilvér et als studie følte skuffelse i relation til det de italesatte som deres kroppes manglende formåen (Hilvér et al 2022:4). En del af kvinderne i det danske studie af Lou et. al (2021) følte sig velinformerede om de medicinske årsager til igangsættelse, men samtidig var der også for nogle et ønske om at modtage information om mulig igangsættelse tidligere i forløbet, således de havde bedre tid til at overveje deres muligheder. En andel af kvinderne følte sig ængstelige ved udsigten til igangsættelse, men dette omhandlende i højere grad igangsættelsens ry, end om personlige oplevelser med samme (Lou et al 2020:245-246). Det samme gør sig gældende i et britisk studie, hvor igangsættelse typisk var noget der blev diskuteret i de gravidides omgangskreds, fremfor noget de mente at have modtaget information om fra relevant fagpersonale (Jay et. al 2018:24-26). I relation til kommunikationen herom fra fagpersonalets side, tolkede kvinderne i Lou et. als studie (2021) det sagte som både et tilbud og som en anbefaling. Nogle kvinder fortalte, at de opfattede kommunikationen herom, som om det var dem påkrævet at få fødslen sat i gang (Lou et al 2021:246). Denne sontring, stemmer overens med et andet britisk studie og et dansk litteratur review om samme emne, hvor anbefalingen om igangsættelse blev opfattet som et såkaldt ”non-choice”, forstået på en sådan måde, at kommunikationen herom ikke fremlagde igangsættelse som et valg, men som en påkrævet ”naturligt” forekommende intervention (Jay et. al 2018:26; Lou et al 2018:407). Jay et. als studie (2018) viste også at kvinderne havde et stort fokus på de fremlagte risici, men at de fokuserede mere på risiciene for fostret ved en fortsat graviditet, end på de bivirkninger man som fødende selv kan opleve i relation til igangsættelse (Jay

et al 2018:26). Fælles for disse medicinsk-antropologiske studier er, at de tager udgangspunkt i en ikke-kritisk tilgang til kvindernes oplevelser med- og af at blive igangsat, hvor kvindernes oplevelser således ikke sammenkædes med samfundsmæssig udvikling og dertilhørende tendenser. Dette fokus hænger givetvis sammen med at igangsættelse af fødslen som sagt er et omdiskuteret fænomen, også inden for lægevidenskaben, samtidig med at det er en udbredt og normaliseret intervention inden for samme.

Et finsk studie af hjemmefødsler (2000) og de hjemmefødendes forståelser af risici i relation til graviditet og fødsel, viste at de gravide par blandt andet fravalgte hospitalsfødslen på baggrund af frygten for såkaldte *iatrogenic risks*, dvs. de risici der er forbundet med et fødselsophold på hospitalet og bekymringen for dertilhørende unødvendige indgreb (Viisainen 2000:804-805). På denne måde, sås der altså stadig et fokus på risici fra de hjemmefødendes side, man anså bare den største risikofaktor som værende medicinske interventioner på hospitalet. Parrenes valg om at føde hjemme blev tolket, både af fagpersonale og parrets sociale relationer, som et risikabelt valg, og i mange tilfælde fortalte de gravide par, at de blev forsøgt talt fra hjemmefødslen gennem et udpræget fokus på det der kan gå galt, i forbindelse med en sådan. Nogle af de gravide par valgte at hemmeligholde deres valg om hjemmefødsel så længe som muligt, for at undgå det der kan betegnes som oplevelsen af *moral risks*, eller det at være en *risk mother*, forbundet med at tage valg der forholder sig kritisk til gængse anbefalinger (ibid:794,806-807).

Netop sidstnævnte pointer om særligt moral risks udgør, en del af udgangspunktet for dette speciale. Jeg ønsker altså at forstå igangsættelse af fødslen både ud fra kvindernes beskrivelser og oplevelser hermed, men også som en del af en større samfundsvidenskabelig forståelse af risici som sociokulturelle, og som værende præget af mere og andet end "objektive" medicinske standarder. Med dette in mente, præsenterer jeg her specialets problemformulering:

1.4. Problemformulering

Igangsættelse af fødslen kan, bl.a. pga. det generelle grundlag for interventionen og diskussionen herom, anses som en slags nutidigt "knudepunkt" for forståelsen af risici i forbindelse med graviditet og fødsel, og særligt i relation til de graviditeter der præsenterer sig med forskelligartede risikoprofiler. Man kan således forstille sig, at disse risikogravide i højere grad er underlagt det Viisainen beskriver som moral risks, og at det efterfølgende valg om igangsættelse af fødslen påvirkes af disse latente normer for "korrekt" graviditets- og fødselspraksis. Samtidig er oplevelsen af det indgreb, et der typisk behandles og analyseres indenfor en medicinsk-antropologisk

forskningstradition, selvom den på mange måder også kan belyses med et mere kritisk sociologisk blik. Jeg trækker her særligt på risikoprofilering af gravide, og det som den eksisterende forskning rammesætter som det såkaldte "non-choice" – for hvad ligger der egentlig i det? Og hvordan opleves det for den enkelte risikogravide, at graviditeten som periode fra sundhedsvæsenets side, anses som havende et særligt stort forebyggelsespotentiale? (Bilag 1:45). Specialet her, finder det således givtigt at undersøge følgende, med ovenstående in mente:

Af hvilke årsager og med hvilke overvejelser takker såkaldt risikogravide ja til at få deres fødsler igangsat og hvordan opleves den efterfølgende fødsel?

1.5. Historisk oprids af graviditet og fødsel som kulturelt kontingent

I det følgende vil jeg kort opridse en række historisk-videnskabelige nedslag i relation til svangerskab. Læge Mogens Osler (1926) fremlægger i sin bog "Fødselshjælpens historie" hvorledes fødslen (og fødselshjælpen), har ændret udtryk gennem tiderne og i takt med den teknologiske udvikling på området. Han påpeger blandt andet, at forklaringen på manglen på tidlige kilder om fødslers forløb, skal findes i at fødslen som fænomen ansås som såkaldt uafvendelig. Man anså altså fødselens hændelsesforløb som på sin vis både ukontrollerbart og uforbederligt, uagtet om den forløb godt eller skidt – en sontring der trækker spor til nutiden, gennem dets udprægede fokus på nedbringelsen af risici (ibid.:13). Som med så mange andre tidlige medicinske indsigter og eksperimenter er fælles for dem alle, at de typisk udførtes af mænd, der på daværende tidspunkt (omkring år 1200 og frem) sad tungt på lægeprofessionen - med undtagelse af jordemoderhvervet og fødsler generelt. Kutymen var, på daværende tidspunkt, at mænd ikke deltog i fødsler – hverken som pårørende eller som fødselshjælp. Det blev anset som under mænds værdighed, mens de samtidig også var forment adgang til hele processen. Fødsler foregik i hjemmet, omgivet af andre kvinder, hvoraf én af disse kvinder typisk fungerede som autodidakt jordemoder, der, hvis behovet opstod, udøvede forskelligartet fødselshjælp med udgangspunkt i tidstypisk overtro (ibid.:25). Fødslen (og al dens mystik) var således kvinders domæne og blev på baggrund af blandt andet denne sontring, først til et selvstændigt undersøgelsesområde for mænd, i takt med at kristendommen slap sit tag i forståelsen af krop og sind (ibid.:26). I den følgende tid (fra 1500 og frem) foregik en række medicinske nybrud, der ikke som sådan beskæftiger sig med selve svangreomsorgen, men som alligevel opnår betydning for tilgangen til faget. I det følgende vil jeg

uddybe et par få overordnede tidlige ontologiske forståelser af menneskekroppen og hvordan disse får betydning for forståelsen af fødslen.

Filosofferne René Descartes (1596-1650) og Francis Bacon (1561-1626), bidrager begge til konceptualiseringen af kroppen som en maskine og forstår således kroppen og sindet som to uforenelige størrelser. Sindet anses som overlegent, som en kulturel essens (eller sjæl) der blandt andet kan bruges til at disciplinere, kurere og ændre på kroppens maskinelle udgangspunkt (ibid.:34). I den forbindelse hævder antropologen Robbie Davis-Floyd, at denne mandsdominerede forståelse af menneskekroppen fører til, at mandekroppen anses som det neutrale ”korrekte” udgangspunkt for en velfungerende ”maskine”. I til vægt hertil positioneres kvindekroppen som fejlbarlig, som styret af naturens luner og derfor i modtagerenden for mandlig styring og manipulation med henblik på at udbedre disse ”defekter”. Denne styring og manipulation giver særligt udslag i forståelsen af fødslen. På denne måde bliver området omstyrtet fra at være kvinders, måske mere, mytiske domæne, til at afkræve mandens overlegne indblanding for at kunne forløbe hensigtsmæssigt (Davis-Floyd 2001:6). Omend Davis-Floyd antropologisk-kulturelle analyse af betydningen af denne kartesianske opdeling af krop og sind i relation til fødsler er relevant for nutiden, er det således også vigtigt at huske på, at fødsler var farlige hændelser, og at incitamentet til denne opdeling af krop og sind, først og fremmest beroede på et ønske om at behandle og forstå, og i tilfældet af graviditet og fødsel; at både mor og barn overlevede.

I løbet af det 20. århundrede og med den stadig større indsigt i anatomi og hygiejne foranlediget af videnskabens fokus på svangerskab, sænkede antallet af døde kvinder i barselssengen og spædbørnedødeligheden (Osler 2002:40-41). Dette gav anledning til at interessen også udbredtes til hvad der kan omtales som forebyggende indsatser, både under graviditeten og selve fødslen. Disse forebyggende indsatser beskæftigede sig (og beskæftiger sig stadig) med både mor og barns sundhed. Professor i litteraturhistorie Signild Vallgård uddyber, som en del af Magtudredningen, disse tiltag i sin bog ”Folkesundhed Som Politik” (2003), hvor hun gennem en genealogisk udredning, slår fast at Danmark fra 1930 (og frem til bogens udgivelse) har haft et særligt fokus på forældres kompetencer (og mangel på samme), herunder kommende mødre og deres potentiale for såkaldt selvstyring i relation til graviditet og fødsel. Vallgård viser, gennem dokumentanalyse, at disse forebyggende tiltag i graviditeten, trækker tråde langt tilbage i tiden, og at de beror på sondringer om graviditeten som værende en særlig ”gylden periode” til oplysning og påvirkning af gravide kvinder, således de nærmer sig en mere normativ ”korrekt” livsførelse på flere parametre. En sondring, der stadig er fremherskende i dagens Danmark (Bilag 1:45). Vallgård

påpeger således også på det paradoksale i, at der på den ene side eksisterer statslige påbud om korrekt levevis, samtidig med at man ønsker at den gravide selv træffer beslutninger, i henhold til hvad der vil være bedst for den enkelte kvinde (Vallgård 2003:225-228, 231-232).

Osler mener at der sent i 20. århundrede opstår en kløft mellem to forskellige tilgange til disse "indsatstilgange" til fødslen, hvoraf den ene er udgjort af en større tiltro til "naturen" og generel mindre indblanding i fødselsforløbet, og hvoraf den anden er udgjort af en tro på intensiv overvågning af både graviditet og fødsel, og den smertefrie fødsel som mål i sig selv. Førstnævnte grundholdning var typisk understøttet af jordemødre, og sidstnævnte af læger (Osler 2002:41). Davis-Floyd behandler disse emner som forskellige paradigmer i sin forskning, og begrebsliggør tre forskellige tilgange til fødslen i det senmoderne samfund, nemlig: det *teknokratiske, humanistiske og holistiske fødselsparadigme*. Førstnævntes udgangspunkt skal findes i det Davis-Floyd med inspiration fra teknoantropolog Peter C. Reynolds, omtaler som det såkaldte *One-two punch*. Et one-two punch består i at omforme en naturlig proces, mhp. at optimere denne, for så at indse at førnævnte naturlige proces ødelægges af optimeringen, og slutteligt forsøget på at råde bod på skaden gennem teknologiske virkemidler. Reynolds og Davis-Floyd mener at en sådan tilgang, siger meget om vestlige samfunds generelle opprioritering af videnskab og teknologi som værende overlegne til det "naturlige" udgangspunkt, og Davis-Floyd mener tillige at den amerikanske forvaltning af fødsler er det perfekte eksempel på et såkaldt one-two punch (Davis-Floyd 1994:1125-1126). Et teknokratiseret fødselsparadigme identificeres ifølge Davis-Floyd gennem flere forskellige arketyper, og det beror på førnævnte kartesianske opdeling af krop og sind (Davis-Floyd 2001:6). Graviditet og fødsel anses inde for dette paradigme, som medicinske anliggender der afkræver konstant monitorering, opsyn og regulering. Fødslen foregår på hospitalet under opsyn af læger, og gerne med megen smertestillende og teknologisk overvågning involveret. Vigtigst af alt anses fødselsprocessen som utilregnelig i sit udgangspunkt, som, jf. pointen om den "vilde" defekte kvindekrop, må og skal udsættes for intervention (Davis-Floyd 1994:1127).

Jordemoder og antropolog Mandie Scamell omtaler et lignende paradigme, men sætter det i relief til sociologerne Anthony Giddens og Ulrich Beck's forståelser af risici, og omtaler i forbindelse hermed fødslen som et område for sociokulturel moralsk disciplinering. Måden vi forvalter svangreområdet på, skal altså ses i sammenhæng med samfundets generelle forståelse af risici - som noget vi fikserer på, for at imødekomme og undgå dem (Scamell 2014:921). Hun taler i forbindelse hermed om "*childbirth as a site of risk*" – den ultimative risikobetonede hændelse, der grundet sin immanente status som risikofyldt, nødsager konstante og intensive forsigtighedsprincipper og

forebyggelseslogikker fra både sundhedspersonale og de gravide selv, om end man ifølge Scamell i nyere tid både har solid evidens og opbakning fra flere forskellige lande, til at fx hjemmefødsler er et sikkert og farbart alternativ til hospitalsfødslen, såfremt man har en ukompliceret graviditet (ibid.:918-919,921). Et billede der også gør sig gældende i Danmark, hvor kun 3% føder hjemme, selvom hjemmefødsel på papiret understøttes af sundhedsvæsenet (Bilag 5). Med dette in mente åbner Scamells review op for en mere multifacetteret analyse, sammenlignet med eksempelvis Davis-Floyds. Der er således ikke nødvendigvis udtalte magtudøvende aktører på området, hvori man altid kan få øje på aktive udøvere og passive modtagere af disciplinering og risikokommunikation - derimod er billedet både mudret og komplekst, og bør derfor ses i sammenhæng med samfundsdiagnostiske dynamikker, i det der kan omtales som risikosamfundet (ibid.:921,926). Det er således nemt at se hvordan Scamells og Vallgårdas sondringer om graviditet og fødsel som "selvstyrimprojekter" som udgangspunkt for forståelsen af forvaltningen og valget om at få sin fødsel igangsat i en danske kontekst. Som tidligere nævnt, præsenterer Davis-Floyd også to alternative paradigmer gennem sin forskning af blandt andet kvinder der føder hjemme, som jeg kort vil uddybe i det følgende: *det holistiske paradigme* placerer sig i opposition til det teknokratiske, og læner sig op af mere alternative forståelser af kroppen og sindet som ét og som bestående af såkaldt "energi", af fødslen som en naturlig proces der skal foregå på et selvvalgt fødested (fx i hjemmet) uden medicinske interventioner, og at risici skal findes i medikaliseringen af fødslen, fremfor i selve fødslen som kropslig proces (Davis-Floyd 2001:16-17). *Det humanistiske paradigme*, kan måske anskues som en form for mellemting, et kompromis mellem det teknokratiske og holistiske paradigme. Her anses kroppen og sindet som sammenhængende, den fødende ses som et relationelt individ, hvor fokus både er på institutionen og den enkeltes behov, og hvor monitorering og teknologi skal ses i sammenhæng med mere humanistiske og omsorgsbaserede principper for svangerskab (ibid.:10-11). Disse tre paradigmer, måske særligt den teknokratiske og humanistiske bølge, ses til stadighed også repræsenteret i dansk svangreomsorg (afsnit 1.1.-1.3.), og præsenterer sig derfor som et godt udgangspunkt til at forstå forskellige konkurrerende forestillinger om forvaltningen af den fødende krop, foruden at den giver indsigt i fundamental forskning på området. I følgende afsnit dykker jeg ned i det metodiske grundlag for dette speciale.

2. En kvalitativ metodisk tilgang til fænomenet igangsættelse af fødsler

2.1. Specialesamarbejde med DEFACTUM (Region Midt)

Dette speciales undersøgelsesfokus er som tidligere nævnt at belyse hvilke årsager og overvejelser risikogravide gør sig, i relation til at takke ja, til at få fødslen igangsat, foruden hvordan den efterfølgende fødsel opleves. For at tilvejebringe en analyse der kan belyse disse spørgsmål, har jeg indgået et specialesamarbejde med forsknings- og konsulenthuset DEFACTUM (Region Midt), herunder ph.d. og seniorforsker i antropologi Stina Lou og ph.d. og seniorforsker i sygepleje Caroline Trillingsgaard Mejdahl. Herfra har jeg, i forbindelse med et igangværende forskningsprojekt ved navn Birth On Time (se litteraturlisten under: DEFACTUM), modtaget i alt 28 fuldt transskriberede semi-strukturerede telefoninterviews omhandlende langvarige igangsættelser (+3 dage) med varierende medicinske og sociale indikationer herfor. Fokus i DEFACTUMS studie er at undersøge hvad der er bidragende til henholdsvis positive og negative oplevelser af langvarige igangsættelser af en fødsel (Bilag 6). I relation til dette speciales undersøgelsesfokus er fokus således et andet; her ønsker jeg som sagt at undersøge hvilke årsager og overvejelser gravide gør sig i henhold til at takke ja til at få deres fødsler igangsat, og hvordan disse overvejelser spiller sammen med den efterfølgende fødselsoplevelse. Samplet er rekrutteret gennem Region Midts forskellige hospitalsafdelinger, med ovenstående kriterier in mente. Interviewguiden og interviewene er udført af Lou og Mejdahl. I forbindelse med en tilskæring af materialet har jeg, jf. nedenstående udvælgelseskriterier, nedbragt mængden af interviews til 21 interviews, således at de bedre kan besvare specialets problemformulering. Mere herom i nedenstående.

2.2. Udvalgelseskriterier for de inkluderede interviews

I første runde gennemlæstes 10 interviews der følgerigt blev kondenseret. Disse blev udvalgt på baggrund af forskellige indikationer for igangsættelse, foruden brugen af forskellige interventioner og indgreb og selve fødselsmetoden – dvs. både vaginale og kejsersnitfødsler. Fokus var her at få et overordnet indblik i et bredt udsnit af forskellige risikoprofiler og indikationer for igangsættelse, herunder både hvordan deres historier adskiller sig og er sammenlignelige. Jeg orienterede mig således også i selve fødselsforløbene – særligt med henblik på forskelle og ligheder blandt de fødsler der endte i akutte kejsersnit. Processen med at orientere mig i materialet, fungerede også befordrende ift. at opnå et generelt indblik i empirien, både i henhold til den kommende kodnings-

og analyseproces, men også mhp. at danne følgende udvælgelseskriterier for hvilke interviews der indgår i den endelige analyse.

7 interviews blev i denne proces frasortet samlet. Fælles for disse interviews er at de er udvalgt på baggrund af at munde ud i akutte kejsersnit. Interviewene er overordnet frasortet idet deres forløb som oftest også indeholder andre fokuspunkter end hvad dette speciales forskningsspørgsmål fokuserer på. Fokuspunkterne i de frasorterede interviews relaterer sig således til graden af medicinsk alvor i et givent graviditets- og fødselsforløb, da man som oftest udfører akutte kejsersnit når man gennem monitorering kan observere at fostret er skidt og/eller stresset. I begge tilfælde stiger risikoen for både mor og barn på en sådan måde, at en eventuel diskussion og analyse heraf ligger udenfor dette speciales undersøgelsesfænomen. Denne sondring er vigtig, idet det selvfølgelig også skal anerkendes at der kan foreligge betydelige risici og farer i et givent graviditets- og/eller fødselsforløb (og indikationer) for generelle interventioner, og dermed også for igangsættelse.

Den endelige datamængde beløber sig til **21 interviews** med en gennemsnitsvarighed på ca. 36,5 minutter. Interviewene er illustreret i nedenstående afsnit gennem en karakteristiktabel (Tabel 1). Som det fremgår af ovenstående, er disse udvalgt på baggrund af at være vaginale fødsler, dog med mange forskellige indikationer for igangsættelse. Det udvalgte sample af fødende, kan som det også fremgår, siges at være præget af høj intern varians, i henhold til deres mange forskellige medicinske indikationer for igangsættelse. De er dog alle medtaget, idet der også kan forefindes betragtelige lighedspunkter i relation til både deres igangsættelsesforløb og generelle stillingtagen til- og forståelse af igangsættelsens legitimitet. Mere om dette i specialets analyse (afsnit 4.1.1.).

2.3. Præsentation af informanter

I tabel 1 fremgår, fra venstre mod højre, informanternes pseudonymer, deres omtrentlige alder, civilstatus, uddannelsesniveau og paritet (dvs. deres individuelle antal af gennemgaaede fødsler). Hver ny kategori er karakteriseret gennem forskellige indikationer for igangsættelse af fødslen. Der fremgår 8 forskellige indikationer for igangsættelse af fødslen i alfabetisk rækkefølge; *Baby i tværleje*, *Graviditetsdiabetes*, *Højt BMI*, *Leverkløe*, *Overbårenhed*, *Psykisk sårbar*, *Stort barn* og *Svangerskabsforgiftning/højt blodtryk*. De indikationer der optræder flest gange, er hhv.: *Stort barn* (5) og *Højt BMI* (4), dernæst optræder *Leverkløe* (3) og *Overbårenhed* (3), foruden *Psykisk sårbar* (2) og *Svangerskabsforgiftning/højt blodtryk* (2) og slutteligt *Baby i tværleje* (1) og *Graviditetsdiabetes* (1). Foruden førnævnte er samlet karakteriseret gennem udelukkende at bestå

af heteroseksuelle kvinder med mandlige partnere (21). Størstedelen befinder sig aldersmæssigt i 20'erne og 30'erne (19). Over halvdelen af kvinderne (12) er førstegangsfødende og det er således også i denne forbindelse, at de er blevet interviewet om deres igangsættelsesforløb. De resterende kvinder (9) har født varierende antal af børn (typisk 2-3 fødsler i alt). I henhold til uddannelsesniveau er mellemlange videregående uddannelser højest repræsenterede (8), hvorefter lange videregående uddannelser optræder (5). Slutteligt har 3 informanter korte videregående uddannelser. 5 informanter er enten ufaglærte, udenfor arbejdsmarkedet eller også er deres uddannelses/arbejdsstatus ukendt.

Tabel 1, Informantkarakteristik

Navn	Alder	Civilstatus	Uddannelsesniveau	Paritet
<i>Indikation for igangsættelse af fødslen</i>				
<i>Baby i tværleje</i>				
Kathrine	30'erne	Kæreste	Mellemlang videregående uddannelse	1
<i>Graviditetsdiabetes</i>				
Kirsten	Ukendt	Gift	Mellemlang videregående uddannelse	2
<i>Højt BMI</i>				
Anna	20'erne	Kæreste	Kort videregående uddannelse	1
Jane	20'erne	Kæreste	Ukendt	1
Johanne	20'erne	Kæreste	Kort videregående uddannelse	2
Sally	30'erne	Kæreste	Lang videregående uddannelse	1
<i>Leverbetinget graviditetskløe</i>				
Mona	20'erne	Kæreste	Kort videregående uddannelse	2
Sabine	30'erne	Kæreste	Lang videregående uddannelse	1
Selma	30'erne	Gift	Mellemlang videregående uddannelse	2
<i>Overbårenhed</i>				
Agnes	40'erne	Kæreste	Lang videregående uddannelse	1
Lana	20'erne	Kæreste	Mellemlang videregående uddannelse	1
Maja	20'erne	Kæreste	Mellemlang videregående uddannelse	1

<i>Psykisk sårbar</i>				
Caia	30'erne	Gift	Lang videregående uddannelse	3
Louise	30'erne	Kæreste	Mellemlang videregående uddannelse	2
<i>Stort barn</i>				
Hannah	30'erne	Gift	Ukendt	2
Linda	20'erne	Kæreste	Mellemlang videregående uddannelse	1
Margrethe	30'erne	Gift	Lang videregående uddannelse	4
Sascha	20'erne	Kæreste	Ufaglært	1
Stine	30'erne	Gift	Ukendt	2
<i>Svangerskabsforgiftning/højt blodtryk</i>				
Ina	30'erne	Kæreste	Mellemlang videregående uddannelse	1
Mira	30'erne	Gift	Arbejdsløs	1

2.4. Interviewguide og de udførte interviews

Interviewguiden er forfattet af Lou & Mejdahl og er semistruktureret (Bilag 6). Dette metodevalg udmønter sig i en "løst" sammensat interviewguide- og metode, der tillader afvigelser fra det på forhånd genererede script, og dermed også åbner op for opfølgende spørgsmål der tager udgangspunkt i de deltagende kvinders livsverdener og oplevelser med at få deres fødsler igangsat (Brinkmann & Kvale 2015:47, 49-53). Dette ses flere steder, eksempelvis når intervieweren i sammenhæng med informanten Ina, taler om hvordan det opleves grænseoverskridende at tage et barn med hjem fra hospitalet efter fødslen, om end dette ikke er en del af interviewguiden (Bilag Ina:14). Interviewguiden bygger videre på eksisterende forskning (blandt andet noget af den forskning der optræder i afsnit 1.3.) og bærer ydermere præg af forfatterens egne forforståelser af feltets beskaffenhed. Der optræder ikke forskningsspørgsmål i interviewguiden - dette var til tider bidragende til en lettere besværliggjort tolkningsproces for mig som ekstern læser, og kan således også have medført en ringere forståelse for de forskellige spørgsmåls relevans, sammenlignet med hvis jeg selv havde deltaget i udformningen af interviewguiden. Dette gælder eksempelvis spørgsmålet: "*Ser du igangsættelsen som en del af din fødsel?*" (Bilag 6:5), som jeg havde svært ved at sætte i relief til forskning og teori på området. I stedet for forskningsspørgsmål optræder der såkaldte "Opmærksomhedspunkter" i interviewguiden, der er genereret med henblik på at minde

intervieweren om, hvad intentionen bag de forskellige spørgsmål er. Både interviewguide og de udførte interviews fokuserer på en grad af evaluering af Region Midts graviditets- og fødselstilbud, herunder mulige forbedringspunkter. Disse spørges der til tider ind til i forbindelse med de igangsattes kvinders forløbsbeskrivelser, som her; Interviewer: *"Sally, du sagde på et tidspunkt, at fødselslægen lige blev på stuen [...] og sagde nogle gode ting om, hvad du skulle tænke og gøre. Kan du huske, hvad vedkommende sagde?"* og også i forbindelse med mere negative aspekter til kvindernes oplevelser, som i følgende: Interviewer: *"Ej. Jeg bliver trist og vred. Altså fordi de skal jo høre på, hvad du siger. Det er jo dig, der er nede i den krop der, og det er jo dig, der har den her erfaring. De skal jo høre efter"* (Bilag Sally, l. 201-302; Bilag Kirsten, l. 273-274). Dette fokus hænger givetvis sammen med at studiet udføres af Region Midts forskningsansatte, mhp. at undersøge Region Midts praksis i henhold til igangsættelse af fødsler (Bilag 6:1). Dernæst, ville jeg som sociolog, og med mit forskningsspørgsmål in mente, have haft et yderligere og måske mere dybdegående fokus på følgende komponenter; hvordan de deltagende oplevede kommunikationen om igangsættelse fra relevante fagpersoner, hvordan de deltagende tolkede og forstod anbefalingen, hvordan de havde det med anbefalingen, om de gjorde sig tanker om at takke nej, hvad der fik dem til at takke ja, mm. Derudover; hvordan deres graviditeter var forløbet, hvordan de opfattede risici for både dem selv og deres babyer (både ved at takke ja og nej), hvori de mener "farligheden" består hvis man afventer spontan fødsel, og fx have spurgt yderligere ind til hvorfor de takkede ja til igangsættelse, når så mange af kvinderne fortæller at de ikke var bekymrede for deres barns ve og vel i forbindelse med deres respektive risikotilstande (afsnit 4.2.3.). Det skal dog også siges at de eksisterende interviews også beskæftiger sig med ovenstående spørgsmål, dog behandles de ikke så indgående, som de måske kunne være blevet. Som i en passage hvor informanten Anna kommenterer på, hvorfor hun skulle igangsættes og intervieweren ikke spørger yderligere ind til, hvordan eksempelvis hendes graviditet er forløbet, eller hvordan hun forholder sig til sin respektive risikoprofilering som "overvægtig" (Bilag Anna:2). Ydermere, ville muligheden for at kunne inddrage egen teori forinden udformningen af interviewguide og dermed i selve interviewene, muligvis have bidraget med et skarpere fokus i relation til den valgte problemformulering, de stillede spørgsmål, og dermed for det videre analytiske arbejde, idet spørgsmålene på denne måde muligvis ville have haft en bedre sammenhæng med specialets valgte teoretiske udgangspunkt. Slutteligt, kunne inddragelsen af kvinder der har modsat sig anbefalinger om igangsættelse og/eller observationer af kommunikation om igangsættelse og risici relevante fagpersoner og de gravide kvinder imellem, havde bidraget med et spændende og relevant (for problemformuleringen) indblik

i, dels hvordan det opleves at positionere sig modsatrettet i henhold til det medicinske paradigme på fødeområdet, foruden sidstnævnte kunne give indblik i det forudgående ”arbejde” der pågår i relation til internaliseringen af fødslen som behandlingskrævende.

2.5. Den ”tredje” vej - specialets adaptive og socialkonstruktivistiske metodetilgang

Det synes oplagt, både gennem specialets teoretiske standpunkt, selve undersøgelsesfænomenet og empirien, at dette speciale bekender sig til en socialkonstruktivistisk forståelse af fænomenet, i sammenhæng med en adaptiv metodisk tilgang. Førstnævnte finder relevans i konceptualiseringen af både praksis omkring fødsler, risici og igangsættelsens præmis som kontingente - dette perspektiv uddybes yderligere i teoriafsnittet (afsnit 3.1. & 3.3.) (Collin 2015:325). Jeg er således inspireret af en ontologisk socialkonstruktivistisk forståelse, idet jeg anser naturvidenskaben som havende en vis hegemoni i relation til særligt vestens forståelsesrammes for graviditet, fødsel og dermed igangsættelse; selve præmissen for igangsættelse er således udgjort af mestendels medicinske normer herfor, der gennem de processer Rose beskriver (afsnit 3.3.), internaliseres af de gravide og fødende som en art sociokulturel norm for fødselspraksis - samtidig anskuer jeg den naturvidenskabelige forståelsesrammes for graviditet og fødsel som til dels socialt konstrueret, og dermed som potentielt foranderlig (ibid.:326). Samtidig vælger jeg at lægge vægt på at jeg er *inspireret*, eftersom jeg også anerkender den fysiologisk biologiske virkelighed, der er en fødsel, og at der kan være medicinske risici forbundet hermed (ibid.). Herudover er min videnskabsteoretiske tilgang præget af socialkonstruktivistisk epistemologi, eftersom jeg som sagt anser vores erkendelse af verden, herunder perspektiver på fødsler og igangsættelser som kontingent (ibid.). Dette ses eksempelvis mere konkret i, at selve anbefalingerne for igangsættelse divergerer både historisk (afsnit 1.2.), og i forskellige nationale kontekster, foruden at hele konceptualiseringen af hvornår en fødsel er ”god” eller normativt ”rigtig” også afhænger af sociokulturelle normer herfor. Eksempelvis forløses en stor andel af børnene i Brasilien ved kejsersnit - en praksis der blandt er præget af normer for fødslen, som udtalt behandlingskrævende (Mow & Stubager 2014). I forlængelse heraf, drager jeg inspiration af filosofen Ian Hacking’s beskrivelser af forskellige socialkonstruktivistiske bestræbelser. Han identificerer “...seks forskellige grader af denne dekonstruktivistiske bestræbelse”, hvor jeg tilslutter mig at efterstræbe en grad ad *afsløring*; nemlig blotlæggelsen af hvordan fødsels- og igangsættelsespraksis i Danmark ikke kan anskues som hverken objektiv, virkelig, eller normativt ”rigtig” – men derimod skal forstås som én ud af flere

fortolkninger af samme fænomen. Jeg ønsker hermed også pege på spørgsmål der kan lede til tanker om hvordan fødsel og graviditet kan forstås alternativt (Collin 2015:328).

I relation til mit socialkonstruktivistiske udgangspunkt, er min overordnede forskningsstrategi præget af en adaptiv metodisk tilgang. En sådan tilgang fremstår relevant i dette speciale, idet den netop tillader samspil og vekselvirkning mellem teori og empiri, både i den overordnede specialeproces, men således også i selve analysen. På denne måde gives der plads til både empirisk overraskende elementer, såsom brugen af empirisk udledte begreber som *risikogravid* og *ansvarlig gravid* (afsnit 4.1.1), foruden teoretisk funderede pointer, såsom "*læger som fødselseksperter*" (afsnit 4.1.1 & 4.2.1.), i arbejdet med at frembringe en helstøbt analyse (Jacobsen 2007:261-262). Den adaptive metodetilgang gav sig til udtryk på flere måder, både i den dialektisk iterative proces hvori jeg i begyndelsen læste mig ind i eksisterende forskning relateret til undersøgelsesfænomenet, hvorefter jeg bekendtgjorde mig med et udsnit af den overordnede empiri, for så at tage inddrage mit teoretiske ståsted, ud fra empiriens muligheder og begrænsninger. Yderligere inkorporerede jeg ny teori løbende (Gregg), i takt med at jeg lærte empirien bedre at kende, foruden at jeg udviklede en række *orienterende begreber* til brug i kodning og analyse. Mere om dette i afsnit 2.7.

2.6. Positionering i henhold til konceptualiseringer af den "gode" fødsel og de fødende kvinders stemme

Eftersom jeg som sagt ikke er situeret i henhold til indsamlingen af selve empirien, forholder jeg mig her til hvilken position jeg tilgår fænomenet ud fra. Som det også fremgår af ovenstående afsnit, er jeg inspireret af Hackings dekonstruktivistiske bestræbelser om såkaldt *afsløring* i henhold til hvordan igangsættelse og risici er kontingente – dette ærinde er således sammenhængende med mine egne normative forestillinger om både hvad der udgør den "gode" fødsel, foruden hvad jeg anser som lægevidenskabens monopol på rammesætningen af graviditet og fødsler. I forbindelse hermed, trækker jeg således også på kønsforsker Donna Haraways overordnede tanker om *situeret viden*. Haraway argumenterer i den forbindelse for, at viden hverken kan anskues som neutral eller objektiv, og at det heller ikke nødvendigvis bør være et efterstræbelsesværdigt ideal (Haraway 2013:188-190). I stedet anser hun, at det at vi tilgår fænomener med en forforståelse udgjort af et sammensurium af erfaringer, tidligere viden om et felts beskaffenhed mv., som en art metodisk fordel, og at denne forforståelse således også er med til at udgøre hvilken position man anskuer fænomenet fra (ibid:190). Med denne situerede viden in mente, forholder jeg mig kritisk overfor det såkaldte medikaliserede fødselsparadigmes optagelse af risici og præventive tiltag, og ser disse med et potentiale for såkaldt overbehandling i form af unødige interventioner og indgreb – hvad der

imidlertid også bakkes op af forskellig nyere forskning, der eksempelvis påviser unødigt brug af både vestimulerende medicin og kejsersnit (Maaløe et al 2023). Samtidig anskuer jeg samme paradigmes såkaldte ”målorientering”, dvs. et ensidigt fokus på ”produktet” af fødslen, altså barnet, og på fokus på nedbringelsen af risici, som havende et potentiale til at forbigå kvinders oplevelser med samme. En sådan revurderet tilgang indeholder således også et større fokus på selve processen, og på hvordan man fordrer en fødsel med respekt for den enkelte kvinde – hvorfor jeg også fortrinsvist beskæftiger mig med kvinders oplevelser og erfaringer i forbindelse med igangsættelse af fødslen. Denne sontring bakkes ligeledes op gennem forskellig forskning, der viser at der findes flere mulige positioner at anskue fødslen ud fra (afsnit 1.5.).

I forlængelse af ovenstående, forholder jeg mig således også til den implicitte normativitet der udgør valget om kun at beskæftige mig med igangsatte kvinders oplevelser og erfaringer i relation til igangsættelse af fødslen. I samme ombæring udelukker jeg således også andre mulige relevante perspektiver, herunder både fagprofessionelle (såsom fødselslæger og jordemødre), foruden de interviewede kvinders partnere, velvidende at nuancer går ”tabt” og dermed ikke fremgår af analysen. Dette valg er taget, dels grundet empiriens beskaffenhed, men således også for at give de ”berørte”, dvs. de fødende kvinder, muligheden for egenhændigt at konstruere hvilke overvejelser og årsager der ligger til grund for at takke ja til at blive igangsat, og hvordan den efterfølgende fødsel opleves. Jeg er selvsagt også klar over at denne konstruktion ikke eksisterer i et vakuum, qua mit videnskabsteoretiske ståsted, og at der ligeledes findes andre perspektiver på samme fænomen. Jeg er således også klar over, at dette speciale på baggrund heraf, kun repræsenterer ét perspektiv ud af mange. Denne position er til dels inspireret af sociolog Ann Oakleys arbejde i ”Women Confined” (1980), der på sin tid præsenterede sig som et tiltrængt modstykke til både det hun formulerer som *The Sociological Unimagination*, dvs. måden hvorpå megen tidlig sociologisk forskning beskæftiger sig med det mandlige udgangspunkt for ”væren i verden”, foruden det hun omtaler som reproduktionen af det medicinske paradigme indenfor samfundsvidenskabelig forskning af- og om graviditet og fødsler – et synspunkt sociolog Robin Gregg også deler (Oakley 1980:70-91). Mere om disse teoretiske standpunkter i teoriafsnittet (afsnit 3.).

2.7. Specialets analysestrategi

Specialets analyse- og kodningsstrategi, følger fortrinsvist en adaptiv forskningsstrategi, foruden at den er lettere inspireret af såkaldt *reflexive thematic analysis* (refleksiv tematisk analyse/ TA) (Braun & Clarke 2022; Jacobsen 2007:249-284).

Specifikt gav førstnævnte sig til udtryk i formuleringen og brugen af *orienterende begreber* mhp. på skærpelsen af det overordnede analytiske blik og til brug i kodningsprocessen (Bilag 7). De orienterende begreber er således genereret på baggrund af deres retningsgivende forklaringskraft i henhold til analysen og det overordnede undersøgelsesfænomen (Jacobsen 2007:266-267). De orienterende begreber er baseret på førnævnte første gennemlæsning af et udsnit af empirien, eksisterende forskning, foruden specialets teoretiske ramme (uddybes yderligere i afsnit 3.). Eksempler på empirisk funderede orienterende begreber kunne være; *Forventninger til fødslen*, *Positivt tilvalg*, *Kontroltab* mfl. Følgende tæller eksempler på teoretisk funderede orienterende begreber; *Risikogravid*, *Lægen som fødselsekspert* og *Pastoralisme (relationel)* (Bilag 7).

Som nævnt, er analysen løst inspireret af refleksiv TA, dette gav mestendels udslag i den overordnede tænkning om opbyggelsen af analysen, hvor de forskellige delelementer heri, er struktureret op omkring udtalte analytiske temaer til empirien, jeg som forfatter fandt prominente (og dermed vigtige), med henblik på at besvare problemformuleringen fyldestgørende (Braun et al 2019:854-855). Disse temaer adskiller sig således fra de orienterende begreber og selve kodningsprocessen, men er stadig sammenhængende hermed, idet de er udviklet gennem arbejdet med både kondensering, og den efterfølgende kodning af empirien, men også fordi de orienterende begreber optræder som delelementer i de forskellige analytiske temaer. Eksempelvis fremgår det analytiske tema: *At optimere og kontrollere den uforudsigelige fødsel* (afsnit 4.2.4.) som en væsentlig kondensering af et vigtigt element til besvarelsen af den valgte problemformulering og empirien i sin helhed (Braun & Clarke 2022:35-36). Den iterative adaptive analysestrategi, samt genereringen af analytiske temaer, viste sig meningsfuld, særligt idet jeg tilgik empirien uden at vide på forhånd hvad den bestod af, qua min manglende situering i forskningsprojektets initiale fase og under interviewene. På denne måde muliggjorde jeg at kunne tilpasse specialets forskellige delelementer, gennem førnævnte vekselvirkning, med henblik på at formulere en række tematiske kondenseringer, der således fungerer som titler på de forskellige analytiske afsnit (Braun et al 2019:852-853). (afsnit 3.).

2.8. Fremgangsmåde for kodning af empirien

I tråd med den adaptive tilgang, er kodningsprocessen således også opbygget omkring en vekselvirkning mellem teori og empiri. Første gennemlæsning og kondensering af de 10 udvalgte interviews blev, foruden at udvælge mit sample, brugt til at konditionere mit overordnede blik på empirien mhp. At kunne generere koder til det efterfølgende kodningsarbejde. Særligt viden fra eksisterende forskning (brugt i indledningen) var med til at forme med hvilket blik jeg læste interviewene. Interviewene blev i forbindelse med første gennemlæsning kondenseret og fælles hovedtræk/indtryk nedskrevet til videre fortolkning og generering af koder, i tråd med reflektiv TA og den adaptive tilgang. Herefter introduceredes teorien, der i dette tilfælde består af sociologerne Ann Oakley, Robin Gregg & Nikolas Roses værker (afsnit 3.). Dette blev gjort for at supplere med et teoretisk blik mhp. generering af orienterende begreber, der som sagt blev brugt som koder i den kvalitative analyseproces (Bilag 7). Slutteligt påbegyndtes den endelige kodning i computerprogrammet Nvivo med udgangspunkt i de 21 udvalgte interviews (Tabel 1). Et par gange blev jeg gennem det videre arbejde med empirien bekendt med nye gennemgående fund, der således blev inkorporeret som en del af de orienterende begreber, så disse kunne kodes korrekt. Foruden dette nedskrev jeg løbende hvad jeg anså som analytiske hovedtemaer mhp. på at opnå et udgangspunkt for påbegyndelsen af analysen.

3. Teoretisk ramme til en sociokulturel forståelse af igangsættelse af fødsler

I følgende afsnit gøres rede for tre teoretiske standpunkter, der i sammenhæng skal hjælpe med at belyse dette speciales problemstilling. Først introduceres sociolog Ann Oakleys perspektiver på graviditet, fødsel og moderskab, med særligt fokus på det hun omtaler som: *The Medical Model of Reproduction*, og således også hvordan førnævnte model er betinget og formet af en given kulturel forståelse af blandt andet kvinder som overordnet kategori, og hvilke implikationer denne forståelse har på den overordnede tilgang til svangerskab, og kvinders dertilhørende oplevelser af samme. Herefter udfoldes sociolog Robin Greggs sondringer om oplevelsen af at være gravid i en højteknologisk tidsalder, og hvordan de nuværende teknologiske muligheder kan give anledning til en grad af paradoksalitet, i de valg kvinder må foretage sig i løbet af en given graviditet og fødsel. Gregg giver således mulighed for et styrket blik på de kompleksiteter der kan være forbundet med både til- og fravalg i henhold til eksempelvis igangsættelse af fødslen. Slutteligt introduceres sociolog Nikolas Roses perspektiver på ”livets politik” mhp. at sondere det mere overordnede terræn som de fødende kvinder bevæger sig i, fokus er her således på; biopolitisk magt og styringsstrategier (til selvstyring), risikovurderinger, forvaltning af reproduktion, samt medicinsk autoritet, og hvordan disse perspektiver udfolder sig i relation til igangsættelse som intervention.

Teorierne fremlægges i denne rækkefølge idet de fremstår de med en historisk kronologi, hvor Oakley placerer sig i 1970-80’erne, Gregg i 1990’erne og Rose i 2000’erne. På denne måde giver hvert teoretiske standpunkt også et udgangspunkt for at kunne se udviklingen på svangreområdet, gennem den måde hvorpå man har syntes det givtigt at analysere og forstå den på, i sin samtid. Samtidig kan teorierne læses i en opbygning mod både mere nutidige og makro-orienterede teoretiske standpunkter (Rose). Summen af disse forskellige tilgange og forståelsesrammer for svangerskab, er således med til at danne udgangspunkt for det nutidige perspektiv, som dette speciale placerer sig i henhold til. Mere om dette løbende. Jeg vil slutteligt forholde mig til på hvilke måder teorierne forstår magt (og modmagt), både ift. ligheder og diskrepanser, og hvordan disse placerer sig i henhold til dette speciales magtforståelse.

3.1. Ann Oakleys perspektiver på *women as maternity cases & The Medical Model of Reproduction* (1970-80)

Gennem sin forskning i bøgerne ”From Here To Maternity – Becoming a Mother” (1979, genoptrykt i 2018) og ”Women Confined” (1980) argumenterer Oakley først og fremmest for, at graviditet og fødsel hverken kan eller skal forstås som udelukkende biologiske hændelser. Det at

føde er, i følge Oakley, et eksempel på en sammensmeltning af natur og kultur – på samme vis som hvordan vi positionerer død og sygdom, er det hændelser der er biologiske, men som har en social karakter (Oakley 2018:1; Oakley 1980:7-8). Hun udtaler i forbindelse hermed:

“In bearing a child, a woman reproduces the species and performs an ‘animal function’. Yet human childbirth is accomplished in and shaped by culture, both in a general sense and in the particular sense of the varying definitions of reproduction offered by different cultures. How a society defines reproduction is closely linked with its articulation of women’s position: the connections between female citizenship and the procreative role are social, not biological...” (Oakley 1980:5)

Hun finder som sagt at denne sondring fremstår tydeligt, når man kigger på forvaltningen af graviditet og fødsel gennem tiderne, men således også hvis man vender sig mod andre kulturer og observerer deres fødselspraksisser. Hun fremanalyserer at forståelsen og forvaltningen af svangerskab ikke er kulturelt eller historisk kontingent, og det kan derfor heller ikke forstås udenfor kvinders position i et givent samfund - hverken på tværs af nationer eller gennem historien (Oakley 2018:1-3). Et mere nutidigt eksempel herpå, gør sig således også gældende når man kigger mod andre vestlige lande. Der kan her være relativt stor forskel på diverse anbefalinger, tests mm – ser man mod Norge indførte de først tilbud om ultralydsscanning i første trimester i 2020, da de hidtil ikke mente at der var evidens for nødvendigheden heraf (Kristelig Lægeforening 2020). Med denne forståelsesramme af svangerskab som (til dels) socialt konstrueret, udlægger Oakley en gennemgribende analyse af overgangen til- og starten på moderskabet. I det følgende vil jeg lægge særlig vægt på udvalgte punkter til det hun omtaler som den medicinske model for reproduktion, idet igangsættelse af fødslen (og interventioner generelt) legitimitet, kan argumenteres for at kunne findes her. Mere om dette løbende.

Først lidt forhistorie der læner sig op ad Davis-Floyd og Oslers udlægninger af fødsels(hjælpens) historie (afsnit 1.5.). Oakley argumenterer for at der eksisterer to historiske modeller for varetagelsen af fødslen; ”two modes of avoidance”, nemlig; *separation and incorporation* (på dansk: separation og inkorporering). Separation skal forstås som en samfundsmæssig adskillelse af graviditet og fødsel fra andre sociale anliggender, i forlængelse heraf bliver det således også kvinders domæne. Inkorporation kan argumenteres for at være den nuværende ”ramme” for svangerskab, nemlig der hvor graviditet og fødsel overgår til at tilhøre

lægevidenskaben. I den transaktion sker der således også en overlevering af magt, således at mandlige hvide læger i forbindelse hermed, tager patent på forståelsen af graviditet og fødsel. Fagsprog bliver på denne måde beskrivende for fødslen – både i henhold til *"the physical act"*, men således også som forståelsesramme til at kunne beskrive kvinders oplevelser med- og af fødslen, altså de sociale konstruktioner der omgiver det biologiske. Oakley argumenter for, i tråd med filosof Thomas Kuhns pointer vedrørende eksistensen af forskellige forskningsparadigmer, at lægevidenskaben således heller ikke kan forstås som værende neutral, eller et udtryk for en alvidende sandhed, men derimod også må anses som et kulturelt *"milieu"*, eller med andre ord: et kulturelt paradigme (der siger noget om vores fortid og samtid). Denne forståelse gør det muligt at se de nuværende rammer og forståelser af graviditet og fødsel, som et produkt af blandt andet en medicinsk domineret fødselskultur i vestligt regi (Oakley 1980:8-9).

I forlængelse heraf, foreslår Oakley, i sammenhæng med sociolog Hilary Graham, at gravide/fødende kvinder og fødselslæger ser fundamentalt forskelligt på graviditet og fødsel – at der er betydelige diskrepanser der har afgørende betydning for *"the nature, context and management of reproduction"*, og i forbindelse hermed: *"One important aspect of medical attitudes to childbirth is thus their concealment behind a screen of what purport to be exclusively clinical concerns"*, Oakley argumenterer altså for at fødselslægers personlige overbevisninger i henhold til *"korrekt"* varetagelse af svangerskab, også giver sig til udtryk i de kliniske møder gravide kvinder og læger imellem - at den kliniske kommunikation ikke beror på neutralitet. Oakley & Graham udvikler en ramme til konceptualisering af disse diskrepanser. Som jeg vil udfolde udvalgte af i det følgende (ibid.:9).

1) *Den ultimative ekspert i svangerskab er (fødsels)læger. Ikke kvinder selv* (ibid.:10).

Dette budskab hænger tæt sammen med det Oakley som sagt omtaler som; *the two modes of avoidance*, dvs. den historiske sontring der beskæftiger sig med hvordan svangreområdet overgår til at være mandlige lægers domæne (ibid.:10-11). Oakley beskriver dette kontrolskifte som en subtil transaktion, der tager rod i medicinsk-historiske forståelser af kvinders overordnede karakter - eksempelvis i henhold til kvindens natur som fundamentalt følelsesladet eller *"hysterisk"*. Denne devaluering af kvindens overordnede karakter som domineret af naturens luner, og som dermed værende underlegen til mandens, medfører legitimeringen af mandlige lægers dominans over det reproduktive område. Kvindens sociale og kropslige karakter afkræver altså den mandlige læges indblanding, på baggrund af dens iboende inkompetence (ibid.:10-13). Oakley mener at denne

forståelse af kvinden stadig er udtalt indenfor svangreområdet, og ser dermed svangreområdets indretning i sammenhæng med kvindekønnet.

- 2) *Svangerskab skal kategoriseres som et medicinsk anliggende – sammenligneligt med andre patologiske tilstande* (ibid.:10).

Oakley argumenterer for at medikaliseringen af svangerskabet er sammenhængende med et generelt karaktertræk i moderne samfund, nemlig; *"The obstetrical claim to expertise is an aspect of the medicalization of life: the ascendancy of doctors as arbiters of human concerns"* (dette aspekt til medikaliseringen af livet generelt, uddybes yderligere i forbindelse med afsnittet om *Livets Politik*). Reproduktion tilfalder kategorien "patologisk tilstand" på baggrund af dens mulige potentiale til at udvikle sig afvigende og til det mere risikofyldte. Denne pointe viser sig, som tidligere nævnt, også i det almindelige graviditets- og fødselsforløb hvor gravide "behandles" og monitoreres størstedelen af tiden, selvom der ses et fravær af patologiske symptomer (ibid:18,20). Denne transformation tager, ifølge Oakley, udgangspunkt i forståelsens af svangerskabet som en ideologisk "kulturel" begivenhed, altså som noget der kan og skal formes og modelleres (af lægevidenskaben) (ibid.:18-19). Demarkationslinjen mellem det normale og det anormale er således også uhyre skrøbelig. Dette kommer til udtryk blandt de gravide/fødende kvinder, som i mødet med relevante sundhedspersoner, får af vide at deres graviditeter og fødsler er almindelige og "naturlige" hændelser i et givent kvindeliv, samtidig med at de rutinemæssigt behandles, anvises og monitoreres som var de syge patienter (og igennem denne proces overbevises om, at det kun er gennem lægevidenskaben at graviditet og fødsel varetages hensigtsmæssigt og uden unødige risici) – sammenlagt positioneres kvinder som *medical maternity cases* (ibid.:20-21, 23).

- 3) *Hvorvidt en fødsel er forløbet tilfredsstillende, måles på mortalitetsraten – dvs. antallet af levendefødte babyer og overlevende mødre* (ibid.:10).

Oakley mener at der til stadighed ses et udpræget fokus på mortalitetsraten blandt både mødre og spædbørn, som definerende målestok for hvorvidt en graviditet og fødsel er forløbet tilfredsstillende. Min egen anekdotiske viden understøtter dette, da jeg gennem indblik i egen og andres fødselsjournaler, kan se at man til stadighed evaluerer en given fødsel med: "Fødsels udfald: Eet levendefødt barn", uagtet hvordan fødslen ellers er forløbet. Samme fokus findes i "Anbefalinger for Svangreomsorgen (2021) (Bilag 1:21). Oakley argumenterer for at dette fokus har grobund i tidligere tiders høje mortalitetsrate blandt mødre og spædbørn, men at det samtidig er forfejlet eller i værste fald bagatelliserende at se det som eneste succeskriterie i en mere nutidig evaluering af fødsler. Oakley mener også at dette kan være medførende til, at oplevelsen af selve

fødslen reduceres (ibid.:23-24). Oakley fremhæver at hospitalsfødslen i sig selv kan udgøre det der omtales som *iatrogenic possibilities*, dvs. de risici der er forbundet med at være hospitaliseret under graviditet og/eller fødsel. Eksempelvis i relation til den øgede prævalens af igangsættelser, og hvordan dette initiale indgreb giver anledning til flere. At fokus fortrinsvist centrerer sig om det levendefødte barn giver også anledning til en udbredt opfattelse af at mødre skal være glade og tilfredse, uagtet deres oplevelser med at modtage svangreomsorg (ibid.:25-26). I dette speciale kan samme pointe ydermere indgå i den overordnede forståelse af legitimiteten af igangsættelser af fødsler, som fortrinsvist finder argumenter i et ønske om at sænke den i forvejen historisk lave mortalitetsrate blandt spædbørn – og at det altoverskyggende mål for kvaliteten af et lands svangreomsorg, måles på dets mortalitetsrate (Bilag 1:21).

4) *Medicinske typificeringer af kvinder* (ibid.:10).

Oakley identificerer igennem sit empiriske arbejde, det hun omtaler som to forskellige kvindeparadigmer indenfor The Medical of Reproduction (ibid.:34). I første scenarie ses kvinder ikke kun som passive modtager af lægebehandling, men derimod som manipulerbare ”maskiner”, der kan formes alt efter hvad der dømmes nødvendigt. Kvinden reduceres i forbindelse hermed til et objekt, og introduktionen af diverse indgreb og interventioner synes farbar. I det andet scenarie opfattes kvinder som biologisk determinerede til at være mødre, gennem deres feminitet eller grad af kvindelighed. På denne måde sammenblandes kvinders ”iboende” eller ”naturlige” karaktertræk og deres reproduktive forudsætninger (eller udfordringer). Gennem denne forståelse af sammenhæng mellem psyke/indstilling og fysiologi gøres kvinden således også ansvarlig for de udfordringer der kan opstå i løbet af en graviditet og fødsel (ibid.:34-37). En mere nutidig overføring af disse sondringer kan således bindes til det som Viisainen benævner som *moral risks* (afsnit 1.3.), og som i denne sammenhæng kan ses som en del af det moralske ræsonnement bag at takke ja til en igangsættelse, på baggrund af ens respektive ”risikoprofil”. Dette speciale inspireres ydermere af Oakleys fokus på at belyse kvinders egne stemmer, i de forhold der relaterer sig til dem selv og deres kroppe (ibid.:70-91), foruden hendes gennemgående kritik af den medicinske model for reproduktion.

3.2. Robin Gregg og kvinders paradoksale valg (1995)

Sociolog Robin Gregg, måske mere nutidige (sammenlignet med Oakleys), perspektiver på graviditet og fødsler tager udgangspunkt i det hun formulerer som ”*pregnancy in a high-tech age*”. Hun beskriver dette som et landskab bestående af endeløse rækker af medicinske innovationer og reproduktive interventioner – innovationer og interventioner der rækker ind i alle stadier af det

reproduktive område, både i relation til optakten til en given graviditet, i løbet af den, under fødslen og efterfølgende. Gregg mener at disse præsenterer sig med en række paradokser. Disse paradokser viser sig særligt i relation til det enorme mulighedsrum af forskellige valg, som gravide og fødende kvinder skal navigere i (Gregg 1995:2).

Gregg tager som nævnt, udgangspunkt i særligt fertilitetsbehandling og fosterdiagnostik – hun argumenterer i relation til sidstnævnte for, at eksempelvis muligheden for at detektere arvelige sygdomme og/eller kromosomvariationer hos fostret, foranlediget af en prædisposition hos bæreren af barnet, er med til at give den gravide mulighed for selv at kunne tage stilling til hvorvidt en given graviditet skal gennemføres. Denne mulighed for stillingtagen medfører førnævnte kontrol og autonomi over egne reproduktive valg (ibid.:3). Gregg åbner således op for, at de tilbud der eksisterer indenfor det biomedicinske fødselsparadigme, ikke udelukkende kan forstås som disciplinering af kvinder, og at der også kan herske autonomi og valgfrihed indenfor denne ramme – om end disse valg, opstår gennem den medicinske model for reproduktion (ibid.:142-143). En sontring der således står i kontrast til Oakleys syn på medicinsk autoritet som underminerende kvindens. Samme ræsonnement kan således også overføres til valget om at igangsætte sin fødsel – særligt i de mange tilfælde hvor graviditeten viser sig afvigende eller risikobetonet på forskellige parametre. Man kan i den forbindelse også anse igangsættelsen som et tilvalg, der giver den gravide mulighed for at styre en graviditet og/eller fødsel, på egne præmisser.

Gregg ser således også, at disse teknologier og metodologier til interventioner i svangerskabet, kan muliggøre en højere grad af social og medicinsk indblanding på det reproduktive område og udtaler: *"A paradox of choice is that the choices themselves are, in a sense, forced: the existence of prenatal tests forces women to make choices about them"* – det frie valg eksisterer således ikke, så længe interventionen (igangsættelsen) gør (ibid.:138-139). Særligt ser hun at gravide, i kraft af at de som oftest er kvinder, socialiseres gennem barndommen til rollen som mor, en rolle Gregg argumenterer for implicerer det at tage såkaldte "ansvarlige valg", både for sin egen graviditet og fostret i maven (ibid.:134-135). En sontring dette speciale således også ser problemstillingen i lyset af. Gregg dykker også ned i elementer af hvordan rutinerede praksisser indenfor brugen af diverse indgreb og interventioner, kan være med til at sløre det "rene" valg. En pointe man kan forestille sig, også gør sig gældende i relation til igangsættelse af fødslen. Denne sløring gør sig gældende både i relation til hvordan interventionen præsenteres og forstås af fagpersonale, men således også i relation til hvordan den modtages og forstås af den gravide (ibid.:3-4). Fagpersonalet er måske mere tilbøjelige til at regne med at den gravide velvilligt vil

modtage en given intervention, og den fødende er måske også mere tilbøjelig til at forstå en given intervention som en uundgåelig del af et normalt graviditets-og/eller fødselsforløb. På denne måde fremstår det der egentlig er et valg, pludselig som en naturlig del af givent aspekt til det reproduktive område. Gregg argumenterer særligt for denne pointe i relation til de voksende teknologiske muligheder der giver mulighed for at få indsigt i hidtil ukendte diagnoser og tilstande, som også Rose beskriver det i nedenstående. Jeg vil i forbindelse med denne sontring argumentere for følgende; lignende teknologier bruges på flere forskellige parametre i både graviditet og fødsel, og således også i relation til den enkelte gravides krop – i takt med disse teknologiers indtog formindskes mulighedsrummet for en ”normal” graviditet, og dermed findes der flere og flere, både medicinske og sociale argumenter, for igangsættelse af fødslen (ibid.:4).

Samtidig ser Gregg at mange forskellige aktører melder sig på banen, i diskussionen af disse forskellige muligheder for fertilitetsbehandling og fosterdiagnostik. Hun mener at disse aktører til tider fylder mere end kvindernes egne oplevelser med samme, og ønsker i forbindelse hermed at belyse emnet fra de gravides vinkel. En vinkel dette speciale er inspireret af (afsnit 1.4.).

3.3. Nikolas Rose og livets politik (2009)

Med sin baggrund i både biologi og sociologi forener Rose to umage discipliner i sin bog: ”Livets Politik – Biomedicin, magt og subjektivitet i det 21. århundrede”. Her søger Rose, med en videreudvikling af filosof Michel Foucaults tanker, at belyse en række nybrud i forståelsen af ”livet selv”, som ifølge Rose bl.a. skal ses i sammenhæng biomedicinske fremskridt. Overordnet mener Rose at der sket et skifte i fokus fra forbedring af den generelle folkesundhed, til at optimering, forebyggelse, omformning og kontrol af ”livet selv”/menneskets livsevner, nu i stedet er omdrejningspunktet (Rose 2009:27-28). Rose argumenterer for at der i forbindelse med denne øgede folkesundhed (og dermed forbedrede livskvalitet) er sket et skifte på den biopolitiske scene – nu beror vores kollektive forståelse på at vi mener at have transcenderet til et højere niveau – at vi evner at kontrollere langt mere (og bedre) end tidligere. Rose kalder det for en såkaldt skalaforandring, idet vi er gået fra at kunne udbedre på et overordnet fysisk niveau (molært), til at nu at kunne påvirke det molekylære niveau – dermed forstår vi også det menneskelige liv på samme vis. Som små byggesten der kan analyseres, manipuleres, kureres og omformes – denne tilgang, medfører et syn på kroppen og livet som forståeligt/ikke-mystisk, og dermed som modtageligt overfor (bevidste) interventioner – og en overbevisning om at disse interventioner vil gavne os (og vores børn) mod at blive de mennesker vi vil være (ibid.:28-29).

A la Oakley, taler Rose også om den menneskelige ”virkelighed” som kontingent – som påvirket af dens historiske fortid, og anerkender hermed også at den kunne have været anderledes (ibid.:29). Denne pointe overføres til den overordnede *Medical Model of Reproduction* (som nævnt i ovenstående) – der anses som et produkt af dens genealogi, men ikke som et nagelfast determineret fødselsregime. Teknologisk formåen er bærende for denne samtidsanalyse, og Rose definerer det således:

”Det er en assemblage af sociale og menneskelige relationer, hvor udstyr og teknikker kun er et af elementerne: ”Teknologi refererer her til enhver sammenbringning, som er struktureret af en praktisk rationalitet, styret af et mere eller mindre bevidst mål... hybride assamblager af viden, instrumenter, personer, vurderingsstermer, bygninger og rum [...]”” (ibid.:44)

Den ny teknologi fordrer således også nye måder at forstå diverse reproduktive spørgsmål (både for patient og læge), i sammenhæng med det ændrer udtrykket sig for: *”visse rutiner og ritualer, testningsteknikker og visualiseringspraksisser, [og] måder at give råd på...”* (ibid.:44). Rose omtaler disse som ”livsteknologier”. Han kalder dem det, fordi han mener de adskiller sig fra tidligere tiders fokus på den ”naturlige livsnorm”, hvor forskellige kropslige processer som eksempelvis aldring, eller en fødsels fremgang var op til tilfældet, og hvor fokus i stedet orienterede sig omkring at stoppe eller udbedre eksisterende anormaliteter/sygdom når den/det **var** opstået. Rose mener at de nuværende muligheder præsenterer sig med et endnu bredere potentiale – et potentiale der giver mulighed for både at udbedre, optimere, forebygge og til tider modificere førnævnte livsprocesser – eksempelvis i relation til reproduktion; *”Disse livsteknologier søger at omskabe livets fremtid ved at handle i livets nutid”* (ibid.:44-45).

Rose taler i forbindelse hermed om forskellige dimensioner. Jeg dykker ned i 3 her, nemlig; *subjektifikation, modtagelighed og forbedring*. Subjektifikation relaterer sig til fremkomsten af det ”biologiske borgerskab”, og bruges som begreb for den måde vi navigerer og tager stilling til os selv på som somatiske individer – vi er således individer der oplever og forstår os selv i biomedicinske termer (ibid.:31,51).

Modtagelighed beskæftiger sig med foregribelsen/detektionen af mulige anlæg for bestemte lidelser, der fx kan triggere af uhensigtsmæssig levevis, menneskelige handlinger osv. Målet er at påvirke disse ”risikoindivider” (og grupper) til at udvise rettidig omhu, et fokus Oakley

også forholder sig til i relation svangerskab (ibid.:47). Denne risikostyring tager udgangspunkt i forholdet mellem normalitet og patologi. Nutidig risikostyring kan siges at være i familie med mere eugeniske ræsonnementer ift. befolkningsstyring, men adskiller sig dog væsentligt idet den søger at; ”*identificere, behandle, styre, eller administrere de individer, grupper eller lokaliteter, hvor risikoen skønnes at være høj*” (ibid.:105-106). En pointe der også kan overføres til det medikaliserede syn på svangerskab. Jeg udvider hermed Roses begreb ”risikoindivid” til *risikogravid* som term for de fødende kvinder i dette speciale (afsnit 2.7.). Argumentet her, at graviditeten følges kontinuerligt af relevant sundhedsfagligt personale, altid med et fokus på at måle, teste... Spørgsmålene er; kan graviditeten klassificeres som ”normal” eller præsenterer den sig som afvigende, hvordan kan vi sørge for at den bliver mindre afvigende – at det der, *måske*, kan udvikle sig uhensigtsmæssigt ikke gør det? Man kan argumentere for at igangsættelsens præmis, netop er foregribelse, uagtet indikationen herfor. En mulig problematik i regi af dette fokus, er at vi således altid kan betragtes som patienter, eller som præ-et-eller-andet. På mange måder kan samme pointe bringes i spil, når vi betragter graviditeten – den er momentant normal og på en måde altid på vej til at gå galt. Påvirket af den enkelte gravides tidligere adfærd og handlinger, men således også påvirkelig overfor diverse tiltag i nutiden. Rose uddyber dog også at de probalistiske ræsonnementer der benyttes til at detektere forskellige risici, kan være behæftede med fejl, særligt i deres anvendelse på enkeltindivider (ibid.:111-113).

Forbedring orienterer sig mod kropslig optimering gennem teknologiske interventioner. Disse ”livsstilsmodifikationer” forbruges således også af modtagerne som *tilbudsteknologier*, der ikke nødvendigvis er udgjort af medicinsk nødvendighed – i stedet tilvælges de af mere eller mindre banale og egoistiske årsager, med et udgangspunkt i en markeds- og forbrugerkultur – der opstår en grad af forbrugerisme. Rose argumenterer for at disse dimensioner, og måske særligt sidstnævnte fordrer et langt større fokus på kroppens biologiske komponenter - på det organiske niveaus udfordringer og muligheder. Dermed reintroduces den kartesianske dualisme på et endnu mere dybdegående plan end tidligere (ibid.:47-49). En betragtning der (afsnit 1.5.) kan siges at være problematisk at applicere på graviditet og fødsel.

Rose introducerer i forbindelse hermed begrebet om biomedicinsk styring, dette skal forstås som de eksperter der udspringer fra den teknologiske formåen – de orienterer sig omkring førnævnte praksisser; nemlig forbedring, detektering. Disse autoriteter består af mange forskellige somatiske ”eksperter” og aktører, eksempelvis læger og jordemødre (ibid.:56-57). Rose siger i sammenhæng hermed, at efterhånden som ”sundhed” er blevet ”*livets telos*” i mange vestlige

demokratiske lande, forstår vi i højere grad os selv i medikaliserede termer, og på den måde er vi blevet gjort afhængige af hvad denne medicinske ekspertise/autoritet kan tilbyde os. I tråd med Foucault, navngiver Rose denne ekspertise en slags *pastoral myndighed*. Han udvider dog begrebet betydeligt og ser at den nu er udgjort af mange forskellige aktører relateret til fremmelsen og forståelsen af vores egen sundhed, herunder eksempelvis jordemødre mfl. Pastoralismen i denne kontekst, måske modsat Oakleys sondringer om samme, menes i højere grad at være baseret på autonomi, informeret samtykke, friheden til at vælge og såkaldt ikke-styring – så at sige en slags relationel pastoralisme, hvor lægen (eller jordemoderen) ikke positioneres som magtudøvende ekspert, men mere som en slags etikkens pastor. Denne sondring står således i skarp kontrast til Oakleys udmeldinger om samme, om end de deler perspektiv i relation til det medicinske paradigmes hegemoniske særstatus. Rose mener, at særligt kvinder i relation til reproduktion, er brugere af denne etiske pastoralisme, men forholder sig ikke nævneværdigt til spørgsmålet om køn ellers (ibid.:58).

I tråd med Gregg, mener Rose at den biologiske fornuftigheds normativitet og biomedicinske termer ekspert og patient imellem udfolder sig gennem såkaldte mikroteknologier – mikroteknologier der ikke kan undgå at være styrende og normative, og som tilmed mudrer grænsen ”mellem samtykke og tvang” og i samspil hermed også slører ”behandlings” formål – er det således helbredelse, eller præventiv behandling? (ibid.:57-58). En sondring der læner sig op ad Greggs tanker om samme. I denne sammenblanding ses også forventningen til individet, om at være såkaldte ansvarlige ”biologiske borgere” – borgere med indsigt i – og viden om deres kroppe, både i henhold til hvilke symptomer de skal reagere på, hvordan ”sundhed” generelt opretholdes, foruden hvilke prædispositioner for sygdomme (psykiske som fysiske) den enkelte er i besiddelse af. Udledt heraf bruger jeg termen *ansvarlig gravid* om den rolle kvinderne i dette speciale prægtes mod at opfylde. I tråd med Oakley, mener Rose at denne medicinske autoritet både kan ses i mikrostyringen af individer, men i høj grad også som overordnet imperativ i vores samtids livsførelse (ibid.:190).

Rose inspireres ydermere også af Foucaults begreb om biomagt. Biomagt omhandler, i sit foucaultske udgangspunkt, den statslige styring af menneskelige livsprocesser. Rose uddyber Foucaults model for biomagts poler. Den ene pol orienterer sig omkring en politisering af individets krop med fokus på fremmelsen af den enkeltes krops styrker. Den anden pol orienterer sig omkring en mere overordnet befolkningspolitik; *artens krop*. Her søges der at påvirke gennem regulerende indsatser. Fokus er på mere overordnede spørgsmål omhandlende livslængde, fødsel og

død. Foucault forbandt disse poler med en række større ”magtteknologier”. Disse foranlediger en række politiske kampe omkring forskellige livsspørgsmål, hvor de der tidligere var i modtagerenden for den udøvende disciplinering, nu begynder at stille krav til denne regulering;

”Distinktionen mellem disciplin og regulering – mellem de strategier, der søgte at forvalte de individuelle kroppe, og de strategier, der fokuserede på befolkningens kollektive krop – bliver uklar, efterhånden som forskellige myndigheder søger at handle i forhold til den ene pol gennem handlinger i forhold til den anden” (ibid.:86)

Et nærliggende eksempel herpå, relateret til specialets problemstilling og en af Oakleys teoretiske pointer, er det udprægede fokus på en overordnet mortalitetsrate blandt spædbørn i relation til overbårenhed, og det medfølgende høringsudkast (Bilag 4), med forslag om endnu tidligere igangsættelse (afsnit 1.2.). Heri ses der en direkte forbindelse mellem Foucaults to forskellige poler, hvor et forsøg på at nedsætte en i forvejen ekstremt lav mortalitetsrate på befolkningsniveau, ville få den direkte konsekvens at yderligere ca. 7-9000 fødende kvinder skulle opleve interventioner og indgreb i deres graviditetsforløb (Poder 2021).

Biomagt som perspektiv, giver altså indsigt i myndighederne/statens mangeartede styring af menneskers liv og eksistens. Rose foreslår at bruge termen ”biopolitik” som erstatning for biomagt, idet han mener at dette begreb belyser med hvilke specifikke strategier man søger at opnå førnævnte biomagt. Én strategi kunne være identificeringen af risikogravide, der legitimerer diverse interventioner mhp. på udbedring og forebyggelse af et ”dårligt” graviditets outcome (ibid.:87, 106-107). Den viser sig således også tydeligt i legitimeringen af igangsættelse af fødslen, hvor forskellige risikofaktorer som forhøjet BMI, (muligt) for stort barn, høj alder og selve gestationsalderen mv., giver anledning til en risikoprofilering, der understøtter argumentet bag, at den såkaldt risikogravide bør se sin fødsel som behandlingskrævende gennem fx valget om igangsættelse, fremfor at afvente spontan fødsel.

3.4. Specialets magtforståelse

Som læseren sikkert har bemærket, fremstår de tre teoretiske perspektiver med visse forskelligheder, særligt relateret til deres overordnede blik på hierarkier og magtforhold. Oakley opererer med en såkaldt klassisk strukturel magtforståelse, der bliver tydelig i den måde hvorpå hun argumenterer for at gravide og fødende kvinder tvinges ind i den ”medicinske model for reproduktion” gennem mere eller mindre direkte magtudøvelse af særligt hvide mandlige

læger/patriarkalske institutioner, og at der ydermere hersker betydelige diskrepanser mellem hhv. læger og kvinders forståelser af svangerskab, og hvordan, særligt kvinder, forstår dem selv i relation hertil. Rose står i opposition til denne begrebsliggørelse, da han, med sit udgangspunkt i Foucaults magtforståelse som decentraliseret (betydende at magt ikke er forbeholdt særligt magtfulde individer eller institutioner), bringer begreber i spil som biologisk borger, forbedring, subjektifikation mv. Centralt for Roses magtforståelse er disciplineringen af befolkningen gennem eksempelvis biopolitik – disciplinering forstås her som såkaldt styring til selvstyring, gennem tilgængelig viden og formidlingen deraf - i dette tilfælde med særligt udgangspunkt i det medikaliserede fødselsparadigme. Førnævnte selvstyring leder således dets aktører til et mulighedsrum af forskellige valg præget af det konstante videns- og informationsflow videnskaben som paradigme byder ind med, og som statens forskellige myndigheder videreformidler til os. Visse ligheder kan ses hos Gregg, der også argumenterer for at forskellige teknologiske valgmuligheder i en given graviditet og fødsel, kan lede til øgede følelser af agens hos den fødende, om end hun også ser disse valg gennem en linse af styringspotentiale fra fagprofessionelle. Dette speciale læner sig således mestendels op ad Roses magtforståelse, og ser dermed kvindernes overvejelser og årsager til at få deres fødsler igangsat som et valg taget på et baggrundstæppe af mere eller mindre subjektificeret styring, med udgangspunkt i en risikoorienteret molekylær tilgang til graviditet og fødsel. Med dette in mente påbegyndes analysen.

4. Analyse af interviewempirien

4.1. Tilgængelige forventninger og valg for den risikogravide

4.1.1. ”Min fødsel skal igangsættes fordi...”

Med reference tilbage til karakteristiktabelen i afsnit 2.3, kommer her kvindernes perspektiver på de årsager der ligger til grund for igangsættelse af deres fødsler. Årsagerne er medieret gennem kvindernes fortællinger herom, der er således ikke, fra min side, nogen indsigt i eksempelvis vandre- eller patientjournaler for disse kvinder, eller den medicinske ”alvorgrad” af deres tilstande.

Til gengæld giver kvindernes genfortællinger af deres graviditeter og dermed deres respektive ”risikoprofiler”, indsigt i hvordan de selv forstår disse medicinske indikationer for igangsættelsen af deres fødsler – en pointe der er vigtig, idet det, som tidligere er nævnt, er et tilbud. Uagtet hvilken indikation der ligger til grund. Først og fremmest kan alle kvinderne i nogen udstrækning defineres som værende risikogravide i et biomedicinsk perspektiv, qua deres forskellige selvfortalte indikationer for igangsættelse (Se Tabel 1, afsnit 2.3.). Jeg bruger som sagt termen risikogravid – implicit her er således også kvindernes internalisering af deres graviditeter som værende afvigende og/eller risikofulde – på tværs af alle de mange indikationer der optræder.

Selv de der igangsættes udelukkende med indikationen ”overbårenhed”, altså det som Region Midt definerer som en graviditet i uge 41+5 (Region Midt), godtager den medicinsk fastlagte norm for hvornår en almindelig graviditet overgår til at skulle forstås som en risikograviditet (Bilag Agnes:2; Bilag Maja:2). Denne indikation er, som jeg også fremfører i indledningen, omdiskuteret og baseret på et relativt spædt grundlag. Lana, der er gået over tid, fortæller følgende om grunden til hun skulle igangsættes: *”... jeg blev jo sat i gang fordi jeg var gået for lang tid over tid. Og jeg havde ikke fået nogle veer eller noget. Så der var ikke rigtig nogle tegn på at jeg var i gang med fødslen”* (Bilag Lana, l. 46-48). For Lana, foruden størstedelen af de andre informanter, bliver det tydeligt at kvinderne i høj grad godtager og anerkender præmissen om det som Oakley omtaler som positioneringen af svangerskabet som et medicinsk anliggende, og at deres graviditeter dermed er afkrævende for en grad af intervention. De anerkender således deres respektive risikograviditeter (Bilag Stine:1; Bilag Anna:2; Bilag Agnes:3; Bilag Caia:1; Bilag Hannah:1-2; Bilag Jane:3; Bilag Linda:1-2; Bilag Maja:2; Bilag Mira:3-4; Bilag Margrethe:2; Bilag Mona:2; Bilag Sascha:3-4; Bilag Selma:2; Bilag Sabine:1-2; Bilag Sally:1-2; Bilag Ina:3; Bilag Kathrine:2; Bilag Louise:2-3; Bilag Lana:2). Der er dog, til forskel fra Oakleys udlægning af samme, ikke noget kvinderne nødvendigvis forstår som en autoritær beslutning der bliver dem pålagt (se ovenstående referencer), og således udforskes en mulig modposition ikke, om end flere af

indikationerne placerer sig i et grænseområde, der til stadighed bliver mindre (afsnit 1.2.). Som her hvor Anna i det følgende uddyber, om at skulle igangsættes på baggrund af et BMI på over 30: *"... min den lå på 30,2, så takkede jeg ja til det, for jeg tænkte, at det kunne da være meget spændende at prøve det og frygtede også lidt selv, at jeg gik to uger over tid, så ville jeg da hellere sættes i gang end at gå over tid..."* (Bilag Anna, l. 58-60). Annas udtalelse bliver således et eksempel på en gennemgående sontring blandt kvinderne, nemlig at de forskellige grundpræmisser for igangsættelsen godtages, og leder til at igangsættelsen af fødslen kan anskues som en art "optimering" og kontrol over den naturlige fødselsproces. Man kan spekulere i hvorvidt dette også er tegn på en rekonstruering af igangsættelsen blandt kvinderne, til også at indeholde mere agensgivende potentialer (mere om dette i afsnit 4.2.4.). En rekonstruering der trækker tråde til deres status som risikogravide, betydende at de allerede under graviditeten forstår dem selv og deres graviditeter som afvigende.

I de tilfælde hvor indikationen for igangsættelsen måske kan siges at være af mere alvorlig grad, lyder kvindernes forståelser af indikationen stadig nogenlunde ens (Bilag Mira:3-4; Bilag Mona:3; Bilag Sabine:2-3; Selma:2-3). Det er således biomedicinske anbefalinger og evalueringer af deres graviditeter og fostre, der bliver udslagsgivende, fremfor kvindernes egne kropsliggjorte erfaringer (eller holdninger til førnævnte medikaliserede paradigme). Ina med begyndende svangerskabsforgiftning uddyber:

"... Og så gik det så over i en bekymring i forhold til noget svangerskabsforgiftning. Som jeg faktisk fik konstateret [...] Hvor vi har gået til sindssygt mange kontroller. Men det er fordi jeg har haft ret meget for højt blodtryk, så det har de jo holdt rigtig meget øje med. Og så har det så hele tiden været sådan opvejning af... skal vi sætte i gang nu? Skal vi lige vente og se hvad der sker? [...] Og så er det så blevet anbefalet fra sygehuset at fra uge 38, vil de gerne sætte mig i gang. På grund af den svangerskabsforgiftning. Og det har vi så bare lyttet til, fordi vi tænkte vi ved ikke bedre, det er der jo nok nogen der har styr på, når de anbefaler det" (Bilag Ina l. 72-80)

Eller som i Hannahs tilfælde, der måske ellers kan siges at være placeret i den modsatte ende af "risikospektret", sammenlignet med Ina:

”... vi fik rimeligt hurtigt at vide, at hun formentlig var [...] lidt større allerede der til misdannelsesscanningen [...], og der var jeg så til den scanning i uge 35 og fik at vide, at hun var sådan lige til den store side. [...] Så jeg har jo hele tiden vidst, at hun var lidt for stor og måske muligheden for at blive sat i gang var, hvis ikke hun selv meldte sin ankomst. Men jeg gik heller ikke selv rigtigt i fødsel første gang, så jeg havde egentlig sådan lidt en idé om, at det ville jeg nok heller ikke gøre den her gang” (Bilag Hannah 1. 27-34)

Gennem begge uddrag bliver det tydeligt, hvordan kvindernes egne vurderinger af deres kropslige tilstande beror på Roses overordnede imperativ omhandlende medicinsk autoritet - at der er nogle andre end kvinden selv der besidder ekspertstatus – og at disse nogen kender vejen frem, og at man i til vægt dertil, som ansvarlig gravid, handler derefter. En lignende pointe fremanalyseres hos Oakley, der ser at gravide kvinder positioneredes i risikokategorier af fødselslæger, der således behandler dem derefter. Samtidig præger erfaringer fra tidligere fødselsforløb også hvad man forventer af det næste – en igangsættelse af en fødsel i en tidligere graviditet, er på denne måde med til at cementere behovet for endnu en igangsættelse. I Hannahs uddrag bliver det ydermere også tydeligt hvor stor en rolle teknologisk formåen spiller i deres individuelle forståelser af egne graviditeter. De teknologiske skøn (herunder ultralydsscanning) af babys størrelse, bliver i kombination med de sundhedsfagliges fremlæggelse af en given risikotilstand, determinerende for det videre forløb for flere af kvinderne (Bilag Hannah:1-2; Bilag Margrethe:2; Bilag Stine:1; Bilag Sascha:3-4), som her hvor Linda fortæller;

”... jeg har været til jordemoder en lille uge efter min termin [...] han var lidt til den store side, og så ringede hun lige ind til Skejby for at høre, om det var noget, de gerne ville tjekke og så dagen efter, får vi en tid [...] Han er 4600 gram, og så tænkte de, der skal ikke gå længere end det, fordi han var så stor. Eller i hvert fald det, de skønnede ham til fra scanningsbillederne. (Interviewer: Men er der noget farligt ved, at han er stor?) Linda: jamen jeg ved ikke, om det var noget, der ville ende i kejsersnit så [...] de sagde, at deres maks. var 45 [4500 g]. Jeg synes ikke, vi fik så meget at vide udover at normalt så bliver man sat i gang, så 4500 det er sådan deres maks derinde” (Bilag Linda, l. 49-60)

Linda kender således ikke selv til præcis hvad hendes (fosters) risikotilstand indebærer, eller hvad de eventuelle konsekvenser ved et barn der overskrider den vægtmæssige grænse er – alligevel stoler hun på, hvad der bliver hende forelagt gennem teknologiske skøn og fra lægefaglig side. Der spørges således heller ikke ind til den arbitrære ”grænse” for barnets vægt, der er de 4,5 kg., eller om der forefindes alternativer til igangsættelse. På denne baggrund lader til at Linda, positionerer lægen som den ultimative fødselsekspert, og samtidig ser sig selv som mindre vidende i relation dertil.

Kathrine, fortæller følgende, i forbindelse med at hun bliver spurgt til hvorvidt hun ville takke ja til at få igangsat en hypotetisk næste fødsel: *”Jamen det kommer an på, hvad begrundelsen er [...] Altså det allervigtigste er jo bare, at baby har det godt, så ville jeg jo nok sige [...] det handler jo om babys ve og vel”* (bilag Kathrine, l. 377-379). Kathrine deler således overvejelser med andre af kvinderne - overvejelser der relaterer sig til det moralske ansvar der også findes i at takke ja til det ”medicinsk anbefalede” – måske særligt betinget af det lag der er deres kompromitterede kroppe, for på den måde at opretholde rollen som ansvarlig gravid (Bilag Jane:3; Bilag Linda:2-3; Bilag Mona:4; Bilag Sascha:4; Bilag Sally:3). En rolle der på sin vis indikerer, at man er uansvarlig, såfremt man takker nej. Dette moralske ansvar er således også implicit i selve det at den medicinske autoritet fremlægger igangsættelse af fødslen, som det næste hensigtsmæssige ”træk” til en given graviditet. Det moralske ansvar der knytter sig til at takke ja til det medicinsk anbefalede, relaterer sig dog ikke nødvendigvis til barnets velbefindende, hvad der vil blive uddybet senere i analysen. Ansvarliggørelsen af den enkelte gravide i relation til normativ graviditets- og fødselspraksis, ligger i forlængelse af både Rose, Oakley og Greggs sondringer om hhv. biopolitisk styring mhp. at agere moralsk ansvarligt i henhold til både egne og fostrets kropslige forudsætninger, foruden at barnet på flere forskellige niveauer, anses som det endelige og altoverskyggende mål i en given graviditet og fødsel. En målorientering der således muliggør at selve processen – altså oplevelsen af fødslen, i nogen grad kommer i anden række, eller reduceres til netop at være denne særlige gyldne periode for ”interventioner”, grundet gravide kvinders højnede modtagelighed. Dette ansvar fodres, ifølge Gregg, yderligere gennem socialiseringen af pigebørn til mødre. Der er da også nogle af kvinderne der til fulde anerkendte de mulige farer til deres specifikke risikograviditet, og som anså deres tilstande for ”farlige”, om end disse ikke udgør majoriteten (Bilag Margrethe:3-4; Bilag Selma:4-5; Bilag Ina:3). Mona med graviditetsbetinget leverkløe fortæller følgende:

(Interviewer: Var du bekymret for ham?) Mona: Ja, det var jeg [...] men det er jo også det der med, at man ved, at der er en risiko. Altså det er jo ikke for sjov, at de [fødselslægerne] siger at 34 fulde uger, "så snakker vi altså lige, om vi allerede skal sætte dig i gang der". Så jeg endte egentlig med at blive sat i gang 36+4, [...] Jeg er inde til den sidste scanning, der synes jeg, han begynder at ændre aktivitetsmønster, så nu var jeg ikke selv tryk ved det mere, fordi jeg havde svært ved at vurdere hvorfor"

(Bilag Mona, l. 102-112)

Sammenlagt kan det siges, at kvinderne i vid udstrækning accepterer præmissen for deres igangsættelser på tværs af forskellige risikoprofiler – der ses en internalisering af graviditet og fødsel som behandlingskrævende, hvor igangsættelsen fremstår som en naturlig forlængelse heraf. Det virker således heller ikke som om kvinderne selv graduerer i individuel risikoforståelse, om end der ses mindre forskelle på i hvilken grad kvinderne bekymrer sig for deres ufødte børn. Dette ses i sammenhæng med flere forskellige faktorer, men først og fremmest forstår jeg deres status som risikogravide, som rammesættende både for deres overvejelser og årsager til at takke ja til at blive igangsat, foruden den efterfølgende fødselsoplevelse. Denne rammesætning skaber en forudsætning, der gør det umuligt at vælge anderledes, og læner sig således også op ad Roses formuleringer om medicinsk autoritet, der her forstås som en slags altoverskyggende "telos" for forståelsen af svangerskabet, foruden hans perspektiver på hvorledes risikoforståelsen individualiseres og internaliseres til såkaldt selvstyring blandt de risikogravide, men således også i Oakleys sondringer relateret til svangerskabet som tilhørende det medicinske paradigme. Jeg vil i det følgende diskutere kvindernes forventninger til fødslen.

4.1.2. Forventninger til fødslen

I relation til ovennævnte internalisering af positioneringen som risikogravid, men således også for at opnå et indblik i kvindernes initiale forestillinger og forventninger til deres fødsler, lader der til at herske et spædt "håb" om at kunne føde naturligt, samtidig med at den naturlige fødsel¹ i mange tilfælde behandles som et uopnåeligt ideal blandt kvinderne (Bilag Kathrine:2; Bilag Kirsten:1; Bilag Sabine:1; Bilag Lana:2). En lignende fødselsforventning er tidligere konceptualiseret af Bertelsen & Gohr, som forventningen "om at tage det som det kommer" (afsnit 1.1.). Linda fortæller følgende:

¹ Naturlig fødsel forstås som en vaginal fødsel uden indgreb/interventioner

"... jeg havde jo håbet, at det ville komme naturligt. Men jeg tænkte, [...] jeg nok blev sat i gang. Det kunne jeg forstå, der var rigtig mange kvinder, der blev, så det var meget normalt. Det var ikke noget, der skræmte mig eller noget. (Interviewer: Nej, men hvorfor ville du foretrække, at den gik i gang naturligt?) Linda: [...] jeg tror bare... det ved jeg ikke. Det var bare sådan et drømmebillede, jeg havde, tror jeg" (Bilag Linda, l. 28-36).

Foruden ønsket om den naturlige fødsel, er der dog også udbredte holdninger blandt kvinderne, til at det er "farligt" at forvente sig noget af sin fødselsoplevelse, fordi fødslen anses som uforudsigelig i sin grundform (Bilag Jane:2; Bilag Kirsten:2; Bilag Ina:2). Mira fortæller om sit syn på fødslen, på følgende måde: *"... jeg ved ikke, om jeg havde drømme, men jeg havde i hvert fald [...] taget stilling til, hvad jeg gerne ville. Og så alligevel med sådan et forbehold for, at det jo nok ikke kom til at ske, eller at jeg ikke forventede, at det ville komme til at ske" (Bilag Mira, l. 25-28)*

Denne antagelse er til tider også medieret igennem andres fødselsfortællinger (Bilag Anna:1) som her hvor Maja tager udgangspunkt i sine familiemedlemmers fødsler; *"... men jeg har en mor og en søster, der hver har født tre gange, og deres fødsler har været sådan rimelig tough, så [...] jeg kigger lidt på dem og tænker, det nok var nogenlunde det samme, jeg skulle igennem på et tidspunkt" (Bilag Maja, l. 23-25).* Argumentet er at ønsker og nagelfaste forestillinger relateret til hvordan fødslen skal udspille sig, kan resultere i oplevelser af skuffethed. Både over egen kropslig (u)formåen, men således også ift. mere udbredte idealer for den "gode" fødsel. Løsningen bliver således at træde ind til fødslen med et fravær af personlige "krav", ønsker og agens, med henblik på hvad der lader til at være et forsøg på at beskytte sig selv, og for at imødekomme frygten for kontroltab under fødslen. Sascha forklarer følgende herom:

"... det jeg har forberedt mig mest på omkring min fødsel, det er, at den er uforudsigelig, og at alle fødsler er forskellige [...] Så jeg tror bare, det var vigtigt for os, at vi havde forberedt os til en vis grad og ligesom vidste, okay, det her er cirka det, der kommer til at ske, men stadig med den forudsætning af, at... en fødsel kan jo gå i alle retninger. Det der med ikke at blive for skuffet, hvis den ikke lige gik, som man havde regnet med" (Bilag Sascha, l. 32-48)

Flere af kvinderne udtaler dog, at de på trods af at være overbevist om at "alt kan ske" i løbet af en fødsel, trods alt ikke ønsker kejsersnit (Bilag Sabine:1). Kirsten uddyber her, hvorfor hun foretrækker igangsættelse fremfor kejsersnit:

"... jeg føler alligevel at igangsættelse, der er man mere med... kroppen får lov til i en vis grad at forberede sig på, at nu kommer der snart en baby. Hvor at ved kejsersnit, der føler jeg bare, at... der skærer du bare op, og så er babyen der. Der får kroppen ikke nogen signaler, der hjælper en" (Bilag Kirsten, l. 668-671)

Gennem Kirstens ræsonnement, bliver det således også tydeligt at igangsættelsen ses som et mindre invasivt indgreb, og dermed som en mere ønskværdig og naturlig intervention der kan ligge i forlængelse af ønsket om en "normal" vaginal fødsel. Førnævnte udbredte forståelse af fødselens grundessens som uforudsigelig, kan siges at fungere på flere forskellige niveauer; først og fremmest berettiger en sådan forestilling lægevidenskabelig indblanding i både graviditet og fødsel, idet forventningen til en given fødsel således altid vil være, at den har potentialet til at udvikle sig uhensigtsmæssigt. Som Linda også fremhæver, er igangsættelse af fødslen ligeledes en udbredt intervention – den er så at sige blevet normaliseret gennem sin udbredelse – dette er kvinderne givetvis også klar over, og således fremstår indgrebet mindre invasivt, om end det som sagt præsenterer sig med en lang række af bivirkninger. På denne måde konditioneres kvindernes egne blikke på deres graviditeter og fødsler på en sådan måde, at de anskuer svangerskabet som en kropslig tilstand der nyder godt af det, som Rose formulerer som; forebyggende tiltag og kontinuerlig monitorering. Gregg italesætter i forlængelse heraf, den højnede sociale forventning til kvinder om at takke ja til at modtage indgreb og interventioner i løbet af deres svangerskab, for på den måde at konsolidere deres position som ansvarlige gravide (og dermed som ansvarlige mødre). På den anden side, er det også for mange fødende en helt konkret vurdering af den "virkelighed" de befinder sig i, hvor mange ubekendte faktorer er tilstedeværende, både i selve graviditeten og under fødslen – at der hersker en slags immanent usikkerhed over fødslen, som man forsøger at imødekomme gennem et fravær af forventninger. Samtidig kan denne usikkerhed, så at sige også være fodret gennem et medicinsk autoritativt perspektiv, der netop fokuserer på at detektere risici (og præ-risici). Dette skal ses i sammenhæng med den forståelse kvinderne bærer med sig, som risikogravide. Dermed ved de på forhånd at risikoen for indgreb er større, hvortil personlige

forventninger, ønsker og krav til selve fødslen formindskes – eller helt udebliver. I det følgende rammesættes ”forhandlingen” om igangsættelse (eller manglen derpå).

4.1.3. Det ”stille ikke-valg”

Sammenholdt med kvindernes egne forståelser af deres respektive ”risikoprofiler” som valide årsager til igangsættelse, forelå der også et andet lag til det at takke ja til få sin fødsel igangsat. I mange af kvindernes tilfælde var det således præsent, at når først igangsættelse som intervention var blevet dem forelagt af relevant fagpersonale, anså de det at få deres fødsler igangsat som hvad jeg vælger at navngive som; *det stille ikke-valg*, med inspiration fra det såkaldte ”non-choice” (afsnit 1.3.). Denne forholden sig til (eller mangel på samme), hænger således også sammen med fødselsforventningen om ”at tage det som kommer”. Måden hvorpå dette bliver tydeligt blandt informanterne i dette speciale, er dog mere i fraværet af decideret stillingtagen, end det er i en direkte autoritativ anvisning om igangsættelsen som en nødvendighed (om end dette også optræder enkelte gange (Bilag Kirsten:4)). Derfor optræder det stille ikke-valg således også i selve det, at indikationen (dvs. deres specifikke risikotilstande) ses som årsag nok i sig selv, til at få fødslen igangsat, og at igangsættelsen, så snart den er blevet dem foreslået af relevant fagpersonale, ses som det eneste mulige legitime valg, i tråd med Greggs tanker om de paradoksale reproduktive valg (Bilag Agnes:6; Bilag Margrethe:7-8,21; Bilag Sabine:7,9; Bilag Ina:3; Bilag Kathrine:4; Bilag Mona:8-9; Bilag Lana:2). Sally sætter tanker på et såkaldt stille ikke-valg, i forbindelse med et spørgsmål omhandlende Sallys forudgående holdninger til igangsættelse af fødslen;

”... Men ellers så havde jeg ikke sat mig ind i, hvad det ville sige. Og jeg havde heller ikke nogen holdning til det – jeg havde i hvert fald ikke en holdning til, at jeg ikke ville det. Så på den måde så tror jeg bare, jeg havde tænkt, jeg nok bare havde gået med anbefalingen. (Interviewer: Er det sådan noget du generelt gør og har gjort under din graviditet - det med at lytte til de sundhedsprofessionelle og selvfølgelig de anbefalinger, de kommer med?) Sally: Ja, det synes jeg faktisk [...] jeg ved i hvert fald ikke bedre end det, som jeg får at vide, og jeg har også følt mig meget tryk i det. Så jeg har bare fulgt lidt med [i] hvad bliver der anbefalet” (Bilag Sally, l. 73-84)

Sallys uddrag understreger en pointe der er gennemgående blandt flere af kvinderne, nemlig positioneringen af relevante fagpersoner som eksperter i deres individuelle fødsler, og at denne positionering for kvinderne i nogle tilfælde bidrager til oplevelser af tryghed i en ellers utryk

situation. Denne sontring er således også sammenhængende med Bertelsen og Gohrs konceptualisering af forventningen om ”at tage fødslen som den kommer”. En forventning der implicerer at man i udgangspunktet forestiller sig en såkaldt naturlig vaginal fødsel, men at man samtidig har tiltro til læger og jordemødres anbefalinger om indgreb og interventioner i løbet af en given graviditet og fødsel, og at man ligeledes ønsker at følge disse (afsnit 1.2.). En forventning der således også gør sig gældende i mange af kvindernes beslutningsrationaler, når de takker ja til at blive igangsat. Den manglende stillingtagen Sally beskriver i uddraget, kan således også spekuleres i at være medførende til at kvinderne i højere grad er villige til at tilslutte sig et medicinsk autoritativt narrativ om fødslen. Det kræver således en grad af forudgående stillingtagen til hvad man vil og **ikke** vil, at kunne stå i modposition til en eventuel igangsættelse. Det stille ikke-valg ses også i sammenhæng med det, som mange af informanterne selv beskriver som at være ”autoritetstro” – et karaktertræk der også ligger i forlængelse af forventningen om at ”tage det som det kommer” (Bilag Kirsten:7). Som her hvor Sascha fortæller, at en del af hendes personlige fødselsforberedelse også bestod i at have tiltro til jordemødrenes fagkundskab og erfaring:

”... vi er også begge to [Sascha og hendes partner] meget autoritetstro og støtter os meget op ad dem der har erfaringen, og det er jo jordemødrene i sådan en situation, så det snakkede vi meget om med dem, at vi stolede på, hvad de sagde, vi skulle, for det var jo dem, der vidste, hvad der foregik og ikke os” (Bilag Sascha, l. 41-44).

Lignende ræsonnementer findes hos Margrethe der fortæller følgende;

”... ja, men selvfølgelig tog jeg dem [Misoprostol] for at komme i gang... og det var også igen det der med at man er autoritetstro [...] jeg vil heller ikke sige nej til at blive sat i gang, fordi så ville jeg jo heller ikke helt vide, hvad jeg sagde...” (Bilag Margrethe, l. 660-662)

Begge uddrag viser hvordan, internaliseret medikalisering af fødslen, bidrager til at kvinderne ikke anser sig selv som vidende i relation til deres gravide kroppe og forestående fødsler. I stedet uddelegeres ekspertrollen i henhold til både graviditet og fødsel af kvinderne selv, til repræsentanter for lægevidenskabens biomedicinske monopol. Et monopol Rose mener er opblomstret i takt med det han omtaler som molekylære kropslige indsigter. Indsigter så dybe og altomfattende, at det

kræver eksperthjælp at kunne navigere i dem. Eksempelvis i relation til den komplekse natur forskellige risikotilstande (og dermed årsager til igangsættelse af fødslen) præsenterer sig med. Mange af kvindernes stillingtagen til det de selv omtaler som at være ”autoritetstro” indeholder således også en anerkendelse af nødvendigheden af lægefaglig indblanding, som også giver anledning til at kvinderne med denne hjælp, mener de bedre kan navigere i hvad der er bedst, både for dem selv og deres babyer som subjektificerede individer – netop ved at ”tage det (hjælpen) som det kommer”. Denne anerkendelse er dog langt fra ensbetydende med, at kvinderne beskriver førnævnte medicinske autoritet i negative termer, i stedet skal det anskues som det baggrundstæppe de navigerer og oplever deres fødsler ud fra. Mere om dette nu.

4.2. Når man har sagt a, må man sige b

4.2.1. Overgivelse til- og forventningen om behandling af fødslen

Gennem positioneringen (og internaliseringen deraf) af kvinderne som risikogravide, der leder mod det føromtalt stille ikke-valg i relation til at takke ja til igangsættelsen, fremkommer både forventningen og dermed overgivelsen om og til sundhedsfaglig ”behandling” af fødslen, hos flere af kvinderne. Denne ”overgivelse” kan således siges at trække spor til graviditetens forskellige faser og møder med relevante fagpersoner og undersøgelser, men viser sig også i måden de forstår deres egne gravide kroppe på i sammenhæng med at ”overgive” sig til en medicinsk igangsat fødsel (Bilag Mira:16; Bilag Margrethe:4,8; Bilag Mona:6; Bilag Sascha:7; Bilag Sally:2; Bilag Johanna:10; Bilag Kathrine:10; Bilag Louise:6), som her hvor Caia beskriver følgende:

(Interviewer: Hvordan havde du det med din krop der undervejs i den der lange igangsættelse?) Caia: jamen helt fysisk mærkede jeg ikke til noget som helst. Der havde jeg det helt fint. Men rent mentalt havde jeg det rigtig dårligt, fordi jeg var sur på min krop, og jeg synes jo, det var træls, at den ikke ville noget [gå i fødsel] ... at den ikke satte noget som helst i gang [...] Jeg fejlede ingenting [fysisk] og mærkede ikke noget, men det ville jeg jo et eller andet sted gerne have... jeg ville jo godt have haft, at jeg kunne mærke, at den [kroppen] var klar til at føde et barn, og det følte jeg ikke, at den var. Det var som om, den lidt havde glemt, at den skulle føde (Bilag Caia, l. 243-254)

Hannah fortæller om lignende tolkning af egen kropslig (u)formåen: ”... det er ligesom om, min krop den skal lige have et skub før den forstår, hvad den skal” og ”... den [kroppen] mangler lige at

kunne lave de der gode veer. Den kan godt lave sådan nogle små dumme veer, som ikke rigtigt gør så meget, men de gode veer, der skal den lige have lidt hjælp” (Bilag Hannah, l. 45-46 & 292-294)

På den ene side fremstår udsagnene som en del af en legitimeringsproces der på sin vis fungerer sådan, at det forestående indgreb subjektificeres af kvinderne, samtidig med at det også kan tolkes som en slags internaliseret holdning til deres gravide kroppe, som værende grundlæggende inkompetente, og at graviditeten i forbindelse hermed afkræver medicinsk indblanding. En pointe der relaterer sig til, hvad de kontinuerligt er blevet fortalt i forbindelse med deres risikograviditeter. Man kan således også stille spørgsmålstejn til denne sontring, hvor alternative stemmer ville pointere at kroppen er kompetent i sit udgangspunkt.

I forbindelse med særligt første pointe, fremstår det også således at når igangsættelsen tager sin begyndelse, implicerer den for mange af kvinderne en forventning om en kort(ere) mere stringent fødselsproces (Bilag Agnes:2-4,23; Bilag Caia:8-9; Bilag Mira:5-6; Bilag Kirsten:7; Bilag Sally:9; Bilag Stine:2; Bilag Selma:3; Bilag Ina:6). Kvinderne besidder altså en stor tiltro til de forskellige interventioner og teknologiske virkemidler de præsenteres for i løbet af igangsættelsen. Som der også står nævnt i metodeafsnit 2.1., er samplet præget af at være langvarige igangsættelser (3+ dage). Selvom dette kan lyde af længe, er det immervæk relativt normalt for fødsler igangsat med Misoprostol (Angusta-piller) (Hvidman 2023). Længden på kvindernes igangsættelse er således ikke afvigende som sådan, men tolkes alligevel på denne måde af kvinderne selv, som her hvor Maja fortæller følgende;

”Jeg tror ikke rigtigt, jeg forstod, hvordan de her piller de virkede. Hvad det rent faktisk var, de gjorde, jeg var bare villig til at prøve det hele. Vi tog den første pille inde på hospitalet, der om morgenen, og så var der alligevel nogle lidt høje forventninger til, at; yes nu skulle der ske noget, og det bliver fedt, at der kommer lidt gang i det hele og [jeg] tog den første pille [Angusta-pille] [...] Jeg ved ikke, om det bare var ren excitement over, at nu skulle der snart en baby på bordet, og så derfra så skete der bare INGEN-ting overhovedet. Jeg kunne ikke mærke noget, udover skuffelse [...] hver gang jeg tog en pille... så prøvede man at mærke lidt ekstra efter; ”ej bliver jeg lidt øm nu”... Var det noget?... Inderst inde vidste jeg godt - jeg kunne bare slet ikke mærke det”

(Bilag Maja, l. 132-142)

Først og fremmest, kan det måske lavpraktisk nævnes, at der muligvis i mange af kvindernes forventninger til selve igangsættelsen, er sket noget i kommunikationen herom fra de fagprofessionelles side, når så mange forventer et hurtigere forløb. Dette har jeg dog ikke dybdegående indsigt i igennem interviewene, men det kunne have været oplagt spørge yderligere ind til denne del, såfremt jeg selv havde interviewet kvinderne.

Lana fortæller i forbindelse med samme;

”(Interviewer: hvad var det du var ked af?) L: Det er egentlig lidt svært at sætte ord på præcis hvad det var. Men det var jo, at der ikke skete noget. Det var svært for mig at forholde mig til at der ikke skete noget, selvom jeg fik de her tabletter [Misoprostol]. Og så det der med uvisheden. Jeg vidste ikke; hvor lang tid skal jeg tage de her tabletter og hvornår har de tid til at hjælpe mig videre?” (Bilag Lana, l. 114-119)

Og Louise forklarer her, hvordan tiltroen til egen krop og formåen daler, i takt med at igangsættelsen trækker ud:

”Den første dag [...] der havde jeg det rigtig godt. Og det var fordi, at jeg havde en forventning om; fedt man, nu sker der noget. Sådan har man det jo, når man tager de der piller, så tænker man jo; årh nu sætter jeg noget i gang. Det føles også lidt vildt, og så anden dag, der var jeg bare fuldstændig opgivende. Der var virkelig ikke meget energi tilbage og jeg havde en følelse af, at det kommer aldrig til at ske, det her. [...] min krop vil ikke. Min krop vil ikke samarbejde om det her. Det kommer til at blive et langstrakt forløb ...” (Bilag Louise, l. 161-173)

Ud fra ovenstående udsagn fremstår det således, at igangsættelsen som intervention ses i konteksten af det Rose har rammesat som optimering, og med en forventning om et forbedringspotentiale direkte knyttet til både varighed af- og oplevelsen med at have kontrol over fødslen, og at det er forbundet med skuffelse, og i den forbindelse også kontroltab, når interventionen ikke ”performer” forventeligt. På denne måde præsenterer igangsættelsen sig pludselig som fejlbarlig – og ikke som det agens-givende greb, mange af kvinderne måske forestillede sig – og havde fået stillet i udsigt. Jeg ser denne frustration over igangsættelsens langsommelighed, i sammenhæng med den grundlæggende forståelse af fødsler som uforudsigelige, og som noget der dermed skal kontrolleres

for at kunne forløbe sikkert – en kontrol kvinderne pludselig føler de mister i takt med at igangsættelsen ikke ”virker”. For Louise, og andre af kvinderne, internaliseres interventionens manglende fremgang således også i forholdet til deres egne kroppe, hvor manglende fremgang tolkes som en slags kropslig inkompetence – der opstår således dissociation mellem krop og sind, der kan siges at trække tråde til deres initiale tolkning af ikke at kunne ”føde af sig selv”/uden hjælp, og som via Oakleys perspektiv på læger som autoritære fødselseksperter, cementerer behovet for disciplinering af kroppen gennem yderligere obstetrisk intervention. Kvinderne fremstår på denne baggrund som magtesløse overfor deres forestående fødsler. I det følgende vil jeg fremføre netop dette – en fødsel centreret omkring interventioner og indgreb.

4.2.2. ”Plug and play” – den instrumentaliserede fødselsberetning

Som jeg også gennemgår i specialets indledning (afsnit 1.2.), er der ofte flere forskellige metoder i spil, når en igangsættelse skal gennemføres – disse strækker sig som oftest ind i selve den aktive del af fødslen. Mange af kvinderne får således en række interventioner og indgreb, ment til at understøtte igangsættelsens fremgang. Disse ses i sammenhæng med overgivelsen til- og forventningen om behandling, men det er således også en normal konsekvens af en medicinsk igangsættelse. I det følgende bringer jeg uddrag fra en længere sammenhængende fødselsberetning, som jeg anser som repræsentativ for de fleste af kvindernes fødselsberetninger.

Sally fortæller;

”... jeg tager første pille på sygehuset [...] vi fortsætter med pillerne, [...] efter kort tid, kan jeg mærke, at der begynder jeg at få veer [...] på vej derud [på hospitalet], der stopper veerne fuldstændig [...] så ville de tage mit vand og sætte fødslen i gang [...] de tager mit vand klokken 11 [...] så bliver der sat gang i det hele [...] de bliver voldsommere og voldsommere [veerne] [...] der begynder jeg så at få lattergas [...] [vi] begynder også at tale om epidural, fordi jeg har det BMI jeg har [...] der går lang tid, før de kommer og prøver at lægge den [...] de beslutter, at de gerne vil give mig vestimulerende [...] de vil gerne have, at jeg får lagt epiduralen forinden [...] men hun kommer så [anæstesilægen] [...] Og efter fjerde forsøg, er hun stadigvæk ikke helt sikker på, at den [epiduralen] sidder, og at den virker [...] der kommer en ny læge for at kigge til den [...] hun lægger den om [...] Hun gav mig noget mere bedøvelse [...] de siger, at nu vil de også gerne give mig det vestimulerende, der går noget tid inden, der er skruet op på det blus, de gerne vil give den på [...] epiduralen virkede virkelig godt

[...] Så der bliver faktisk bare lige så stille skruet mere og mere op for det vestimulerende, fordi de kan se, at jeg godt kan holde til det [...] de tjekker mig og siger, at "nu rykker det" [...] så er der vagtskifte igen med jordemoderen [...] så fik jeg lagt en elektrode på hans [babyens] hoved og fik et kateter til at måle veerne [...] Så han er klar til at komme ud, men jeg har ikke nogle presseveer [...] jeg prøver – kæmper for at få dem tilbage [...] de kan så se på den elektrode, de har på hans hoved, at hans puls er meget høj, og det begynder at bekymre dem [...] jeg får målt min temperatur, og det viser sig, jeg har feber, jeg får et væskedrop, for jeg har slet ikke noget væske i min krop [...] de prøver at få sænket min temperatur, og det lykkes heldigvis, men hans puls bliver ved med at være høj, så de får kaldt assistance ind [...] jeg skal op at ligge igen, fordi de vil gerne tage en blodprøve af ham for at se pH-værdien [...] det hele går lidt stærkt her [...] nu skulle han ud, og jeg havde lidt svært ved at presse til en start [...] jeg tror bare ikke helt, jeg vidste, hvad jeg skulle [...] på det tidspunkt kan jeg heller ikke mærke mine veer længere. Så det der med, at jeg skulle presse, når der kom en ve, det kunne jeg ikke, jeg kan ikke mærke, hvornår den [presseveen] kommer, men det kunne vi jo så se, fordi vi trackede dem, så de hjalp mig med at sige: "Det er nu! [...] Så det går lidt stærkt til sidst [...] så ville de tage sugekop i brug, og jeg tror bare, det hjalp mig lidt til at sige, nu skulle han ud [...] Så jeg tænkte, så gør jeg det sgu selv. Så han kom ud [...]" (Bilag Sally, l. 90-251)

Først og fremmest fremstår ovenstående fortælling således, at diverse teknologiske virkemidler, interventioner og indgreb, virker som temporale knudepunkter i Sallys genfortælling. Denne måde at berette om sin fødsel på, er som sagt gennemgående blandt størstedelen af kvinderne (Bilag Anna:3; Bilag Agnes:14; Bilag Caia:3-4; Bilag Hannah:4-5; Bilag Jane:3-6; Bilag Kirsten:10; Bilag Linda:7; Bilag Mira:5-6; Bilag Margrethe:5-6; Bilag Maja:5; Bilag Sascha:7-8; Bilag Stine:3; Bilag Selma:3-5; Bilag Sabine:4-5; Bilag Sally:3-4; Bilag Ina:5-6; Bilag Johanne:4-6; Bilag Kathrine:5-7; Bilag Louise:5-6). En sådan genfortælling kan således også været foranlediget af spørgeteknikken bag, men denne fremstår åben og leder ikke nødvendigvis efter svar på spørgsmål der orienterer sig om hvilke, eller antallet af diverse medicinske interventioner, der har været i anvendelse under fødslen (Bilag Sally, l. 87-88).

Jeg fokuserer her på, hvilke årsager der kan ligge til grund for at kvindernes fødselsfortællingerne er opbygget således – ikke på årsagerne til de forskellige indgreb og

interventioner. Først og fremmest, ser jeg disse fødselsberetninger i lyset af kvindernes forventninger til fødslen om ”at tage det som det kommer” – denne forventning indebærer således også fornævnte åbenhed overfor forslag om diverse indgreb og/eller interventioner under fødslen – en åbenhed der er foranlediget af det som kvinderne tidligere i analysen omtaler som at være ”autoritetstro” – at nogle andre, i det her tilfælde fødselslæger og jordemødre, ved bedre om hvordan fødslen bør udspille sig for kvinderne – særligt i kraft af deres kompromitterede status som risikogravide. Denne åbenhed ligger således også i forlængelse af den utålmodighed og forventning om adækvat behandling kvinderne beskriver i afsnit 4.2.1. I ovenstående uddrag manifesteres denne autoritetstro gennem den udbredte brug af ”de”, i kombination med de udførte interventioner og indgreb – ”så gjorde de... så sagde de... så ville de...” osv, refererende til det skiftende personale der været til stede under fødslen. Fødslen lader således til at foregå dissociert fra kroppen, idet fortællingerne fokuserer mindre på indre fornemmelser, erfaringer og oplevelser, og måder at være til stede i egen fødsel på. Jeg trækker på denne pointe om forskelligheden i fødselsberetninger gennem mit kendskab hertil, blandt andet igennem arbejdet med min bacheloropgave, der undersøgte årsager til hjemmefødsler på trods af medicinske anbefalinger. Der forefindes således alternativer til at forstå indgreb og interventioner som temporale knudepunkter for fødslen – disse fremstår dog som fraværende i de igangsatte fødselsfortællinger. I stedet fremstår beretningerne som værende både forstået og styret gennem medicinsk autoritet, for hvordan og hvorledes en sådan skal forløbe, gennem dens opremsningsprægede gennemgang af diverse indgreb, interventioner og standardiserede mål for hvornår en fødsel kan forstås som havende ”fremgang”. En slags ”plug and play” fødsel, der starter med indtagelsen af Misoprostol, og som sidenhen afstedkommer flere interventioner og indgreb.

Det fremstår således heller ikke klart, hvorvidt Sally som sådan har samtykket til de forskellige indgreb og interventioner, blot at de er blevet hende forelagt, for så at blive udført. Oakley ville således anse disse fødselsberetninger ud fra en kritik af det medicinske fødselsparadigme hvor fødslen forstås patologisk, og som derved afkrævende styring og disciplinering af kroppen. Gregg ville anskue det nogenlunde ligeledes – gennem en linse af paradoksale tilvalg af indgreb og interventioner, der således leder til flere indgreb og interventioner, og dermed til medicinsk kontrol af fødselsprocessen. At det som kvinderne, måske i første instans tolker som ”valgfrihed” og kontrol, transformeres til rækker af medicinske indgreb, og dermed ydrestyrede fødsler. Gennem Rose og Bertelsen & Gohr, og de sidste linjer i Sallys uddrag, præsenterer sig flere nuancer til ovenstående. Gennem Sallys fødselsberetning kan det således også

fremstå som en personlig stillingtagen til egne kropslige forudsætninger – forudsætninger der på sin vis stammer fra en tidlig risikoprofilering som ”overvægtig”, opnået gennem somatisk ekspertise og teknologi, og som i sammenhæng manifesterer sig som modtagelighed og subjektifikation. Disse forskellige komponenter påvirker således at en fødsel med mange indgreb og interventioner ikke umiddelbart beskrives som værende ”dårlig”. Denne sondring stemmer overens med, når Sally, og mange af de andre kvinder (Bilag Anna:8-9; Bilag Agnes:21; Bilag Caia:9; Bilag Hannah:4; Bilag Kirsten:20; Bilag Linda:11; Bilag Mira:13; Bilag Margrethe:20; Bilag Mona:8; Bilag Sascha:2; Bilag Stine:7; Bilag Sabine:9; Bilag Sally:9; Bilag Johanne:15; Bilag Louise:11-12; Bilag; Lana:9), på bagkant udtaler sig om hvad de synes om deres igangsatte fødsler, nemlig at de overordnet opleves som gode;

”... jeg har meget en følelse af, at det var en virkelig god fødsel. Jeg var med hele vejen, og jeg kunne være i det, jeg var meget taknemmelig for, at den epidural blev lagt på det tidspunkt, hvor den gjorde, for det betød ligesom – har jeg en idé om – at jeg faktisk kunne være i smerterne, uden det skulle blive for hårdt og for træls” (Bilag Sally, l. 282-285)

Gennem Sallys udtalelser om hvordan hun overordnet forstår sin fødsel, bliver det tydeligt hvordan hun anskuer brugen af smertestillende indgreb som direkte medskabende til at den overordnede fødselsoplevelse blev god – at fraværet af smerter således bliver en målestok for hvordan fødslen anskues, fremfor mange af de andre følelser der kan være til stede i en fødsel. Smertestillende medicin der i højere grad opleves som en nødvendighed, når man er præget af smerter fra den vestimulerende medicin (afsnit 1.2.). På denne måde kan tilvalget af indgreb også give anledning til, at de fødende kvinder føler sig mere i kontrol, under de ukontrollerbare forhold der er deres fødsler, foranlediget af intervention på intervention. I det følgende dykker jeg ned i kvindernes forståelse af deres babyer i forbindelse med præmissen for igangsættelse, og således også i løbet af selve fødslen.

4.2.3. ”Jeg er ikke bekymret for min baby...” – monitoreringsteknologi som tveægget sværd

I rækken af udbud af interventioner, indgreb og monitoreringsteknologier benyttes særligt afarter af sidstnævnte, både i bestemmelsen af den givne risikotilstand der ligger til grund for igangsættelsen (som nævnt i afsnit 1.2., 2.3. & 4.1.1.), men således også med den hensigt at opnå indsigt i fostrets

tilstand, både inden og under fødslen. Monitoreringsteknologier tæller typisk; ultralydsscanninger under graviditeten og op til igangsættelsen, overvågning med et CTG-apparat under graviditet og/eller fødsel (apparatet registrerer veer og barnets hjerterytme) – her findes der både en model der registrerer gennem et elastikbånd om maven, og et andet der registrerer gennem en lille elektrode der skrues fast i fostrets hovedbund. Fælles for disse monitoreringsteknologier er at de kan give indikationer på forskellige medicinske anormaliteter og stresstilstande hos både moderen og fostret, og at de, som med alle andre interventioner og indgreb, præsenterer sig med en række risici og bivirkninger (Jørgensen 2022). For mange af kvinderne, hæftede de sig ved fraværet af netop unormale tilstande hos dem selv og deres babyer (Bilag Anna:7; Bilag Agnes:13; Bilag Hanna:10; Bilag Kirsten:21; Bilag Linda:6; Bilag Mira:12-13; Bilag Margrethe:18; Bilag Maja:4; Bilag Mona:4; Bilag Sascha:15; Bilag Selma:4-5; Bilag Sally:12; Bilag Ina:4; Bilag Louise:6-7; Bilag Lana:3) som her hvor Sascha svarer på hvorvidt hun var bekymret for sin søn:

”Nej. Det var jeg ikke. Han havde det så godt. Han blev jo målt og fulgt – det tror jeg også var derfor, jeg var så rolig... både [at] jeg blev fulgt hele tiden, men det blev han også. Og til alle hjertelyde vi havde været inde at få taget, havde han det jo skønt og også til alle scanninger, så jeg har aldrig rigtig været nervøs for, at han skulle lide overlast, og så ved jeg også, at de reagerer hurtigt, hvis det er, han skulle begynde at have nogle udsving med sin hjerterytme...” (Bilag Sascha, l. 449-454)

Linda fortæller lignende: *”Nej, fordi de kørte hjertekurven på ham. Den fik jeg jo taget så mange gange i løbet af de tre dage, og det så altid fint ud, og jeg mærkede fint med liv, så nej, det var ikke noget, der bekymrede mig”* (Bilag Linda, l. 175-177). Om end det kan diskuteres hvad hensigten med de forskellige monitoreringsteknikker er, og at der muligvis er diskrepanser herom blandt fagpersonalet og kvinderne, fremstår det tydeligt at kvinderne bruger og drager individuel nytte af deres inddragelse. De er således med til at skabe forsikringer om tryghed, relateret til at barnet har det godt og ikke ”lider overlast” – både under graviditeten og fødslen. Disse monitoreringsteknikker kan således også indgå i de tilfælde hvor den gravide takker nej til igangsættelse – et alternativ der lader til at udeblive i forhandlingen om igangsættelsen, hvor det som sagt mestendels udgøres af det stille ikke-valg.

Caia der, modsat mange af de andre kvinder, er noget bekymret ift. igangsættelsens varighed, i kombination med en nylig historie om en baby der er afdød ved fødslen, fortæller følgende:

"Og så får jeg nævnt den her historie i medierne, og at jeg er lidt utryk ved at gå rundt på den her måde, og om man kunne finde ressourcer til, at der var en, der lige kunne bruge en halv time på at køre en hjertekurve på mig og give mig ro i sjælen, inden jeg skulle tilbage på værelset [...] og så får vi så allernådigst lov at komme over og få kørt sådan en [hjertekurve]; "jamen det vil vi gerne. Det er godt nok ikke fast procedure, vi gør det, men vi har også fulgt med i medierne, så nu får du lov. Vi kan ikke tjekke dig indvendigt. Men vi vil godt lige køre sådan en hjertekurve." Så vi løber over og får gjort det, og alt ser fint ud, og så er vi ude af vagten" ... (Bilag Caia, l. 170-185)

Gennem Caias italesatte krav om monitorering, bliver det således tydeligt hvordan "pilen peger begge veje" - det er således ikke kun op til fagpersonalet hvilke undersøgelser, interventioner og indgreb den gravide skal undergå. På denne måde fremstår det således, at der stilles krav til den biopolitik, der i samme ombæring positionerer Caia som risikogravid. Caia vælger at navigere i- og med den viden hun besidder om sin specifikke risikograviditet, for at få den undersøgelse hun mener hun og hendes barn har brug for. Med Roses ord, er der sket en art subjektifikation, hvor Caia forstår sig selv og sin graviditet som somatisk individ. På denne måde bliver det tydeligt, både for de kvinder der mere rutinemæssigt er modtagere af teknologisk monitorering, men også for dem der specifikt efterspørger det, at kvinderne tager stilling til - og sætter krav til den behandling, de er modtagere af. At de til fulde har internaliseret hvad den medicinske autoritet, anser som refleksive og ansvarlige gravide. At den ene pol påvirker den anden. De navigerer således mellem en række valg baseret på førnævnte baggrundstæppe af risici, et baggrundstæppe der er genereret blandt andet med udgangspunkt i teknologisk monitorering mhp. på risikoprofilering. På denne måde fungerer udbuddet af teknologiske undersøgelsesmuligheder på begge niveauer, i tråd med både Roses tanker om biopolitik og Greggs sondringer om de paradoksale valg der knytter sig til højteknologiske interventioner – de evner således både at detektere og pointere det unormale og afvigende, men giver også adgang til beroligelse og indsigt i det "normale" og ønskværdige (når undersøgelserne viser såkaldt normale forhold). En slags teknologisk tveægget sværd. I det følgende uddyber jeg en

række pointer relateret til kvindernes initiale tanker om at opnå kontrol og optimering af fødslen gennem igangsættelse.

4.2.4. At optimere og kontrollere den uforudsigelige fødsel

Som nævnt, forefindes der en del eksempler i empirien, hvor kvinderne, efter de har accepteret præmissen for igangsættelsen, kommer til at anse selvsamme som en form for selvvalgt (dog ydrestyret) optimering af den naturlige graviditets- og fødselsproces. Ofte ses forståelsen af at takke ja til at "optimere" sin fødsel, i sammenhæng med øgede følelser af kontrol, over det jeg tidligere har omtalt som fødsels uforudsigelige grundessens. Som her hvor Agnes & Anna fortæller følgende om hvordan de oplevede og forholder sig til at være blevet igangsat. Når Anna omtaler "forsøget", relaterer dette sig til et forskningsprojekt omhandlende mulige fordele ved tidligere igangsættelse af kvinder med et BMI over 30 i graviditetsuge 39+0, som hun har takket ja til at deltage i (windowstudiet.dk);

"Interviewer: hvordan havde du det med at det blev besluttet, at fødslen skulle sættes i gang? Agnes: Jeg tror egentlig, jeg havde det rigtig godt, for jeg vidste jo, at han skulle ud på et eller andet tidspunkt. Og så tænker man: "Nå, men så er det jo bedre at vide, at det er nu", for han var jo færdigbagt på det tidspunkt, så' det jo kun rart [...] at man går skridtet videre" (Bilag Agnes, l. 43-49)

"... det var også derfor, jeg var glad for, at jeg fik forsøget, for så var der jo kortere tid til hun kom ud, og så var der jo kortere tid til, jeg kunne starte op igen [med at dyrke crossfit]" (Bilag Anna, l. 196-198)

For en større del af kvinderne fandtes igangsættelsens rationale således i Roses dimensioner af hhv. modtagelighed og forbedring. Modtagelighed forstår jeg i sammenhæng med det som kvinderne til tider omtaler som individuel udøvelse af "kontrol" over deres respektive fødsler, og hvordan det at takke ja til at blive igangsat for mange af kvinderne på den ene side opleves som at tage ansvar for deres babyer og egne kropslige forudsætninger, samtidig med at beslutningen afgiver følelser af kontrol og handlekraft over en ellers usikker tilstand (Bilag Anna:4,9; Bilag Caia:1; Bilag Ina:2-4; Bilag Kirsten:3-4; Bilag Louse:1,3-4; Bilag Lana:2-3; Bilag Sascha:3-4; Bilag Stine:1). Eksempelvis i henhold til at have en form for ro gennem indsigten i hvornår og hvordan barnet kommer til verden, som i Agnes' tilfælde. Rose omtaler modtagelighed som risikostyring. Denne

risikostyring internaliseres hos kvinderne og transformeres til selvstyring – i den forbindelse lader det til, at igangsættelsen blandt kvinderne anses som førnævnte selvstyring af det sygdomspotentiale de er blevet fortalt, deres gravide kroppe er bærere af, men at det således ikke nødvendigvis altid forstås hos kvinderne, som et ”påbud” om handling, men mere som et aktivt (til)valg der giver anledning til muligheden for at opfylde rollen som såkaldt ansvarlig gravid – både i de fagprofessionelles øjne, men således også i deres egne. Denne pointe ses i sammenhæng med at kvinderne som oftest heller ikke beskriver deres interaktioner med fagprofessionelle i negative vendinger, men derimod ligger vægt på, at de for det meste har oplevet at blive mødt med venlighed, respekt, omsorg, forståelse og tilstrækkelig information (Bilag Anna:8; Bilag Caia:2; Bilag Hannah:4; Bilag Jane:3; Bilag Mira:3-4; Bilag Maja:2; Bilag Mona:4; Bilag Sascha:4; Bilag Selma:3; Bilag Sally:2; Bilag Louse:4; Bilag Hannah:4; Bilag Johanne:12,13; Bilag Kathrine:2; Bilag Sabine:3). Overordnet bærer interaktionerne præg af det som Rose omtaler som relationel pastoralisme, hvor blandt andet informeret samtykke spiller en stor rolle for relationens ”vellykkethed”. Denne vellykkethed forudsætter på samme vis, at der hersker en grad af konsensus om hvad der skal udspille sig i forhandlingen om igangsættelsen, som her hvor Kirsten fortæller om at hun på mange måder var indforstået med igangsættelsens legitimitet, gennem et graviditetsforløb som risikogravid: *”... i og med at jeg har haft graviditetsdiabetes og vidste, at det var der, skæringspunktet var [for igangsættelsen af fødslen], så tror jeg egentlig, at jeg var forholdsvis afklaret med det op til. At det var jo sådan, det var”* (Bilag Kirsten, l. 102-106)

Sally fortæller også følgende om hvorvidt hun havde gjort sig tanker om at blive igangsat under graviditeten:

”Faktisk ikke så meget – altså udover at det var noget, jeg havde talt med jordemoderen om løbende i min graviditet [...] men mest i forhold til at så kunne vi lige så godt få booket den tid, hvis jeg nu gik over tid. Og så var den aftalt, hvornår det skulle være, at jeg skulle have den jordemoderkonsultation med henblik på at blive sat i gang” (Bilag Sally, l. 67-73)

Gennem Kirsten og Sallys beretninger understreges det hvordan muligheden for at blive igangsat, allerede tidligt i forløbet fremlægges som et muligt outcome til graviditeten. På denne måde ”primes” kvindernes tanker hen mod at opfatte igangsættelse af fødslen som en ”naturlig” intervention, og i samme ombæring sløres igangsættelsens formål. Er det således en nødvendig

medicinsk intervention, eller er det blot en ”naturlig” (dog ”tweaket”) afslutning på en risikograviditet? På mange måder lader det til at førnævnte internaliserede medikalisering af fødslen, præger disse interaktioner på en sådan måde, at igangsættelsen for kvinderne tolkes som en art selvstyring, og dermed aldrig som et reelt muligt (fra)valg – en sontring der læner sig op ad Greggs analytiske fund om *the paradox of choice*. Oakley ville således anskue Kirsten og Sallys udtalelser i konteksten af perspektiver på den gravide kvinde, som værende positioneret som underdanig til lægevidenskabens autoritet, måske særligt med udgangspunkt i Kirstens konklusion på forløbet: ”*At det var jo sådan, det var*”. Ovenstående prægning hen mod igangsættelse, konsoliderer således også kvindernes position som ansvarlige gravide – så længe de i hvert fald fortsætter med at samtykke. Det lader til at mulighedsrummet for at gradbøje anbefalingen om igangsættelse mindskes, i takt med at indgrebet internaliseres og normaliseres i mødet med fagpersoner.

Mange af kvindernes anså også deres igangsættelser som en slags ”greb” i en værktøjskasse, bestående af mange forskellige interventioner og indgreb mhp. at optimere eller, med Roses ord, forbedre kroppens forudsætninger i en given fødselsproces. Indgreb og interventioner man som fødende i nogen grad også selv kan vælge imellem. Dette ses også afspejlet i afsnit 4.2.2. Anna italesætter eksempelvis igangsættelsen som et tilvalg, der giver anledning til at hun hurtigere kan komme tilbage til at dyrke sport (Bilag Anna, l. 196-198). Andre af kvinderne så igangsættelsen som en værdig afslutning på svære og hæmmende graviditeter, og valgte at skulle igangsættes fordi de var udmattede af at være gravide – også selvom fagpersonalet i nogle tilfælde understregede at det var sikkert for dem selv og babyen at fortsætte graviditeten lidt endnu (Bilag Sascha:4; Bilag Lana:3; Kathrine:2-3; Bilag Jane:3; Bilag Maja:2-3; Bilag Selma:2-3; Bilag Louise:4). En af kvinderne fik således også forhandlet sig frem til at blive igangsat endnu tidligere, så fødslen ikke risikerede at falde på hendes store barns fødselsdag (Bilag Hannah: l.73-82). På denne måde opstod der ”forbrugerisme” blandt nogle af kvinderne, relateret til de forskellige tilbudsteknologier i svangreomsorgen, der tillod (om)formningen af deres forestående fødsler. Denne ”brug” af tilgængelige tilbudsteknologier, bliver således også en måde hvorpå kvinderne i højere grad kan tænkes at opleve, at de har agens og selvbestemmelse i forbindelse med deres igangsatte fødsler. Tilbudsteknologierne relaterer sig således ikke nødvendigvis til akutte risici – men er dog selvfølgelig foranlediget af at tilbuddet om igangsættelse overhovedet eksisterer, og italesættes af fagpersoner som en valid option.

Dette udbud af forbedrende tiltag samt modtageligheden herfor, optræder således også i selve den aktive fødsel, hvad der vil blive behandlet nedenfor.

4.2.5. Valgfrihed og tilbudsteknologier

Mange af kvinderne var således også åbne for at modtage forskellige interventioner i løbet af fødslen, og anså det som gavnligt at få de forskellige tilbud fremlagt for sig af fagpersonalet (Bilag Agnes:15; Bilag Caia:2; Bilag Hannah:6; Bilag Linda:7; Bilag Maja:9-10; Bilag Sascha:7-8; Bilag Stine:4; Bilag Selma:5-6; Bilag Sally:5-6; Bilag Ina:10-11; Bilag Johanne:5-6; Kathrine:6-7; Bilag Louise:4; Bilag Lana:7). Denne pointe ses i sammenhæng med anskuelsen af igangsættelse som en form for kropslig optimering og brugen heraf (afsnit 4.2.2. & 4.2.4.). Sabina uddyber her;

”Ja, de [jordemødrene] spurgte undervejs, er der noget, jeg godt kunne tænke mig [af smertestillende], og så sagde jeg selv til, nu kunne jeg godt tænke mig gas [lattergas], og så sagde de, ja det er så fint, og så fik jeg det og [de] spurgte også [...] er der andet vi kan gøre for dig, sådan varme og akupunktur, og dit og dat, det var de gode til at spørge om. Idet igen at jeg ikke havde helt havde nået at få så meget fødselsforberedende, så var jeg måske ikke selv så meget inde i, hvad jeg kunne få, men så da jeg spurgte ind til, ”hvad kan vi gøre?”, så var de også gode til at sige, vi kan gøre det her, det her, det her, hvor jeg så kunne tilvælge” (Bilag Sabine, l. 238-247)

Sabine peger på flere analytiske pointer i ovenstående, for det første fremstår det tydeligt hvordan samarbejdet omkring fødslen også tager afsæt i forhandlingen om diverse interventioner og indgreb, med et særligt fokus på smertestillende greb. Jeg vælger, som tidligere, at kontekstualisere både formidlingen og brugen af disse som muligheder for forbedring af fødslen – det går således igen, at indgreb og interventioner for kvinderne opfattes som et katalog af tilbudsteknologier, de kan til- og fravælge, og at fagpersonalet i denne forbindelse, fungerer som videreformidler af disse. Denne måde at tilgå selve fødslen og dens optimeringspotentiale på, leder tankerne hen på Roses nutidige pastorale myndighed, hvor jordemødrene fungerer som sådanne – det er desuden sammenhængende med internaliseringen af fødslen som behandlingskrævende og forventningen om ”tage fødslen som det kommer” – som gennemsyrende for den såkaldte ”plug and play fødsel”. Man kan dog også stille spørgsmål til, hvorvidt denne normalisering af yderligere indgreb og interventioner kan findes i et dissocieret kropsforhold, foranlediget af den løbende internalisering af fødslen som patologisk – og således også i frygten for den ukontrollerbare smerte. Der forefindes også få eksempler på

oplevelser blandt kvinderne, hvor de har følt sig underminerede i relation til både igangsættelsen og diverse indgreb under fødslen, om end disse udgør et fåtal (Bilag Caia: 4; Bilag Kirsten:3-5,8-10,12,17). Linda fortæller her om en forhandling med to jordemødre omhandlende anlæggelsen af en epiduralblokade;

”(Interviewer: Hvad med epiduralblokaden og ve-droppet – var du involveret i de beslutninger, og hvorfor var det, du fik det?) [...] Linda: hun [jordemoderen] anbefalede det, fordi jeg har forhøjet BMI, mener jeg. Så hun sagde [...] så er der større risiko for, at der sker noget under fødslen [...] så skal de ikke tænke på at sætte den ind, når det er [...] jeg tror, jeg er sådan en, der lytter til de professionelles råd, så når hun siger, hun vil anbefale det, så er det det, jeg gør. For jeg havde egentlig tænkt, at jeg ville starte med lattergas, og hvis det blev slemt så få den op, men hun mente det andet og så fik jeg en ny jordemoder ind, som mente, at vi kunne lige så godt sætte den op [...] med det samme, fordi så var den i, når jeg skulle til at have ve-drop. Ja, så jeg tror bare, jeg lyttede til deres råd” (Bilag Linda, l. 203-219)

Her bliver det tydeligt hvordan Lindas status som risikogravid, således også får betydning for de forskellige indgreb og interventioners ”nødvendighed” i jordemødrenes øjne, og hvordan hun, om end hun initialt havde forestillet sig et andet forløb, ender med at takke ja til at få anlagt en epiduralblokade. Ovenstående ses som et eksempel på risikostyret forbedring – fokus er her på præventive tiltag, der taler i et patologisk narrativ om fødslen. Anlæggelsen af epiduralblokalden, bliver således udført på ønske fra de jordemødre der deltager i fødslen, jordemødre der givetvis også anskuer Lindas fødsel som behandlingskrævende, foranlediget af deres position som repræsentanter for den medicinske autoritet. I det følgende behandles visse diskrepanser til oplevelsen af ”urgency” i relation til kvindernes status som risikogravide.

4.2.6. Travlhed på fødegangen

For en del af kvinderne fyldte travlhed på fødegangen med rette en del, i deres genfortællinger om både igangsættelse og fødsel (Bilag Agnes:4; Bilag Caia:4-5; Bilag Hanna:7; Bilag Jane:4; Bilag Kirsten:19; Bilag Linda:6; Bilag Margrethe:12; Bilag Stine:3; Bilag Johanne:14; Bilag Lana:5). Denne pointe anses som vigtig, særligt i det overordnede forskningsprojekts oprindelige form (afsnit 2.1.), men eftersom dette speciale ikke har evaluering af Region Midts fødselspraksisser for øje, tages der i stedet fat i en lille sidenote til travlheden på fødegangen. Denne pointe relaterer sig

til, at der i nogle tilfælde var empiriske eksempler på hændelser, hvor kvinderne opfattede deres både forestående og igangværende igangsættelser som presserende, grundet den initiale information de modtog fra fagpersoner om fx deres risikotilstande, men at der, i forbindelse med travlhed på fødegangen pludselig opstod et skifte i både formidlingen af hvor påtrængende igangsættelsen skulle opfattes, men også ift. med hvilken temporalitet forskellige indgreb og interventioner skulle udføres i (Bilag Agnes:11-12; Bilag Caia:5; Bilag Jane:3-4; Bilag Linda:6; Bilag Maja:17; Bilag Stine:3; Bilag Lana:5; Bilag Sally:5). Som her, hvor Ina fortæller om forløbet op til igangsættelsen:

"... ved nogen har vi fået lidt opfattelsen af - ikke at de er blevet forskrækkede, for jeg tænker at de har prøvet noget der er værre end mig. Men mere den der med at svangerskabsforgiftning det har været sådan; "uh det skal vi lige hurtigt handle på", og nogen har været sådan "ja det er meget normalt, og det ser vi lige an". Så det har været meget forskelligt [...] når personalet også har den der "UH, det... er lidt noget farligt noget", så bliver man det jo også selv [bange]. Selvom man også har snakket med nogen der siger det modsatte [...]" (Bilag Ina, l.146-152)

Paradoksalt nok viser ovenstående hvordan risikoprofilering således ikke er en ensrettet størrelse, som fagpersoner helt og holdent er enige om, og at denne uenighed skaber usikkerhed om hvordan hun skal forstå sin svangerskabsforgiftning. Sådanne uddrag taler ind i Oakleys pointe relateret til at "objektiv" medicin, ikke kan anskues således, idet den altid er medieret gennem specifikke fagpersoner, der i nogle tilfælde ikke evner at analysere medicinske tilstande adskilt fra egne synsninger om samme. Rose kritiserer samme brug af probalistiske skøn på individniveau, og mener de er misvisende, og i værste fald determinerende på et forkert grundlag. På denne måde er ovenstående citat med til at cementere, at det ikke altid forholder sig sådan, at man som risikogavid oplever samme faglige vurdering, og at faglige vurderinger af en given risikotilstand også kan påvirkes af eksterne faktorer, som både relaterer sig til formidleren af risikotilstanden, og til noget så banalt som travlhed på fødegangen. Det er selvfølgelig paradoksalt, at disse anbefalinger og retningslinjer kan bøjes og bukes efter forskellige fagpersoners tolkning deraf, særligt når nu selve legitimiteten i de forskellige handlinger, interventioner og indgreb skal findes i deres "kvantificerbarhed" – altså, i antagelser om deres objektive sandhed, på tværs af forskellige risikogravide. Man kan forestille sig, at sådanne modsatrettede informationer i nogle tilfælde leder

til en yderligere ansvarliggørelse af det somatiske selv, der således afkræves større stillingtagen til egen risikograviditet. Ina fortæller således videre;

”Men vi kommer ind [på hospitalet], får de der piller. Og så siger de at vi gerne må tage hjem. Og vi var sådan lidt ”må vi det? For vi har fået noget andet at vide”. Men dem der var på arbejde den dag, de synes, at det kunne vi fint. Det ville de gerne stå inde for at vi gjorde” [og senere hen i forløbet]; ”Og så bliver jeg faktisk ringet op af fødegangen, af noget andet personale [...] som spørger; ”hvorfors er I kommet hjem? Når I skal være indlagt? [...] (Bilag Ina, l. 159-162 & 186-188)

Det er selvklart at oplevelser som disse modsatrettede anbefalinger og retningslinjer, kan tænkes at bidrage til øgede oplevelser af utryghed hos de gravide, samtidig med at de præsenterer sig med et potentiale der på sin vis sår tvivl om deres legitimitet, om end denne sontring ikke lader til at plante sig som tvivl hos kvinderne. I det følgende afsnit behandler jeg selve efterspillet til den igangsatte fødsel og dykker i den forbindelse ned i kvindernes efterrationaliseringer af samme.

4.3. Målet helliger midlet

4.3.1. Igangsættelse og fødsel – separate hændelser

Mange af kvinderne opfattede igangsættelsen, som adskilt fra selve fødslen. Dvs., at de som oftest forstod de relativt mange ”ventedage” hvor de mestendels indtog Misoprostol og/eller havde ballonkateter som separerede fra resten af fødselsforløbet. Maja fortæller i den forbindelse;

”... jeg føler først, den startede med det ballonkateter. Jeg føler, det er der, det rykkede noget. Jeg synes det andet, det var bare to spildte dage. Det gider jeg næsten ikke forbinde med fødslen [...] det var bare ren skuffelse [...] Jeg gider næsten ikke engang tænke tilbage på de dage [...] jeg var jo bare villig til at prøve alt på det tidspunkt”
(Bilag Maja, l. 542-552)

Først og fremmest har anskuelsen af igangsættelse og fødsel som to adskilte hændelser, givetvis noget at gøre med længden på deres igangsættelser at gøre, og den dertilhørende frustration mange af kvinderne oplever i relation til at igangsættelserne ikke forløber så hurtigt som ventet (afsnit 4.2.1.). Jeg trækker således også på førnævnte analytiske nedslag i dette afsnit. I frustration over venteperioden, hører som sagt også forventningen om (hurtigere) behandling og/eller optimering af

fødslen gennem igangsættelse. En forventning der for mange af kvinderne ikke indfries, og som lader til i stedet at bidrage til oplevelser af kontroltab – en følelse ”midlet” (dvs. igangsættelsen) således også henter sin legitimitet i - nemlig som modgift mod. På denne måde opstår der en diskrepans mellem hvad kvinderne forventede af igangsættelsen, og hvad de oplevede at få. Målet er således en fremskudt kontrolleret fødsel (og et dertilhørende levendefødt barn) - der på en måde først realiseres på tilfredsstillende vis, idet de ”får taget vandet” (prikket hul på fosterhinderne) og/eller modtager vestimulerende medicin, hvor effekten i højere grad er mærkbar (og målbar), både for kvinden selv og det deltagende fagpersonale (Bilag Johanne:14-15; Bilag Hannah:9; Bilag Anna:7; Bilag Caia:6,9; Bilag Mira:16; Bilag Lana:10; Bilag Linda:11; Bilag Jane:13; Bilag Margrethe:9; Bilag Mona:8; Bilag Selma:9; Bilag Ina:15-16; Bilag Johanne:14-15). En stor del af igangsættelsen fremstår på denne baggrund som en slags ineffektiv ”modningsperiode” (som flere af kvinderne også italesætter det som) både i faktisk og billedlig forstand, og det kræver på den baggrund en efterrationalisering af igangsættelsen som afkoblet fra selve fødslen, at kunne konstruere en meningsfuld, kontrolleret fødselsfortælling for kvinderne.

4.3.2. ”Jeg ville gøre det igen” - Intet fødselsnarrativ uden medikalisering

Som nævnt tidligere i afsnit 4.2.4., opfatter de fleste af kvinderne deres igangsatte fødsler som overordnet gode, både på trods af igangsættelsernes varighed, travlhed på fødegangen, komplikationer, og brugen af indgreb og interventioner under selve fødslen. Louise fortæller i forbindelse hermed;

”... også lidt en sorg over, at det skulle være så slemt første gang [ved første fødsel]. Altså, en følelse af, at det behøver ikke at være frygteligt at føde. Man kan faktisk også godt gøre alt muligt og man kan hjælpe sig selv og man kan få en masse hjælp. Så det har jeg tit tænkt i det her forløb, altså sendt en tanke til mit 25-årige selv, som virkelig havde det træls over det [...] Så det var dejligt, at det var så fedt” (Bilag Louise, l. 321-

326)

Gennem Louises beretning bliver det tydeligt, hvordan hun faktisk sammenkæder selve det at takke ja til at blive igangsat og måske særligt rækken af de medfølgende interventioner, med det at have haft en god fødsel. Med til historien hører således også et tidligere traumatisk graviditets- og fødselsforløb, som på denne måde udgør Louises sammenligningsgrundlag (Bilag Louise:2-4). For Louise, og andre af kvinderne, lader det således til at deres forudgående risikoprofileringer som

modtagelige risikogravide, foruden selve præmissen og/eller forventningen til fødslen (som nævnt i afsnit 4.1.2.), præger opfattelsen af fødslen som god/vellykket (Bilag Caia:13; Bilag Hannah:10; Bilag Linda:12-13; Bilag Louise:11-12; Bilag Lana:10). Sabine fortæller således om hvorvidt hun ville takke ja til igangsættelse i en eventuel anden fødsel: *"Ja, især givet den tilstand der gjorde, at det skulle igangsættes, er ret sandsynlig, at den vil genopstå ved fremtidige graviditeter og så vil jeg hellere have mine børn ud lidt tidligere, hvor at de så ikke omkommer i min livmoder, end at gå at holde på dem"* (Bilag Sabine, l. 9). På baggrund af Sabines udtalelser, bliver det således også tydeligt at hvorvidt fødslen opfattes som "god", også omhandler det at agere i henhold til rollen som ansvarlig gravid, og dermed takke ja til de forelagte anbefalinger. Det at "holde på babyerne" og beskrive det som værende med børnenes liv og velvære som indsats, bliver således et eksempel på fortællingen om fødsel som risikofyldt og farlig er gennemgående. I forlængelse heraf, bliver det også tydeligt at kvinderne har internaliseret lægevidenskabens målorientering, nemlig formindskede risici og levendefødte babyer.

Mange af kvinderne ville således takke ja til igangsættelse ved en eventuel anden graviditet- nogle grundet det de omtaler som at de er autoritetstro, andre med afsæt i deres eget og fostrets velbefindende, eller slet og ret grundet forventningen om udmattelse (Bilag Agnes:22-23; Bilag Caia:12-13; Bilag Jane:14; Bilag Mira:16; Bilag Mona:9; Bilag Sascha:14; Bilag Sally:16; Bilag Ina:16; Bilag Kathrine:12; Bilag Linda:12-13; Bilag Stine:14; Bilag Margrethe:24; Bilag Anna:8; Kirsten:20-21). Hannah fortæller følgende;

"Ja, det tænker jeg [at takke ja til at blive igangsat en anden gang]. Altså når jeg har haft to gode oplevelser med igangsættelse. Det er ikke sikkert tredje gang ville være lige så god, men det tænker jeg ikke, jeg ville have nogen yderligere bekymringer omkring. Selvom man måske – altså det ønskede jeg jo egentlig også den her gang, at det selv gik i gang [...], men det gjorde det jo ikke, og hun skulle jo ligesom ud. Hun kunne jo ikke blive derinde for evigt" (Bilag Hannah, l. 303-309)

Gennem Hannahs perspektiver på igangsættelsen som middel mod at graviditeten ikke skal "vare evigt" (som åbenbart anses som det eneste andet alternativ til igangsættelse) antydes samtidig hvordan Hannah anser igangsættelse (og dermed medikaliseringen) af fødslen som en nødvendighed, og samtidig som en måde at selvstyre graviditeten på. Samtidig trækker Hannah på førnævnte forventninger til fødslen (afsnit 4.1.2.) – nemlig det at en naturlig vaginal fødsel anskues

som et uopnåeligt, nærmest sagnomspundet ritual – der i hvert fald ikke er de risikogravide forundt, om end det lader til at tvivlen alligevel eksisterer i periferien ”... *det ønskede jeg jo egentlig også denne her gang*”. Lana fortæller følgende om hvorfor hun ville takke ja til igangsættelse en anden gang;

”Ja. Det ville jeg [takke ja til igangsættelse]. (Interviewer: Hvorfor det?) Lana: [...] jeg tror at hvis jeg var gået i alle de næsten 14- dage, uden at have fået noget hjælp... og jeg så selv var gået i gang, hvis jeg gjorde det... jeg tror det ville være sværere for mig, hvis der slet ikke var nogen der hjalp mig med at komme i gang. Jeg tror ikke jeg ville kunne gå alene, og bare vente på at det gik i gang af sig selv. Jeg tror det ville være for svært for mig, psykisk. At vente i så lang tid” (Lana, l. 308-318)

Lana belyser således et andet lag til perspektivet på at ville igangsætte en eventuel anden fødsel, nemlig det der læner sig op ad den oplevede nødvendighed af udliciteringen af fødselens uforudsigelighed (og dermed ansvaret) til relevante somatiske eksperter. Denne oplevede nødvendighed, ser jeg i sammenhæng med den fortløbende (og gennemgående) overvågning af graviditet og fødsel, der i til vægt afstedkommer et behov hos Lana, der umuliggør at graviditet og fødsel kan eksistere udenfor en medicinsk forståelse af samme. Som konsekvens ville det for hende føles som et større kontroltab at fortsætte graviditeten udelukkende på kroppens præmisser. Denne sidste pointe ses således også i sammenhæng med det moralske ansvar kvinderne varetager, i forbindelse med deres graviditeter. I Lanas tilfælde opleves dette så tungt, at medicinsk igangsættelse opfattes som uundgåeligt.

Samlet kan det siges, at kvinderne ikke nødvendigvis takker ja til igangsættelse fordi de forstår risici på samme måde som det medicinske paradigme gør, men måske nærmere fordi det er et valg der på sin vis virker uundgåeligt, blot ved dets eksistens. Det er således heri, paradoksaliteten skal findes, i tråd med Greggs tanker om samme, og det er måske i sammenhæng med denne moralske ansvarlighed, at et bud en årsag skal findes. Udbredelsen af interventionen som ”normal”, foruden det baggrundstæppe af lægefaglig hegemoni den er baseret på, foranlediger at kvinderne ikke kan vælge anderledes. En såkaldt en modposition, eller opponering imod igangsættelse som intervention, kræver et arsenal af viden kvinderne ikke besidder, og som i nogen grad også altid kan tilbagevises af det medicinske fødselsparadigme, der ikke anser kropslige fornemmelser, et fokus på processen, og krop og sind som ét. I stedet forstås fødslen som et projekt

bestående risikostyring, optimering, forbedring og kontrol – pointer kvinderne internaliserer og tager valg på baggrund af - gennem et paradigme så stærkt, at der sågar ikke findes begrebsliggørelser for graviditet og fødsel udenfor medicinske termer. Samtidig søger kvinderne også at navigere og kontrollere på det baggrundstæppe der er deres respektive risikotilstande, og dermed ”at få det bedste ud af det”, eksempelvis ved at anskue igangsættelsen som en art optimering og mulighed for at kontrollere fødslen, som de subjektificerede individer de er.

5. Konklusion

Jeg har i dette speciale søgt at belyse anbefalingen om igangsættelse af fødslen fra de såkaldt risikograviders perspektiv. Jeg har i den forbindelse afsøgt med hvilke årsager og overvejelser kvinderne takker ja til igangsættelse, foruden hvordan den efterfølgende fødsel opleves.

Jeg har, qua mit socialkonstruktivistiske udgangspunkt, anset risici som mere og andet end et patologisk ”virkeligt” problem, og har i denne sammenhæng fremanalyseret en række sociokulturelle beslutningsrationaler i optakten til igangsættelsen. Disse beslutningsrationaler baserer sig i høj grad på kvindernes positionering som såkaldt: *risikogravide*. En position der umuliggør en såkaldt modposition. Det er således på dette baggrundstæppe kvinderne handler ud fra.

Først og fremmest kan det siges, at kvinderne i høj grad underordner sig det som Rose beskriver som den medicinske autoritet i forbindelse med den lægefaglige årsag til igangsættelse. De stoler således på, at deres respektive risikotilstande er afkrævende for intervention i form af igangsættelse af fødslen, uagtet om der er tale om højt BMI eller svangerskabsforgiftning. I forbindelse hermed, beskriver de den naturlige vaginale fødsel som et uopnåeligt mål og at fødslen må ”tages som den kommer”, grundet dens status som immanent usikker. Denne grundindstilling er således medførende til at valget om igangsættelse kan konceptualiseres som et såkaldt *stille ikke-valg*. Det *stille ikke-valg* er udgjort af en mangel på stillingtagen til igangsættelsens legitimitet, der i til vægt dertil resulterer i at kvinderne i højere grad er modtagelige overfor at følge fagprofessionelles anbefalinger. Det er således i højere grad det som kvinderne beskriver som at de er ”autoritetstro”, der bliver udslagsgivende for valget om at takke ja, end det er den reelle frygt for barnet i maven og/eller ens egen krop.

Inden selve den aktive fødsel, men i forbindelse med igangsættelsen, overgiver kvinderne sig til ”behandlingen” og internaliserer blandt andet igangsættelsens manglende fremgang i forholdet til deres egne kroppe. Et forhold der på denne baggrund fremstår dissociert og disciplineret. Generelt er de fødende utålmodige og skuffede over længden på igangsættelserne, fordi deres initiale forestilling er, at den vil skabe kontrol og optimering af fødselsprocessen, og at denne dermed vil foregå både hurtigere og mere kontrolleret. Kvinderne forstår ventetiden under igangsættelsen som ”spildtid” og afkoblet fra selve fødslen. Dette er sammenhængende med overbevisningen om igangsættelse som en måde at optimere og kontrollere fødslen på. Ventetiden fremstår på denne baggrund som et kontroltab, fordi interventionen pludselig viser sig fejlbarlig. En oplevelse der således adskiller sig fra kvindernes oprindelige årsager til at takke ja til igangsættelse.

Igangsættelsen rammesættes også som en slags tilbudsteknologi, hvor kvinderne eksempelvis vælger at fremskynde igangsættelsestidspunktet, således at det passer dem bedre. De selvstyrer på denne måde deres igangsættelser, som en måde at opnå kontrol over interventionen på.

I forbindelse med både igangsættelse og selve fødslen beskriver kvinderne deres interaktioner med fagprofessionelle som overordnet gode. Interaktionerne lader til at være præget af relationel pastoralisme, og en overordnet konsensus om hvad der skal udspille sig i henhold til en mulig igangsættelse. Denne konsensus stammer fra et længere forløb som risikogravid, hvor igangsættelse kontinuerligt fremlægges som et normaliseret og nødvendigt indgreb af fagpersonalet. På denne måde fremstår fravalget af igangsættelse aldrig som en reel mulighed i mødet med fagpersonalet, måske særligt fordi man som gravid kvinde fremstår som uansvarlig, hvis man takker nej.

Kvindernes fødselsberetninger fremstår instrumentaliserede, som en slags *plug and play* fødsler, med en temporalitet orienteret omkring eksterne faktorer og aktører – herunder de udførte indgreb og interventioner, og dermed mindre på subjektive oplevelser af fødslen. Kvinderne vil mestendels gerne modtage indgreb og interventioner under fødslen – et perspektiv der forstås i relation til internaliseringen af den medikaliserede fødsel som værende normativ rigtig, gennem positioneringen som risikogravid. Der forefindes dog også eksempler på kvinder der i nogen grad har følt sig tvunget til at modtage eksempelvis smertestillende medicin. Til mange af kvindernes beretninger om både igangsættelse og fødsel fylder travlhed på hospitalet. Dette giver udslag i, blandt andet, ændrede opfattelser af kvindernes specifikke risikotilstandes ”farlighed” blandt fagpersonalet – på denne måde fremstår den ellers så ”objektive” faglige disciplin medicin, pludselig som fejlbarlig og påvirkelig af eksterne faktorer, om end kvinderne ikke sammenkæder disse perspektiver.

Trods både langvarige igangsættelser, mange indgreb og interventioner, travlhed på fødegangen mm, beskriver mange af kvinderne deres igangsatte fødsler som gode, og ville for det meste også takke ja til at få igangsat deres fødsler ved en eventuel anden graviditet – de anser det i højere grad som et kontroltab at lade kroppen råde, og frygter at gennemgå fødsler uden lægefaglig assistance, både på egne og barnets vegne. På denne måde fremstår internaliseringen af den medikaliserede fødsel og behovet herfor som komplet, og igangsættelsen som et af mange greb til at opnå medicinsk kontrollerede fødsler – både for kvinde og for stat.

6. Epilog

Jeg vil gerne rette en særlig tak til Stina Lou og DEFACTUM for at have tiltro til mine evner, og betro mig med så store mængder data, som basis for dette speciale. Det har været en stor gave.

7. Litteraturliste

Braun, V., Clarke, V., Hayfield, N. & Terry, G. (2019): "Thematic Analysis" in P. Liamputtong (ed.) (2019): *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences*, Springer Nature Singapore Pte Ltd

Braun, V. & Clarke, V. (2022): *Thematic Analysis – A Practical Guide*. Sage Publications Ltd, London.

Bertelsen, A. M. H., & Gohr, C. (2006): *Den Gode Fødsel. En antropologisk undersøgelse af fødselsfortællingen*. Museum Tusculanums Forlag, København S.

Brinkmann, S., & Kvale, S. (2015): *Interview – Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*, 3. Udgave, Hans Reitzels Forlag, København

Collin, Finn (2015): "Socialkonstruktivisme", side 325-364 i Jacobsen, Michael Hviid; Lippert-Rasmussen, Kasper & Nedergaard, Peter (red.) (2015): *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning*. 3. udgave. Hans Reitzels Forlag

Cramon, L., (2022): "Vi kan redde liv ved at igangsætte fødsler tidligere. Alligevel er beslutningen ikke helt så ligetil" *information.dk*

Tilgås via:

<https://www.information.dk/moti/2022/01/kan-redde-liv-ved-igangsaeette-foedsler-tidligere-alligevel-beslutningen-saa-ligetil> - sidst besøgt 29/05/24

Davis-Floyd, R., (1994): "The technocratic body: American childbirth as cultural expression" in *Soc. Sci. Med.* Vol. 38, No. 8, pp. 1125-1140

Davis-Floyd, R., (2001): "The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth" in *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 75, 2001, pp. 5-23

DEFACTUM: Birth on Time projektbeskrivelse

Tilgås via:

<https://www.defactum.dk/projekter/showProject?projectId=3268&pageId=1338347>

Sidst besøgt 28/05/24

Fenwick, J., Gamble, J. & Hauck, Y., (2006): "Reframing birth: a consequence of caesarean section" in *Journal Of Advanced Nursing* 56(2), pp. 121-132

"Filip" (2020): "Norge indfører tidlig fosterscanning og udvidet adgang til diagnostik" *Kristelig Lægeforening*.

Tilgås via:

<https://kristeliglaegeforening.dk/blog/norge-indfoerer-tidlig-fosterscanning-af-udvidet-adgang-til-diagnostik/> - sidst besøgt 29/05/24

Fisker, T. & Zypikoff, O. (2014): "Naturlig fødsel vs. Kejsersnit – de største forskelle" *Femina.dk*
Tilgås via:

<https://www.femina.dk/liv/gravid/naturlig-foedsel-vs-kejsersnit-de-stoerste-forskelle> - sidst besøgt 29/05/24

Gregg, Robin (1995): *Pregnancy in a High-Tech Age – Paradoxes of Choice*. New York University Press, New York & London.

Haraway, Donna (2013): "Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective", side 183-201 in Haraway, Donna (2013): *Simians, Cyborgs, and Women: The Reinvention of Nature*. Routledge.

Hilvér, H., Lundgren, I., Elden, H. & Dencker, A. (2022): "Women's lived experiences of induction of labour in late- and post-term pregnancy within the Swedish post-term induction study – a phenomenological study" in *International Journal of Qualitative Studies On Health and Well-being*, vol. 17

A: Hvidman, L., (2022): "Fødsel – Normal" *sundhed.dk*

Tilgås via:

<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/graviditet/graviditet-foedsel-barsel/foedsel/foedsel-normal/> - sidst besøgt 29/05/24

B: Hvidman, L., (2022): "Overbåren graviditet" *sundhed.dk*

Tilgås via:

<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/graviditet/sygdomme-og-komplikationer/komplikationer-i-graviditeten/overbaaren-graviditet/> - sidst besøgt 29/05/24

Hvidman, L. (2023) "Igangsættelse af fødslen" *sundhed.dk*

Tilgås via:

<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/graviditet/sygdomme-og-komplikationer/foedsel/igangsaettelse-af-foedsel/> - sidst besøgt 29/05/24

Hvidman, L. & Søndergaard A., (2022): "Graviditas prolongata", *sundhed.dk*

Tilgås via:

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/obstetrik/tilstande-og-sygdomme/risikofaktorer-i-svangerskabet/graviditas-prolongata/> - sidst besøgt 29/05/24

Jacobsen, Michael Hviid (2007): "Adaptiv teori - den tredje vej til viden: En stående invitation til syntesesociologi". Kapitel 9 i Antoft, Rasmus et al. *Håndværk og Horisonter: tradition og nytænkning i kvalitativ metode*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.

Jay, A., Thomas, H. & Brooks, F. (2018): "Induction of labour: How do women get information and make decisions? Findings of a qualitative study" in *British Journal of Midwifery* vol. 26, no. 1, pp. 22-29

Jørgensen, K., (2022): "Fosterovervågning" *Laegerformidler.dk*

Tilgås via:

<https://www.laegerformidler.dk/fosterovervaagning/#:~:text=Fosterovervågning%20bruges%20altid%20under%20en,at%20følge%20babys%20overskud%20undervejs.&text=Lyttes%20til%20med%20trærør%20eller,graviditet%2C%20og%20fødslen%20forløber%20ukompliceret.> – sidst besøgt 29/05/24

Lou, S., Hvidman, L., Ulbjerg, N., Neumann, L., Jensen, T. F., Habben, J., & Carstensen, K. (2018): "Women's experiences of postterm induction of labor: A systematic review of qualitative studies" in *Wiley, Birth. Issues in Perinatal Care* 2019;46, pp. 400–410.

Lou, S., Carstensen, K., Hvidman, L., Jensen, T. F., Neumann, L., Habben, J. & Uldbjerg, N. (2021): "“I guess baby was just to comfy in there...” A qualitative study of women’s experience of elective late-term induction of labour” in *Women And Birth* 34, pp. 242-249

Maaløe, N., Kujabi, M. L., Nathan, N. O., Skovdal, M., Dmello, B. S., Wray, S., van den Akker, T., & Housseine, N. (2023): “Inconsistent definitions of labour progress and over-medicalisation cause unnecessary harm during birth” in *BMJ* 383, pp. 1-7

”Mette” (2022): ”Jeg er ikke imod igangsættelser, men...”, *momkind.dk*

Tilgås via:

<https://momkind.dk/blogs/fodsel/jeg-er-ikke-imod-igangsaettelser-men> - sidst besøgt 29/05/24

Mikkelsen, Marie A., (2022): ”Graviditetsuge 40 – mor”, *sundhed.dk*

Tilgås via:

<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/graviditet/graviditetskalender/mor/graviditetsuge-40-mor/> - sidst besøgt 29/05/24

Mow, A. & Stubager, S., (2014): “Brasilien fører på kejsersnit” i *Jordemoderforeningen*, Årgang 2014, nr. 05.

Tilgås via:

<https://jordemoderforeningen.dk/tidsskriftsartikel/brasillien-forer-paa-kejsersnit/#:~:text=Brasilien%20er%20det%20land%20i,børn%20og%20mødre%20betaler%20prisen.&text=Når%20brasilianske%20Fernanda%20Macedo%20hjælper,altid%20på%20en%20almindelig%20fødselsstue.> – sidst besøgt 29/05/24

Oakley, Ann (2018): *From here to maternity – Becoming a mother*. Policy Press, Bristol.

Oakley, Ann (1980): *Women confined*. Martin Robertson & Company Ltd, Oxford.

Osler, Mogens (2002): *Fødselshjælpens historie*. København: Medicinsk-Historisk Museum

Poder, Jette (2021): ”National klinisk anbefaling om igangsættelse af fødsel hos raske gravide kvinder med lav risiko” via *jordemoderforeningen.dk*

Tilgås via:

<https://jordemoderforeningen.dk/2021/12/02/national-klinisk-anbefaling-om-igangsaettelse-af-foedsel-hos-raske-gravide-kvinder-med-lav-risiko/> - sidst besøgt 29/05/24

Region Midt “Klinik for igangsættelse af fødsel”

Tilgås via:

<https://www.auh.dk/afdelinger/kvindesygdomme-og-fodsler/klinik-for-igangsaettelse-af-foedsel/> - sidst besøgt 29/05/24

Roberts, J., & Walsh, D., (2019): ””Babies come when they are ready”: Women’s experience of resisting the medicalization of prolonged pregnancy” in *Feminism & Psychology* vol. 29(1), pp. 40-57

Rolin, Anna (2023): ”Hvornår har jeg termin?” i *To The Moon Honey*.

Tilgås via:

<https://tothemoonhoney.com/terminsberegner-beregn-din-terminsdato-her/> - sidst besøgt 29/05/24

Rose, Nikolas (2009): *Livets politik. Biomedicin, magt og subjektivitet i det 21. århundrede*.

København: Psykologisk Forlag A/S

Scamell, Mandie (2014): “Childbirth within the Risk Society”. *Sociology Compass*, 8(7), pp. 917-917-928.

Vallgård, Signild (2003): *Folkesundhed Som Politik – Danmark og Sverige fra 1930 til i dag*.

Magtudredningen. Aarhus Universitetsforlag

Viisainen, Kirsi (2000): “The moral dangers of home birth: parents' perceptions of risks in home birth in Finland” in *Sociology of Health & Illness* Vol. 22, No. 6, 2000, pp. 792-814

“Window-projektet” – Landsdækkende forskningsprojekt om igangsættelse af fødslen

Tilgås via:

<https://www.windowstudiet.dk> – sidst besøgt 29/05/24

8. Bilag

Bilag 1: Sundhedsstyrelsen (2022): *Anbefalinger for svangreomsorgen*

Bilag 2: Sundhedsstyrelsen (2017): *Gravid – undersøgelser af fostret*

Bilag 3: Sundhedsstyrelsen (2024) *Kortlægning og Analyse af normeringer på fødeområdet*

Bilag 4: Sundhedsstyrelsen (2021): Høringsudkast: *National klinisk anbefaling for igangsættelse af fødsler – tidspunkt for igangsættelse efter fastsat terminsdato for gravide med ukomplicerede graviditetsforløb*

Bilag 5: Antal hjemmefødsler i Danmark i 2023

Bilag 6: Interviewguide

Bilag 7: Orienterende begreber

Interviewbilag

Bilag Agnes

Bilag Anna

Bilag Caia

Bilag Hannah

Bilag Ina

Bilag Jane

Bilag Johanne

Bilag Kathrine

Bilag Kirsten

Bilag Lana

Bilag Linda

Bilag Louise

Bilag Maja

Bilag Margrethe

Bilag Mira

Bilag Mona

Bilag Sabine

Bilag Sally

Bilag Sascha

Bilag Selma

Bilag Stine