

Projektsammanfattning

# JÄMLIK FÖRLOSSNING

Kartläggning av afrofobi i mödra- och  
förlossningsvården  
i Region Stockholm

Projektsammanfattningen skriven av Lina  
Mohageb. Beställd RFSU och RFSU  
Stockholm.



# FÖRORD

RFSU är en partipolitiskt obunden medlemsorganisation som sedan 1933 arbetat för alla människors frihet att bestämma över sin kropp och sexualitet. En central del av vårt arbete är att skapa förutsättningar för en jämlik reproduktiv vård, i Sverige och internationellt.

Sverige har internationellt sett en god mödra- och förlossningsvård med låg mödradödlighet och få barn som dör i samband med förlossning. Tillgång till en trygg och säker förlossningsvård är något de flesta i Sverige tar för givet. Det är en rättighet. Att vänta och föda barn är för många en såväl efterlängtd och omvälvande som sårbar upplevelse, något som ställer krav på en inkännande, omsorgsfull och lyhörd vårdmiljö där omständigheter anpassas utifrån individens önskemål och behov. Samtidigt ser vi att tillgången till denna är ojämlik, den är inte lika trygg och säker för alla.

Det här är en ojämlikhet som visat sig ha förödande konsekvenser. Vi hör rapporter om förlossningar där svarta och bruna kvinnor inte fått adekvat vård, vilket i de värsta fallen resulterat i att kvinnan eller barnet dött i samband med förlossningen. Flera studier har även visat att kvinnor födda i låginkomstländer löper en högre risk att drabbas av komplikationer i samband med förlossning än andra. Bland annat Socialstyrelsen visar i sin analys av förlossningsvården att kvinnor födda i Afrika söder om Sahara tycks vara den grupp som drabbas allra värst.

Att rasism har en negativ påverkan på människors tillgång till sjukvård och behandling är väl belagt inom forskningen, men det finns begränsad kunskap kring *hur* rasismen påverkar vården, inte minst den reproduktiva. Det saknas analyser av på vilka sätt rasism spelar roll för de mest utsatta, det vill säga svarta/afrosvenska kvinnor. Mot bakgrund av detta startade RFSU Stockholm projektet *Jämlik förlossning* där vi kartlägger och synliggör erfarenheter av hur rasism utgör ett hinder för jämlik förlossningsvård för svarta/afrosvenska kvinnor i Region Stockholm.

Kartläggningen visar systematiska brister i kvaliteten och jämlikheten i den mödra- och förlossningsvård som svarta kvinnor får tillgång till. Den synliggör ett allvarligt samhällsproblem som kräver genomgripande förändring. Det är en fråga om rättigheter, om liv och död. Vi hoppas att läsningen kommer att vara en ögonöppnare för såväl allmänheten som de beslutsfattare med makt att påverka. Kartläggningen beskriver också kvinnornas egna strategier i mötet med afrofofi i samband med sina förlossningar, och avslutas med ett antal rekommenderade åtgärder riktade till både sjukvården och politiker.

Vi vill rikta ett stort tack till Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) som gett oss möjligheten att arbeta med dessa livsviktiga frågor. Vårt arbete tar inte slut här. Vi kommer att fortsätta tills tillgången till trygg och säker förlossningsvård är jämlik, för alla.

**Linus Lundby**

Verksamhetschef, RFSU Stockholm

# INNEHÅLSFÖRTECKNING

FÖRORD.....	3
1. INLEDNING.....	5
2. BEGREPP OCH IDÉER ATT KÄNNA TILL.....	6
<i>Vad är rasism och rasifiering?</i> .....	6
<i>Mikroaggressioner: vardaglig rasism med stora konsekvenser</i> .....	6
<i>Färgblind rasism: en form av "välvillig" rasism</i> .....	7
<i>Vithetsnormen skapar osynliga mallar</i> .....	7
<i>Ska man säga ras eller etnicitet?</i> .....	7
<i>Vem är afrosvensk?</i> .....	8
<i>Afrofobi är rasism mot afrosvenskar</i> .....	8
<i>Våra liv är intersektionella</i> .....	8
<i>Stereotyper om svarta kvinnor</i> .....	9
3. AFROFOBI I VÅRDKEDJAN: INVERKAN AV VITHETSNORMEN, AFROFOBI OCH STEREOTYPER I MÖDRA- OCH FÖRLOSSNINGSVÅRDEN.....	10
<i>Tidigare forskning</i> .....	10
Högre perinatal dödlighet hos svarta föderskor i Sverige.....	10
Obstetrisk rasism är en form av obstetriskt våld.....	10
Mekanismer bakom obstetrisk rasism: rollen av afrofobi, stereotyper och vithetsnormen.....	12
4. PROJEKTETS STUDIER: EN ENKÄTSTUDIE OCH EN KVALITATIV STUDIE.....	13
<i>Enkätstudie om afrofobi i förlossningsvården</i> .....	13
Metod.....	13
Resultat och generell diskussion.....	14
<i>Sammanfattning av den kvalitativa studien: "Svarta/afrosvenska kvinnors upplevelser och erfarenheter av afrofobi inom mödra- och förlossningsvården i Region Stockholm"</i> .....	18
Kvalitativa studiens resultat.....	18
Uttryck av afrofobi och vithetsnormen.....	18
Afrrofobi uttryckt som vårdslöshet.....	20
Mer subtila uttryck av afrofobi och vithetsnormen.....	22
Positiva förlossningar och strategier.....	24
5. KÄLLFÖRTECKNING.....	25
<i>Begrepp och idéer att känna till:</i> .....	25
<i>Afrofobi i vårdkedjan: inverkan av vithetsnormen, afrofobi och stereotyper i mödra- och förlossningsvården</i> .....	26
<i>Enkätstudie om afrofibi i förlossningsvården</i> .....	28

# 1. INLEDNING

RFSU Stockholms projekt *Jämlik förlossning* har som övergripande målsättning att uppnå en jämlik mödra- och förlossningsvård - där alla födande har tillgång till stöd, resurser och den omsorg som krävs för att uppnå en god, trygg och medicinskt korrekt vård. Den här skriften sammanfattar projektets lärdomar och erfarenheter hittills. Vi presenterar en sammanfattning av resultatet från Victoria Kawesa och Anne Kubais kvalitativa studie "Svarta/afrosvenska kvinnors upplevelser och erfarenheter av afrofobi inom mödra- och förlossningsvården i Region Stockholm", samt Max Larsson Sundqvists kvantitativa enkätstudie i sin helhet som jämför svarta/afrosvenska kvinnors upplevelser av bemötande med bemötande inom mödra- och förlossningsvården med vita kvinnors. Vi ger också rekommendationer för förändring framåt.

Under 2023 och 2024 genomförde Victoria Kawesa och Anne Kubai, i RFSU Stockholms regi, intervjuer med 20 svarta/afrosvenska kvinnor som fött barn i Region Stockholm. Syftet var att undersöka afrosvenska kvinnors upplevelser och erfarenheter av afrofobi och hur de uttrycks i mödra- och förlossningsvården, med målet att höja kunskapen om ämnet. Intervjuerna centrerade dels kring kvinnornas upplevelser och erfarenheter i mödra- och förlossningsvården, samt kring de strategier och rekommendationer kvinnorna har för att bemöta och motverka afrofobi. Rapporten riktar sig till beslutsfattare, vårdpersonal och afrosvenska föderskor eller framtida föderskor.

Under samma period delades en enkät riktad till kvinnor som har fött barn i Region Stockholm under de senaste 12 åren (2013–2024). Enkäten är genomförd och rapporten i denna projektsammanfattning sammanställd av Max Larsson Sundqvist. Den fick 855 giltiga svar, varav 726 identifierade sig som vita, 89 som bruna och 40 som svarta. Frågorna rör erfarenheter längs hela vårdkedjan i mödra- och förlossningsvården: på mödravårdscentralen, i förlossningsrummet och i eftervården.

I denna projektsammanfattning finner du en genomgång av relevanta begrepp, en sammanfattning av fynden i den kvalitativa studien och den kvantitativa enkätstudien i sin helhet, samt rekommendationer för att öka jämlikheten inom mödra- och förlossningsvården på lång sikt. Den kvantitativa studien kan läsas i sin helhet genom att ladda ned den från RFSU:s hemsida.

## 2. BEGREPP OCH IDÉER ATT KÄNNA TILL

Dessa begrepp och idéer hjälper dig att förstå de teman som lyfts i rapporterna.

### Vad är rasism och rasifiering?

Rasism är en förtryckande struktur med lång historia och som, enligt regeringen, definieras som: "[...] uppfattningar om att människor på grund av föreställningar om ras, nationellt, kulturellt eller etniskt ursprung, religion, hudfärg eller annat liknande förhållande är väsensskilda från varandra och att de därmed kan eller bör behandlas på olika sätt."

Rasism existerar på flera nivåer, både mellan individer och på ett strukturellt plan. Gällande strukturell rasism beskriver regeringen att: "rasistiska handlingar [baseras inte alltid] på en individs politiska övertygelse utan kan ske omedvetet. Det innebär att rasism, i olika former, finns som en del av samhällets strukturer."

Ett annat relevant begrepp är biologisk rasism som är rasism baserad på idén att det finns biologiska skillnader mellan olika rasgrupper. Det har etablerats att det inte finns vetenskapliga belägg för detta, men föreställningar om skillnader kan existera idag ändå, även inom vården.

Processen som avgör hur människor grupperas med avseende på rasism brukar på svenska benämnas som rasifiering, och rasifierade grupper/personer används för att urskilja de som utsätts för rasism.

### Mikroaggressioner: vardaglig rasism med stora konsekvenser

Mikroaggressioner är en slags subtil rasism i form av vardagliga, diskriminerande handlingar. De kan ta sig uttryck i verbala eller beteendemässiga förolämpningar, och förmedlar fientliga, nedsättande eller negativa attityder gentemot minoritetsgrupper. Exempel på mikroaggressioner är olämpliga frågor, icke-verbala signaler som indikerar främlingskap eller obekvämlighet, eller att skapa miljöer och system som exkluderar eller ignorerar minoritetsgruppers behov och erfarenheter. Mikroaggressioner kan vara oavsiktliga men ändå ge en skadlig effekt på mottagarens psykiska och fysiska hälsa, inte minst eftersom de kan ske återkommande för personer ur marginaliserade grupper. Mikroaggressioner kan ge upplevelsen av att bli vårdslöst behandlad och ge påminnelser om att en är utanför normen och inte hör hemma.

## Färgblind rasism: en form av "väl villig" rasism

I Sverige har det funnits en utbredd föreställning om att det bästa sättet att motverka rasism är att bortse från eller "blunda för" människors hudfärg. Detta synsätt brukar benämnas som *färgblindhet* och har setts som ett progressivt och rättviseinriktat sätt att hantera mångfald och diskriminering. Färgblindhet har också kritiserats för att det riskerar att osynliggöra verkliga skillnader i levnadsvillkor och utmaningar som rasifierade minoriteter möter i samhället. Kritiker menar att färgblindhet snarare kan bidra till en sorts "blind fläck" för strukturell rasism och olika behandling.

Det färgblinda synsättet återspeglas i svenska sjukvårdspraktiker. Trots att Sveriges universella hälso- och sjukvårdssystem anses representera ett nationellt åtagande för jämlik vård, finns det bevis för att rasifierade ojämlikheter faktiskt existerar inom det svenska sjukvårdssystemet. Om rasifierade ojämlikheter inte får benämnas för att det ses som rasistiskt att synliggöra dem så kan inte rasism bekämpas.

## Vithetsnormen skapar osynliga mallar

En konsekvens av rasism är att kulturella uttryck, beteenden och egenskaper som kopplas till rasifierade grupper ses som icke-önskvärda på grund av att de är normavvikande. Normen som rasifierade grupper anses avvika från då kan förklaras av begreppet *vithetsnormen*. Vithetsnormen definieras som osynliga normer och värderingar som har utgångspunkt i vita människors erfarenheter och perspektiv. Vithetsnormen präglar hela svenska samhället och påverkar vilka förväntningar, beteenden och policyer som formas inom olika institutioner. I Sverige är vithet likställt med svenskhet, och därför kan även människor som till exempel har blont hår eller blåa ögon ställas utanför vithetsnormen om de avviker från vad som anses svenskt (som exempelvis kan ske med människor från baltländerna). Personer som tillhör vad som uppfattas som "vit" kultur får strukturella och interpersonella fördelar eftersom vitheten ses som exceptionell. Detta leder till att den svenska, vita normen får en särskild status och legitimitet, samtidigt som den fungerar som en osynlig mall som andra förväntas anpassa sig efter. Avvikelser från denna "exceptionella" vithet riskerar då att uppfattas som subnormala eller undermåliga.

## Ska man säga ras eller etnicitet?

Begreppet etnicitet refererar till en gemensam identitet som baseras på språk, kultur, historia eller nationalitet. Till exempel är Bagandafolket i Uganda en etnisk grupp, där känslan av tillhörighet bygger på gemensamma kulturella markörer. Ras å sin sida skapas i en process där specifika yttre kännetecken (till exempel hudfärg och hårfärg) ges betydelse och används för att dela in människor i distinkta grupper. Folk med olika etniciteter kan fortfarande anses tillhöra samma "ras". Med hänseende på ras anses exempelvis människor från Bagandafolket, liksom de flesta andra från subsahariska Afrika oberoende etnicitet, vara svarta i Sverige.

I olika kontexter kan människor utsättas för rasism på grund av antingen deras etnicitet eller ras. I fallet av Bagandafolket och andra grupper i subsahariska Afrika så är deras etniciteter osynliggjord i Sverige, men eftersom de ses som svarta kan de utsättas för rasism i Sverige på grund av det.

Därför är det viktigt att belysa hur afrofobiska handlingar riktade mot afrikaner, svarta personer eller personer med afrikanskt påbrå inte handlar om deras etnicitet, utan om en rasifiering av deras identitet i ett samhälle som Sverige, där vithet är norm.

## Vem är afrosvensk?

Afrosvenskar är svenskar med afrikanskt påbrå och kan också beskrivas som personer som rasifieras som svarta. Många i Sverige identifierar sig både som afrosvenskar och svarta, och därför kan begreppen användas synonymt i många svenska sammanhang. Afrosvenskar kan utsättas för afrofobi, en form av rasism. Genom att lyfta afrosvenskars upplevelser och erfarenheter kan man också bidra till att synliggöra afrofobin i olika delar av samhället.

## Afrofobi är rasism mot afrosvenskar

Afrofobi är en form av rasism som av regeringen definieras som ”ideologier, uppfattningar eller värderingar som ger uttryck för fientlighet mot afrosvenskar”. Begreppet myntades 2006 av en arbetsgrupp vid namn Afrofobigruppen, som bestod av aktiva i Afrosvenskarnas riksförbund (Afrosvenskarnas riksorganisation) och Centrum mot Rasism. Sedan dess har begreppet fått bred användning; 2008 började exempelvis Brottsförebyggande rådet (Brå) använda det i myndighetens hatbrottsstatistik, och i regeringsförklaringen 14 september 2021 står det att arbetet mot afrofobi och andra diskrimineringsgrunder ska intensifieras. Till grund för arbetet ligger den nationella planen ‘mot rasism, liknande former av fientlighet och hatbrott’, där afrofobi ingår som en form av rasism med ett eget åtgärdsprogram. Afrofobi existerar överallt i samhället och kan manifesteras genom stereotyper, nedvärderande bilder och diskriminerande behandling inom alla samhällsinstitutioner och områden. Afrosvenskar möts av afrofobi i sin vardag på olika platser som på bussen, i affären, skolan, på gatan, arbetsplatsen och i hälso- och sjukvården. Kränkningarna kan ta formen av nedlåtande och stereotypa kommentarer, hatbrott och afrofobiskt språkbruk.

Afrofobi har olika uttryck inom gruppen afrosvenskar. Exempelvis drabbas afrosvenska män oftare av rasprofilering, medan afrosvenska kvinnor drabbas mer av sexualisering och exotifiering i det offentliga rummet. Därför är det viktigt att man belyser maktaspekter utifrån intersektionella, normkritiska och strukturella perspektiv för att kunna förstå dess påverkan på afrosvenskars liv.

## Våra liv är intersektionella

Begreppet “intersektionella identiteter” handlar om hur olika sociala kategorier som kön, etnicitet, ras, klass, sexualitet, funktionalitet med mera samverkar och skapar unika upplevelser av identitet och sociala förhållanden. Intersektionalitet innebär att dessa faktorer inte kan ses var för sig, utan måste förstås i relation till varandra. En persons identitet och erfarenheter formas genom flera samverkande aspekter av deras bakgrund och situation i samhället. Detta kan vara relevant att synliggöra gällande exempelvis svarta/afrosvenska kvinnor, vars erfarenheter av födande kan



skilja sig från de som rasifieras på andra sätt, och riskerar att osynliggöras om de inte aktivt synliggörs.

## Stereotyper om svarta kvinnor

Stereotyper är generaliserande föreställningar om grupper som kan ha negativ inverkan på grupperna det berör. Det finns många stereotyper som är specifika till svarta kvinnor: exempelvis att de är starka, arga, aggressiva och hysteriska, och kombinerat med en felaktig uppfattning om att de har högre smärttålighet, bidrar stereotyperna till att svarta kvinnor riskerar att behandlas annorlunda och tystas, i exempelvis vården. Forskning visar att stereotyperna är starkt rotade och ofta förmedlas genom media. Vithetsnormen kan förstärka negativa stereotyper genom att sällan eller aldrig ifrågasätta eller korrigera dem.



# 3. AFROFOBI I VÅRDKEDJAN: INVERKAN AV VITHETSNORMEN, AFROFOBI OCH STEREOTYPER I MÖDRA- OCH FÖRLOSSNINGSVÅRDEN

## Tidigare forskning

### Högre perinatal dödlighet hos svarta föderskor i Sverige

Tidigare studier visar att det finns signifikanta skillnader i hälsoutfall mellan svarta födande och andra. I en studie undersöktes utfallen på 15,639 förlossningar i Malmö och man fann att: även när hänsyn togs till andra bakomliggande faktorer som diabetes, blodbrist (anemi), förhöjt blodtryck (preeklampsi), för tidig lossning av moderkakan (placentaavlossning) och begränsad tillväxt hos fostret under graviditeten så hade kvinnor med rötter i subsahariska Afrika en större risk för dödlighet i tiden runt förlossningen än resten av befolkningen. Komplikationer som låg födelsevikt, neonatal stress och barnadödlighet är också vanligare bland kvinnor från subsahariska Afrika. Liknande skillnader har hittats i exempelvis Storbritannien och USA, där fler studier på ämnet också görs än i Sverige.

### Obstetrisk rasism är en form av obstetriskt våld

Obstetriskt våld är ett begrepp som används för att beskriva erfarenheter av våld i förlossningsvården. Våld i kontext av förlossningsvård inkluderar bland annat sådant som tar ifrån föderskan sin agens och utsätter henne för onödigt lidande. I en svensk studie framträdde fyra huvudkategorier av obstetriskt våld: *brist på information och samtycke, otillräcklig smärtlindring, bristande förtroende och säkerhet* samt upplevelser av rent *fysiskt och psykologiskt våld*, inklusive hot från vårdpersonal.

För att belysa rasifierade kvinnors negativa erfarenheter i förlossningsvården har forskare tittat på *obstetrisk rasism*, som också är en form av obstetriskt våld. Uttryck av obstetrisk rasism innefattar bland annat afrofbiska och diskriminerande praktiker och attityder som svarta födande stöter på i förlossningsvården. Exempel på detta är särbehandling (som kan vara avsiktlig och tvingande) av vårdgivare, brister i diagnos, kränkande och respektlös behandling, försummelse, utsättande för smärta och påtryckningar för att genomgå procedurer. Obstetrisk rasism/afrofobi leder till negativa hälsoeffekter och kan därför vara en förklaring till varför det finns skillnader i hälsoutfall hos svarta och vita födande.

Vissa erfarenheter som ovan listas under obstetrisk rasism är sådant som skulle kunna drabba alla oavsett rasifiering, men det finns mycket som tyder på att rasifierade kvinnor utsätts i större utsträckning än vita kvinnor och att detta då skulle kunna förklaras av rasism, något som behöver undersökas närmare.

Ibland görs välmående insatser för att motverka rasifierade skillnader i hälsoutfall inom vården som dock missar viktiga aspekter till skillnaderna. Ett exempel är de rekommendationer som gavs ut 2021 av Nationellt programområde för kvinnosjukdomar och förlossning, att kvinnor med ursprung i Afrika söder om Sahara ska sättas igång en vecka tidigare än andra föderskor eftersom man funnit kraftigt förhöjd risk för dödfödsel vid fullgången tid hos dessa kvinnor i Sverige och i andra länder. Det finns risk att rekommendationer som dessa övergeneraliserar på ett hälsoskadligt sätt, och leder till felaktiga tolkningar som att det skulle finnas biologiska skillnader som förklarar de olika utfallen. I en debattartikel i Läkartidningen argumenterar läkaren Sten Axelsson Fisk för att rasism ska undersökas som en förklaring till skillnaderna, en diskussion som kommit betydligt längre i länder som Storbritannien, där liknande rekommendationer mötte starka protester.

## Hinder till att undersöka obstetrisk rasism

Obstetrisk rasism och afrofobi i förlossningsvården kan vara svåra att undersöka och synliggöra, inte minst i Sverige där sjukvården präglas av förståelsen att varken personal eller sjukvårdssystemen i stort gör skillnad på patienter baserat på hudfärg. Genom intervjuer med svarta kvinnor som har fött barn i Sverige har flera tidigare studier kunnat fånga erfarenheter som är viktiga för att förstå hur obstetrisk rasism kan spela in i negativa hälsoutfall. Kvinnor i intervjuerna vittnar om att de har blivit bortprioriterade och betraktade som överdrivet känslamma när de har uttryckt smärta, att de har blivit nonchalerade, fördomsfullt och/eller oprofessionellt bemötta, och att de har mött personal som inte förmår skapa relation med dem eller ge dem adekvat vägledning.

## Mekanismer bakom obstetrisk rasism: rollen av afrofobi, stereotyper och vithetsnormen

Studier pekar på att svarta kvinnor får sin smärta och sina symptom avfärdade i större utsträckning än vita kvinnor inom sjukvården, och att det kan vara kopplat till ett arv från den biologiska rasismen. Kopplade till biologisk rasism finns föreställningar om att svarta kvinnors kroppar är medicinska “superkroppar” och att svarta kvinnor därför är mindre smärtekänsliga. Detta har historiskt sett rättfärdigat experimenterande på deras kroppar, och föreställningar om detta lever i viss utsträckning kvar idag, även i Europa.

Dessa stereotyper kan alltså vara till grund för vad som har beskrivits i tidigare studier om bemötande av svarta kvinnor inom förlossningsvården. Bidragande till detta är vithetsnormen som leder till att rasifierade grupper tolkas genom en lins där vita seder och utseenden ses som måttstocken. Detta kan manifesteras sig genom att personalen omedvetet tolkar och reagerar på vita kvinnors behov och känslouttryck som mer legitima eller trovärdiga, medan kvinnor som rasifieras, särskilt svarta kvinnor, kan möta skepsis eller nedprioritering av sina uttryck för smärta, behov och önskemål. Inom mödra- och förlossningsvården kan vithetsnormen innebära att vårdpersonalens föreställningar om smärta, hälsa, kroppsintegritet, kommunikation och behandling präglas och styrs av de erfarenheter och normer som är kopplade till vita kvinnor.

## 4. PROJEKTETS STUDIER: EN ENKÄTSTUDIE OCH EN KVALITATIV STUDIE

### Enkätstudie om afrofobi i förlossningsvården

Enkätstudien är genomförd och rapporten, s. 13-17, sammanställd av Max Larsson Sundqvist och ger en deskriptiv bild av kvinnors upplevelser av förlossningsvården i Region Stockholm. Den möjliggör specifika jämförelser mellan upplevelser hos kvinnor som rasifieras olika med avseende på hudfärg, för att identifiera eventuella systematiska skillnader i den vård som de erhållit. Nedan går att läsa den kvalitativa enkätstudien i sin helhet.

#### Metod

Den kvantitativa datainsamlingen är genomförd som en webbaserad enkät. Enkäten riktade sig till alla kvinnor som genomgått förlossning vid någon av förlossningskliniker i Region Stockholm under de senaste tolv åren (2013–2024).

#### Urval och deltagare

Totalt besvarades enkäten av 1 099 individer. Efter exklusion av 145 personer på grund av internt bortfall, samt ytterligare 99 personer enligt urvalskriterierna, kvarstod 855 respondenter. Urvalskriterierna innefattade exkludering av respondenter som genomgått förlossning utanför Region Stockholm, antingen geografiskt eller på privata kliniker (t.ex. BB Sophia), samt förlossningar före 2013. Denna avgränsning syftade till att säkerställa att urvalet representerar nutida förhållanden inom förlossningsvården i Region Stockholm.

Slutligen, för analyserna som jämför upplevelser hos kvinnor med olika rasifiering, operationaliserades begreppet *vit* till att avse vita individer med europeisk härkomst, vilket medförde att de respondenter, med exempelvis asiatiskt eller sydamerikanskt ursprung, som identifierade sig som vita, inte ingick i analyserna. Syftet med denna operationalisering var att säkerställa validiteten i statistiska jämförelser mellan upplevelser av exempelvis rasifiering hos *vita* och *svarta* kvinnor. Det slutliga urvalet bestod av 855 kvinnor i åldrarna 19–53 ( $M = 34.94$ ;  $S = 4.02$ ) år. Av dessa identifierade sig 726 som *vita*, 89 som *bruna* och 40 som *svarta*.

#### Material och Procedur

Datainsamlingen genomfördes via en webbenkät med frågor om demografiska variabler såsom ålder, födelseland, föräldrars födelseland, sysselsättning, utbildningsnivå samt rasifiering med avseende på hudfärg. Inga signifikanta skillnader observerades i varken ålder ( $F_{2,852} = 0.41$ ,  $p = 0.66$ ), utbildningsnivå ( $F_{2,852} = 0.09$ ,  $p = 0.92$ ), eller sysselsättningsgrad ( $F_{2,852} = 1.07$ ,  $p = 0.35$ ) mellan grupperna baserat på rasifiering.

Enkäten innehöll också frågor om deltagarens senaste förlossning, inklusive vid vilken förlossningsklinik den ägde rum och om deltagaren fick hjälp med att kommunicera med vårdpersonal (genom tolk eller anhörig). Endast sex deltagare (0,7%) rapporterade att de fick hjälp med översättning; en via tolk och fem med hjälp av anhörig. 41 deltagare (4,8%) uppgav att de hade behövt hjälp med översättning, men inte fick det. Noterbart är att majoriteten (68%) av dessa deltagare var svenskfödda kvinnor till svenska föräldrar, vilket antyder att vissa missförstånd kan ha förekommit rörande frågan om ”hjälp med att kommunicera med vårdpersonal”.

Enkäten inkluderade 21 frågor som mätte omdömen och upplevelser av mödra- och förlossningsvården i Region Stockholm, med svarsalternativ på en Likertskala (1–5), där 1 motsvarar att deltagaren inte alls håller med om påståendet, och 5 motsvarar att deltagaren helt och hållet instämmer med påståendet. Dessa frågor var i sin tur indelade enligt fem distinkta faktorer, vilka återges nedan:

1. Bemötande och information under graviditet (MVC)
2. Bemötande av vårdpersonal under förlossning
3. Information och kommunikation under förlossning
4. Bemötande och information i eftervård (tex. BB-hotell)
5. Kränkning och särbehandling av vårdgivare

Faktorerna beräknades som medelvärden av relevanta frågor (se Appendix A), och saknade värden hanterades genom parvis exkludering. Omdömen om exempelvis förlossningsläkare har stora bortfall i form av saknade värden, helt enkelt för att många deltagare aldrig träffade en förlossningsläkare under sin förlossning. Konfirmatorisk faktoranalys visade att modellen med ovanstående fem faktorer erhöll ett acceptabelt goodness-of-fit (RMSEA = 0.08), varför den användes i vidare analyser.

Deltagarna kunde lämna frivilliga kommentarer efter sektion av enkäten. Om än dessa kommentarer inte redovisas här, har de gjort det möjligt att avgöra huruvida många olika kränkande upplevelser är grundade i rasism eller andra former av särbehandling.

## Resultat och generell diskussion

Med utgångspunkt i studiens syfte genomfördes huvudsakligen analyser som använder rasifiering som oberoende variabel. Signifikanta skillnader i enkätens fem faktorer, beroende på hur de deltagare som lämnat svaren rasifieras, skulle indikera att förlossningsvården i Region Stockholm inte ger likvärdig vård och omsorg till alla dess patienter. Med tanke på faktorernas uppdelning kan dessa faktorer även bidra till att fastställa *var* och *när* dessa felförhållanden verkar vara som gravast.

Samtidigt bör det poängteras att majoriteten av kvinnor, oavsett rasifiering, ger genomgående goda omdömen till mödra- och förlossningsvården i Region Stockholm. Detta faktum återspeglas dels i höga medelvärden på den femgraderade skalan i enkäten, dels i att erhållna data är icke-parametriska, dvs. inte normalfördelade. Den överhängande majoriteten av deltagarna har alltså uppgett att de haft positiva bilder av sina möten med MVC, förlossningsvårdspersonal, BB-hotell och annan eftervård, samt att de känt sig hörda och att de fått vara delaktiga i beslut

som rört deras kroppar och deras förlossningar. Här blir studiens syfte särskilt uppenbart, eftersom det potentiellt kan fånga systematiska skillnader ibland de individer som *inte* upplevt att de fått den vård som de förtjänar. Om dessa systematiska skillnader är specifikt knutna till rasifiering, är slutsatsen bekymrande även om effektstorlekarna är små ( $\epsilon^2 = 0.01$ , se Tabell 1), eftersom alla kvinnor har lika rätt till god mödra- och förlossningsvård.

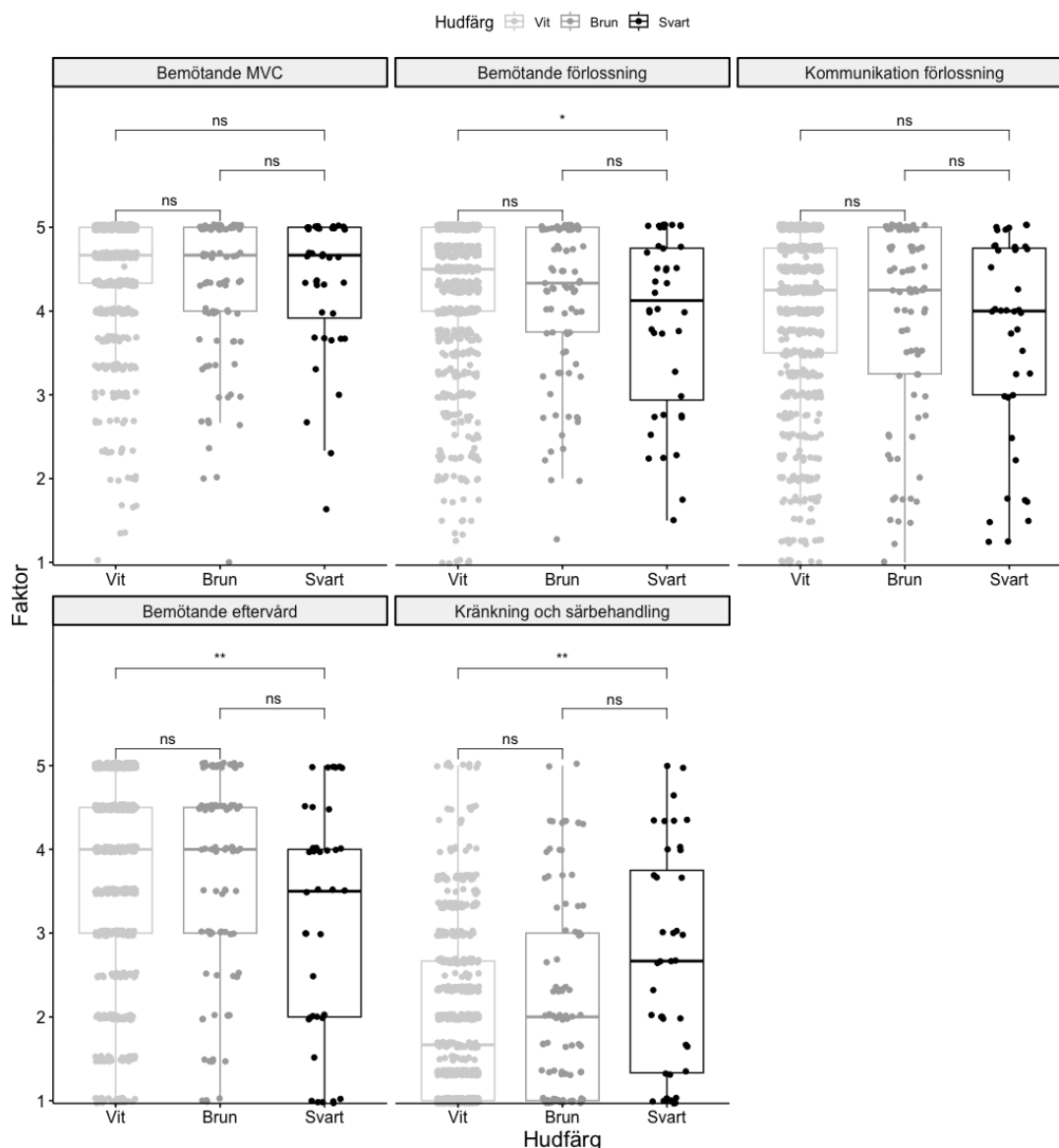
På grund av att data inte var normalfördelade genomfördes icke-parametriska variansanalyser. Envägs oberoende ANOVA (Kruskal-Wallis) rasifiering med avseende på hudfärg som oberoende variabel och enkätens fem faktorer som beroende variabler visade signifikanta huvudeffekter för tre av fem faktorer, se Tabell 1 nedan:

Tabell 1: Icke-parametrisk variansanalys (Kruskal Wallis) med rasifiering som oberoende variabel. P-värden understigande 0.05 indikerar signifikanta effekter av deltagarnas rasifiering, och är markerade med asterisk (\*\* =  $p < 0.01$ ).

Faktor	$\chi^2$	df	p	$\epsilon^2$
Bemötande och information under graviditet (MVC)	4,59	2	0,101	0,01
Bemötande av förlossningsvårdspersonal	6,65	2	0,036 *	0,01
Information och kommunikation under förlossning	3,79	2	0,150	0,00
Bemötande och information i eftervård	7,68	2	0,021 *	0,01
Kränkning och särbehandling	9,71	2	0,008 **	0,01

Parvisa jämförelser (Dwass-Steel-Critchlow-Fligner, Appendix B) för de signifikanta effekterna i Tabell 1 visade att effekterna uteslutande drivs av medelvärdesskillnader mellan *svarta* och *bruna/vita* deltagare, medan övriga skillnader är icke-signifikanta. Nedan återges figurer för att illustrera effekternas riktning.





Figur 1. Låddiagram över de fem faktorerna som en funktion av deltagarnas rasifiering. De parvisa jämförelserna är noterade med *ns* för icke-signifikans och asterisker betecknar signifikans på alfanivåerna 0.05 (\*), 0.01 (\*\*), samt 0.001 (\*\*\*).

En svaghet med föreliggande studie är att urvalet innehåller förhållandevis få icke-vita kvinnor. Detta är förvisso förväntat utifrån ett demografiskt perspektiv, men det ökar också risken för s.k. Typ II-fel. Detta fel begås när inga signifikanta skillnader eller effekter observeras i stickprovet, trots att dessa existerar i populationen. Därför finns alltså risken att de skillnader som rapporterats här *underskattar* de skillnader som, baserat på tidigare forskning, sannolikt existerar på populationsnivå.

Resultaten indikerar, trots små effektstorlekar, att det finns specifika aspekter av mödra- och förlossningsvården i Region Stockholm som bidrar till systematiska skillnader i kvinnors upplevelser av den vård de får. Det förefaller vara främst i mötet med förlossningsklinikerna, och under eftervården, som kvinnor som rasifieras olika rapporterar störst skillnader i sina upplevelser. Dessa fynd är inte obetydliga, då de pekar på förekomsten av strukturell rasism inom förlossningsvården. Denna typ av rasism är subtil och ofta djupt inbäddad i institutionella praxis och normer, vilket får



till följd att rasifierade individer behandlas annorlunda, ofta omedvetet, av vårdpersonal (e.g., Howell et al., 2018). I den aktuella studien är det särskilt anmärkningsvärt att svarta kvinnor, jämfört med både vita och bruna kvinnor, rapporterar signifikant sämre upplevelser både under och efter förlossningen, samt högre grader av kränkning och särbehandling jämfört med både vita och bruna kvinnor. Detta tyder på förekomsten av afrofobi inom vården, en form av rasism riktad specifikt mot svarta individer.

Flera tidigare studier har påvisat liknande mönster där svarta kvinnor upplever sämre vård i samband med graviditet och förlossning. Till exempel har forskning från USA visat att svarta kvinnor löper en betydligt högre risk att drabbas av komplikationer under förlossningen och har en högre mödradödlighet jämfört med vita kvinnor, även när hänsyn tas till socioekonomiska faktorer (Creanga et al., 2014; Petersen et al., 2019; se även Braveman et al., 2017). Det bör också noteras, i föreliggande studie, att faktorn som rörde kommunikation under förlossning *inte* uppvisade signifikanta effekter av rasifiering, vilket antyder att de signifikanta skillnader som observerats i övriga faktorer inte enkelt kan förklaras av möjliga språkliga eller kulturella barriärer mellan vårdgivare och patient, vilka ofta framhålls som faktorer som försvårar kommunikation mellan patient och vårdgivare, och således bidrar till sämre vård (e.g., Esscher et al., 2014; se även Betancourt et al., 2003).

En annan aspekt som är viktig att beakta är de psykologiska effekterna av att uppleva kränkningar och särbehandling i vården. Studier har visat att kvinnor som känner sig orättvist behandlade eller osynliggjorda av vårdpersonal ofta upplever ökad stress och ångest, vilket i sig kan ha negativa konsekvenser för deras vårdförlopp (Alhusen et al., 2016). Resultaten i denna studie har förvisso visat att kvinnor i allmänhet är nöjda med förlossningsvården i Region Stockholm, men för svarta kvinnor som rapporterar negativa upplevelser kan konsekvenserna alltså vara förödande. Därför är det viktigt att vårdgivare görs medvetna om sina egna fördomar, så att de besitter tillräcklig kompetens i frågor som rör implicita bias och hur dessa kan ta sig uttryck i olika former av rasism, inte minst afrofobi.

Sammanfattningsvis har denna studie funnit att svarta kvinnor i genomsnitt upplever sämre vård än både vita och bruna kvinnor, vilket är oroväckande och understryker behovet av åtgärder för att säkerställa likvärdig vård till alla kvinnor, oavsett hudfärg. Det handlar inte bara om att förbättra bemötandet, utan också om att genomföra strukturella förändringar i vårdsystemet för att eliminera de underliggande orsakerna till rådande ojämlikheter, vilket kommer att kräva genomgripande förändringar av policyer och rutiner inom förlossningsvården.

## Sammanfattning av den kvalitativa studien: "Svarta/afrosvenska kvinnors upplevelser och erfarenheter av afrofobi inom mödra- och förlossningsvården i Region Stockholm"

Den kvalitativa studien är genomförd av Victoria Kawesa och Anne Kubai och möjliggör en fördjupad inblick i afrofbins uttryck inom mödra- och förlossningsvården. 20 svarta/afrosvenska kvinnor som fött barn i Region Stockholm intervjuades. Alla hade sin senaste förlossning 2009 eller senare förutom en deltagare vars enda förlossning var 2006. Ingen annan demografisk information än år för förlossning och rasifiering används i analyserna, och därför rapporteras inget om exempelvis födelseland eller kvinnans ålder, för att hålla anonymiteten hos deltagarna. Detta är en sammanfattning av den kvalitativa studien som kan läsas i sin helhet genom att ladda ned den från RFSU:s hemsida.

### Kvalitativa studiens resultat

Likt fynden i tidigare studier framkommer det även i RFSU Stockholms kvalitativa studie teman kring stereotyper, afrofobi och vithetsnorm. Dessa teman presenteras i rapporten som 59 berättelser indelade i 13 kategorier: homogena vita svenska förlossningsavdelningar; krav på jämlik vård och likabehandling; att känna sig osynliggjord och ignorerad; rädsla och oro inför graviditet och förlossning; afrofbiska stereotyper och föreställningar om svarta kvinnor; stereotypa föreställningar om svarta/afrosvenska barn; kroppsliga integritetskränkningar; nedlåtande och stigmatiserande bemötande; bristande eftervård; bristande kunskap om och hantering av sicklecellanemi hos kvinnor med afrikansk härkomst; positiva upplevelser; traumatiska upplevelser; och strategier: att ta kontroll över sin förlossning.

Nedan presenteras berättelserna sammanfattat utifrån var i vårdkedjan händelserna har utspelat sig (inom mödravården, i förlossningsvården, i eftervården eller under ospecificerat vårdbesök under graviditeten eller kort tid efter förlossning). De är också indelade utifrån på vilket sätt de relaterar till afrofobi och vithetsnormen (uttryck av afrofobi och stereotyper och/eller präglad av vithetsnormen; afrofobi uttryckt som vårdslöshet och mer subtila uttryck av afrofobi).

### Uttryck av afrofobi och vithetsnormen

#### Mödravården

Tio berättelser utspelar sig under graviditeten i samband med besök inom mödravården. Fyra berättelser handlar om uttryck av afrofobi eller vithetsnorm, och tre av dessa handlar om samma patient och situation.

I ena fallet har en barnmorska stuckit patienten flera gånger under en blodprovstagning tills patienten skrikit till, och då sagt att "det är ju så svårt att hitta blodådror på er svarta", vilket skulle kunna beskrivas som uttryck av mikroaggressioner. I det andra fallet lyfts kritik av att gravida afrosvenskar inte

rutinmässigt testas för sicklecellanemi, en sjukdom som är vanligare bland svarta och kan skapa allvarliga komplikationer under en graviditet. Kvinnan lyfter att i länder som exempelvis Storbritannien testas alla svarta gravida kvinnor, och hon framför att hon anser att vithetsnormen är starkare i Sverige och därför görs det inte här. Här presenteras alltså ett konkret exempel på hur svartas behov och risker hamnar i skymundan inom vården när utgångspunkten är att standardpatienten är vit. Detta skulle också kunna ses som ett exempel på färgblind strukturell rasism som kan ha medicinska konsekvenser.

## Förlossningen

En deltagare berättar att en barnmorska satte igång henne fem dagar innan beräknad dag, trots att hon var frisk och barnet mådde bra. Efteråt överhör hon en läkare ifrågasätta barnmorskan för detta beslut varpå barnmorskan svarar att "[patientens] folkslag behöver hjälp med att sättas igång". Här har afrofbiska fördomar och generaliseringar lett till att medicinska protokoll inte har följts.

## Eftervården

Tre berättelser handlar om händelser kort efter förlossning, och de rör alla vårdpersonalens okunskap kring det nyfödda barnets hudfärg. En deltagare berättar att hon blev kvar på avdelningen med barnet för återkommande tester eftersom personalen trodde att barnet hade gulsot. Barnet var av mixat ursprung (alltså med en svart och en icke-svart förälder) och deltagaren berättar att det är naturligt att mixade barns hudfärg har en gulaktig ton. Detta kan vara ett exempel på att vithetsnormen gör att vårdpersonal inte tränas att se hur hudfärgen kan se ut på barn med en svart förälder. En annan deltagare beskriver att vårdpersonal frågat henne om pappan till hennes nyfödda barn är vit. När hon har svarat nej har personalen uttryckt förundran över att barnet är så ljus. Det fick deltagaren att undra om något var fel på barnet - tills hon insåg att personalen nog inte vet vilken hudton svarta barn kan ha vid födseln. Denna okunskap hos vårdpersonal återkommer hos en annan deltagare som påpekar att vårdpersonal inte tycks känna till att svarta barns hudfärg ändras över tid, och rekommenderar att vårdpersonal utbildas i hur olika hudfärger ser ut vid födseln.

## Andra vårdmöten

I nio berättelser är det oklart var i vårdkedjan berättelsen utspelar sig, men i fem av dessa framkommer det att de sker under graviditeten eller i nära anslutning till förlossningen. Övriga fyra är mer generella analyser om vården och afrofofi. Tre berättelser handlar om uttryck av afrofbiska fördomar och/eller vithetsnormen.

I en av dessa händelser beskriver en intervjuad kvinna en situation där hon träffat en läkare för att hon, under sin graviditet, önskat bli sjukskriven på grund av rasistiska påhopp som skett på hennes arbetsplats. Läkaren trivialiserar hennes erfarenheter av afrofofi och uttryckte sig även på ett avhumaniserade sätt om svarta. Denna händelse skulle kunna beskrivas som ett exempel på mikroaggressioner, och är allvarlig eftersom läkaren har makt att inte sjukskriva henne om han inte hade tagit påhopp hon beskriver seriöst.

De två andra händelserna under ospecificerade vårdmöten beskrivs båda vara baserade på afrofbiska fördomar om afrosvenskar och HIV. Ena deltagaren berättar att hon, kort efter förlossningen, besöker en läkare med återkommande halsinfektioner. Läkaren frågar henne om hon har “funderat på att det kanske kan vara tecken på HIV?”. Förutom att hon hade halsinfektioner fanns inget som tydde på att hon hade, eller var i särskild risk för att få, HIV; dessutom hade hon nyligen fött, vilket indikerar att hon tagit ett HIV-test innan förlossningen. Däremot finns stigmatiserande afrofbiska fördomar om afrosvenskar som kopplar ihop dem med HIV, vilket kan förklara varför läkaren ställde denna fråga. Läkarens uttryck av kopplingen mellan henne och en stigmatiserande diagnos på grund av hennes rasifiering är en form av mikroaggressioner.

Den andra deltagaren beskriver en situation där barnmorskan pratat om HIV-tester med henne på ett sätt som att hon inte förstod vad barnmorskan sa. Deltagaren ifrågasatte det och barnmorskan erkände då att hon inte trodde att deltagaren kunde prata svenska. Likt den andra situationen utsätter barnmorskan den här deltagaren för mikroaggressioner, både i den stigmatiserande kopplingen mellan henne och HIV på grund av hennes rasifiering, samt det ogrundade antagandet att hon inte talar svenska. Antagandet att hon inte talar svenska för att hon är afrosvensk kan vara ett tecken på att barnmorskan, på grund av vithetsnormens uttryck i Sverige inte ser afrosvenskar som svenskar.

## Sammanfattning

Afrofobiska fördomar och vithetsnormen inom mödra- och förlossningsvården, eller andra delar av vården som gravida afrosvenska kvinnor vistas i, kan ta formen av mikroaggressioner som att personal uttrycker att det är svårt att hitta blodådror på svarta när den inte lyckas sticka patienten, uttryck av stigmatiserande antaganden om svarta kvinnor kring HIV, nedsättande bemötande baserat på antaganden om att den afrosvenska patienten inte kan svenska och trivialiserande av rasism. I vissa fall kan det ha direkt skadlig konsekvens som i fallen där personalen visar okunskap om svarta barns hudfärg, där igångsättning görs utan medicinsk grund, baserat på en rasistisk fördom och i att afrosvenska kvinnor inte testats för sicklecellanemi trots att det är vanligare bland svarta och kan innebära en fara för gravida.

## Afrofobi uttryckt som vårdslöshet

Studier har funnit att rasism kan innebära att svarta kvinnor utsätts för mer särbehandling (som kan vara avsiktlig och tvingande) av vårdgivare, brister i diagnos, kränkande och respektlös behandling, försummelse, utsättande för smärta och påtryckningar för att genomgå procedurer. Detta kan drabba svarta kvinnor mer än andra på grund av afrofobi och vithetsnormen.

Förutom de 15 berättelser som redan presenterats som direkta afrofbiska uttalanden och tydlig närvaro av vithetsnormen finns 19 exempel på kränkande, försummande och nedsättande bemötande av personal mot kvinnorna i den kvalitativa studien.

## Mödravården

En kvinna berättar i sin intervju om hur hon utsattes för psykisk misshandel under sin graviditet, och att hon visade tydliga tecken på stress och dåligt mående under besök på mödravårdscentralen men att hon inte blev sedd eller tillfrågad om detta av personal. Istället tycker hon att personalen agerade mekaniskt, och att de inte ställde djupare frågor. Hon efterfrågar större omsorg hos personalen. Idag ska alla mottagningar ha rutiner för att upptäcka våld i nära relationer, alltsedan Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer antogs 2022 (Se: HSLF-FS 2022:39)

## Förlossningen

Vårdslöshet kopplat till förlossningen tar olika former för kvinnorna i den kvalitativa studien. I fem berättelser, berättade av fyra kvinnor, beskrivs upplevda brister i kommunikation och bemötande i form av att bli skriken på, att bli tillsagd att sluta skrika under förlossning, att bli tagen i benet utan att få det kommunicerat först. En kvinna berättar även att en barnmorska har kallat hennes barn för "lilla skitungen" under förlossningen. Barnmorskan frågade om det var okej att hon kallade barnet det men i sin sårbara position, berättar kvinnan, kände hon inte att hon kunde svara nej trots att hon tog illa upp av det. En annan deltagare vittnar om att hennes läkare föraktfullt sagt "vill du ha kejsarsnitt nu som alla andra kvinnor?"

I två berättelser får kvinnorna inte adekvat smärtlindring. En deltagare berättar att hon fick misstänksamma blickar från barnmorskan och förvägrades lustgas när hon efterfrågade det. I ett annat fall upplevde kvinnan att hon fick tjata för att få annan smärtlindring än epidural och lustgas, trots att hon vet att andra blir erbjudna det. En annan deltagare berättar att hon inte fick sina önskemål om sen avnavling respekterade och ännu en annan om att hon fick bristfällig omsorg under sin förlossning av ett barn som dött i magen.

I alla dessa exempel kan strukturella faktorer spela in i den bristfälliga vården. Ett väldigt tydligt exempel på strukturella brister i vården är den händelse som beskriver hur deltagaren plötsligt upptäcktes ha väldigt högt blodtryck och svettningar några dagar innan beräkningsdag på mödravårdscentralen. Hon skickades till sjukhuset för att sättas igång men väl där fanns det inte plats för henne. Hon beskriver att hon fick ett väldigt dåligt bemötande av personalen som insisterade på att hon skulle gå därifrån trots hennes allvarliga symptom. Det slutade med att hon gick hem och när hon väl fick plats på förlossningen så fick hon föda med akut kejsarsnitt. Hon var vid det här laget så dålig att hon svimmade flera gånger och förlorade mycket blod. Barnet dog kort efter förlossningen.

## Eftervården

Sju av berättelserna om vårdslöst bemötande handlar om eftervården, tre av vilka rör kvinnan vars barn dog kort efter förlossningen. Hon beskriver att efter förlossningen blir hon behandlad som att personalen är arg på henne. Hon säger även att hon inte fick medicin för att bromsa mjölkproduktionen på flera dagar trots att hon hade ont i bröstet, och när hon väl får den så är det fel medicin som tillhör en annan patient. En annan kvinna beskriver också försummande bemötande efter förlossningen.



Hon hade förlorat mycket blod, hade ont och svårt att röra på sig. Hon hade ingen familj eller vänner närvarande. Trots sin svåra situation fick hon inte hjälp med sådant som att hämta vatten eller frukt från köket. Anledningen personalen gav var att de inte hade tid, vilket igen pekar på strukturella problem. En annan intervjuad kvinna berättar att hon inte fått vård en hel natt när hon varit inlagd efter förlossningen med komplikationer. När hon väl träffat personal har vården hon fått varit väldigt begränsad och hastig. En kvinna beskriver att hon inte blivit tagen seriöst när hennes nyfödda barn var dödligt sjuk och att barnet nästan dog. En annan att barnmorskan tagit tag i kvinnans bröst utan förvarning och varit ovarsam när hon skulle "hjälpa" till med amningen. Kvinnan uttrycker att personalen också sagt att de inte har tid i eftervården på samma sätt som de har i mödravården. En annan beskriver att hon blivit tjatad på för underlivskoll.

## Sammanfattning

Vårdslöshet i mödra- och förlossningsvården tar formen av bristfällig kommunikation, försummande och även nedsättande bemötande. Ett återkommande tema kopplat till vårdslöshet i mödra- och förlossningsvården tycks vara tidsbrist och platsbrist, vilket är kopplat till strukturella problem. I några av exemplena har utgången varit dödlig för barnet, eller varit nära att vara det. Tidsbristen framkommer som ett tydligt tema i eftervården, inte minst i vad deltagarna återberättar att personalen själva sagt. De strukturella problemen inom mödra- och förlossningsvården kan drabba alla som föder, oavsett rasifiering. Ändå tycks det dåliga bemötandet drabba svarta/afrosvenskar hårdast inom vården, både enligt tidigare studier och enkätstudien. Svarta kvinnor har också betydligt sämre hälsoutfall i förlossningsvården. Detta tyder på att vithetsnormen och afrofobi kan ha en förstärkande effekt på strukturella problem inom vården. Det visar vikten av att analysera vården utifrån intersektionella perspektiv.

## Mer subtila uttryck av afrofobi och vithetsnormen

Även när afrofobin eller vithetsnormen inte är direkt uttalad kan den finnas närvarande. Det kan vara svårt att sätta fingret exakt på det och det kan dyka upp som en känsla. Dessa subtila uttryck är väldigt viktiga att fånga eftersom de kan visa på mer osynliga sätt som afrofobi och vithetsnormen existerar. Att de är mindre synliga gör dem dock inte nödvändigtvis mindre skadliga.

## Mödravård

Afrosvenskar med svensk-kodade för- och efternamn kan antas heta något annat. Det har hänt en deltagare med svensk-kodat namn i väntrummet i mödravården. Kvinnan beskriver att hon märkt att de tittar "förbi" henne, och att detta kan ha en negativ inverkan genom att bli en påminnelse om att enligt vithetsnormen så ses hon inte som svensk. Händelser som dessa indikerar närvaro av vithetsnormen. En annan deltagare beskriver sig ha känt sig exotifierad, ett slags stereotypt bemötande, av barnmorskan på mödravården, och att barnmorskan inte förmådde knyta kontakt med henne. En deltagare lyfter även att när hennes man dog två veckor innan hon skulle föda så nekade hon stöd i mödravården för att hon tänkte att hon "klarar sig själv". Det tankesättet kan vara en konsekvens av att svarta kvinnor förväntas vara starka, vilket internaliseras. Det hänger ihop med stereotyperna kring smärttålighet:

smärtan som hon förväntas tåla kan vara både fysisk och psykisk.

## Förlossning

Fem berättelser rör erfarenheter i förlossningsvården. Tre av dessa rör frustration eller oro över att rasism kan hindra en från att få adekvat vård. I en situation har deltagaren hört om en afrikansk kvinna som dött i kontakt med svensk sjukvård, för att vården inte var lyhörd till kvinnans symtom. När det var dags för den här deltagarens egna förlossning var hon mycket orolig och ville göra det klart för personalen att hon kunde svenska. Hon uppfattade att det var en del av varför kvinnan som hade dött inte hade fått vården hon behövde. Denna oro är viktig att ta seriöst med tanke på att statistiken också bekräftar att svarta kvinnor dör i större utsträckning i vården. En annan deltagare beskriver att hon hade behov av att ha koll i sin förlossning och därför ställde mycket frågor, något personalen tycks ha upplevt som att hon är "bråkig", vilket är en stereotyp för afrosvenska kvinnor. En tredje intervjuad kvinna upplevde att om hon inte tjatade så skulle de ha missat att sätta in epidural.

Två kvinnor uttrycker att de varit uppmärksamma på personalgruppen: i ett fall har en kvinna upplevt att en svart barnmorska har tryckts ned när hon haft en annan medicinsk åsikt än övriga i personalen, medan en annan kvinna känt sig otrygg på grund av vad hon noterar var en homogent vit personalgrupp. Det första exemplet kan vara en observation av afrofobi från en i personalen mot en annan, vilket kan påverka afrosvenska patienters känsla av trygghet. Flertalet historier i den kvalitativa studien ekar också detta med att närvaro av rasifierad personal ökar känslan av trygghet i förlossningsrummet.

## Generella observationer

Tre kvinnor beskriver generella observationer av hur rasism kan te sig subtilt i vården: som blickar, stereotyp bemötande, men även att inte bli hörd eller informerad. Kvinnorna reflekterar att dessa erfarenheter har med rasism att göra.

Detta är som vi ser återkommande för flera av de intervjuade kvinnorna som beskriver att de har blivit bemötta på ett snarlikt sätt i specifika vårdsituationer. Flera av kvinnorna har också reflektioner om samhället i stort som speglar deras observationer av rasism inom vården. Tre deltagare tar upp att det borde vara lika i Sverige (en påpekar att vi ju alla betalar samma skatt) men att det inte är det.

## Sammanfattning

Stereotyper, afrofobi och vithetsnormen är ibland mer subtila, men snappas ändå upp av afrosvenska kvinnor. De kan ta sig formen av blickar, förmedlade känslor, eller försummande som beskrivs i det tidigare avsnittet. Dessa upplevelser kan skapa stark oro och stress hos gravida afrosvenskar. Med tanke på skillnaderna i hälsoutfall är det viktigt att uppmärksamma och förstå även denna typ av afrofobi som kan vara svårare att benämna.



## Positiva förlossningar och strategier

### Positiva upplevelser

Sex berättelser handlar om positiva upplevelser i mödra- och förlossningsvården. Ett tema som framkommer tydligt är den positiva effekten av ett mänskligt, personligt och empatiskt bemötande. Olika deltagare har noterat att bra förlossningar har utmärkts av att kvinnorna har fått mänsklig kontakt med åtminstone en person ur personalen, att de har känt sig sedda, hörda, att de har fått påverka och bli bemötta med "positiv energi". Två deltagare nämner också vikten av flexibilitet och utrymme för personlig anpassning. En deltagare hade en hemförlossning och den andra födde på sjukhus.

En deltagare nämnde att det har varit hjälpsamt för den personliga kontakten om det har funnits rasifierad personal. Detta kan indikera att vithetsnormen minskar när afrosvenska kvinnor möter rasifierad personal, vilket signalerar trygghet.

### Strategier

Kvinnorna berättar om olika strategier de använt sig av för att få sina behov tillgodosedda. De beskriver vikten av att vara förberedd, påläst och känna till sina rättigheter. Vidare också vikten av att vara beslutsam och att ha sin egen plan för sin förlossning. Deras strategier har också sammanfattats i rapporten för den kvalitativa studien i en lista med 12 verktyg till andra afrosvenska kvinnor, som förutom, som tidigare nämnts, att vara påläst och beslutsam, inkluderar att ha med sig andra kunniga till förlossningen och att dokumentera det som sker. De lyfter också vikten av balans mellan att lyssna på medicinska råd och att stå på sig.

### Förslag på åtgärder

Rapporten avslutas med rekommendationer som kan implementeras inom mödra- och förlossningsvården. En del av rekommendationerna rör strukturella förändringar och andra rör sådant som kan implementeras utan strukturella förändringar.

De strukturella förändringarna som föreslås involverar olika sätt som kunskap om afrofofi kan ökas och vithetsnormen inom mödra- och förlossningsvården minskas. Det inkluderar utbildningar och kunskapsutveckling om afrofofins olika uttryck för all personal, samt kunskap om sicklecellanemi och variationen av hudfärg på svarta och mixade barn. Vidare föreslås även att säkerställa mångfalden hos personalen och sjukhusledningen, eftersom detta också har inverkan på patienternas trygghet.

Icke-strukturella rekommendationer centrerar kring vikten av att lyssna på svarta kvinnors vittnesmål om olika former av afrofofi, inklusive upplevelser av att ha blivit osynliggjorda, ignorerade och diskriminerade, samt att respektera önskemål och jobba tillitsskapande i vårdmötet. Rapporten är ett verktyg i arbetet med att motverka afrofofi i mödra- och förlossningsvården. Deras erfarenheter av afrofofi och vithetsnormen, i olika uttryck, kan öka medvetenheten, medan de positiva upplevelserna och strategierna som kvinnorna berättar om kan ge viktiga lärdomar om hur trygghet under en förlossning istället ser ut för dem.

## 5. KÄLLFÖRTECKNING

### Begrepp och idéer att känna till:

#### Vad är rasism och rasifiering?

De los Reyes, P. (2005). *Bortom Vi och Dom: teoretiska reflektioner om makt, integration och strukturell diskriminering* [Rapport]. Norstedts Juridik AB. Regeringen. (2022). Åtgärdsprogram mot afrofobi. <https://www.regeringen.se/informationsmaterial/2022/07/atgardsprogram-mot-afrofobi/> (Hämtad 2024-06-15)

#### Vithetsnormer skapar osynliga mallar

Hübinette, T. och Lundström, C. (2014). Three phases of hegemonic whiteness: Understanding racial temporalities in Sweden. *Social Identities*, 20(6), 423-437.  
Kawesa, V., Knoblock, I., Vlachou, M., Koobak, R., Mehrabi, T., Tlostanova, M. och Lykke, N. (2023). The magic of feminist bridging: A mosaic of anti-racist speech bubbles about Othering in Swedish Academia. *Kvinder, Køn & Forskning*, 36(2), 147-161.

#### Mikroaggressioner: vardaglig rasism med stora konsekvenser

Bonilla-Silva, E. (2017). What we were, what we are, and what we should be: The racial problem of American sociology. *Social Problems*, 64(2), 179-187.

Sue, D. W., Capodilupo, C. M., Torino, G. C., Bucceri, J. M., Holder, A., Nadal, K. L. och Esquilin, M. (2007). Racial microaggressions in everyday life: implications for clinical practice. *American Psychologist*, 62(4), 271-286.

#### Färgblind rasism: en form av "välvillig" rasism

Bonilla-Silva, E. (2006). *Racism without racists* (2:a uppl.). Oxford: Roman and Littlefield.

Hübinette, T. (2017). Den färgblinda antirasismen slår tillbaka. I T. Hübinette (Red.), *Ras och vithet: Den svenska vitheten och svenska rasrelationer i går och i dag* (s. 237-251). Studentlitteratur AB.

#### Ska man säga ras eller etnicitet?

Hochman, A. (2019). Racialization: A defense of the concept. *Ethnic and Racial Studies*, 42(8), 1245-1262.

Mattsson, K. (2005). Diskrimineringens andra ansikte—svenskhets och 'det vita västerländska'. I P. de los Reyes och M. Kamali (Red.), *Bortom Vi och Dom. Teoretiska reflektioner om makt, integration och strukturell diskriminering* (s. 139-157). Riksdagen.

Miles, R. (1989). *Racism*. Routledge.

## **Vem är afrosvensk? och Afrofobi är rasism mot afrosvenskar**

Brå. (2022). *Hatbrott: En uppföljning av rättsväsendets insatser* (Rapport 2022:7). Stockholm: Brottsförebyggande rådet.

Hübinette, T., Beshir, S. och Kawesa, V. (2014). *Afrofobi. En kunskapsöversikt över afrosvenskars situation i dagens Sverige*. Mångkulturellt centrum.

Kalonaityté, V., Kawesa, V. och Tedros, A. (2007). *Att färgas av Sverige: Upplevelser av diskriminering och rasism bland ungdomar med afrikansk bakgrund i Sverige*. Ombudsmannen mot etnisk diskriminering.

Kawesa, V. (2016). *En definition av Afrofobi*. Forum för levande historia.

McEachrane, M. (2016). *Afrofobins historia i Sverige*. Forum för levande historia.

Solomos, J. och Back, L. (1996). Racism and Anti-Racism. I J. Solomos och L. Back (Red.), *Racism and Society* (s. 102-120). Sociology for a Changing World. Palgrave

## **Våra liv är intersektionella**

Crenshaw, K. W. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory, and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139-167.

Lykke, N. (2003). Intersektionalitet - ett användbart begrepp för genusforskningen. *Tidskrift för genusvetenskap*, 24(1), 47-56

## **Stereotyper om svarta kvinnor**

Brooks, D. E. och Hébert, L. P. (2006). Gender, race, and media representation. I *Handbook of gender and communication* (Vol. 16, s. 297-317).

Morgan, M. och Bennett, D. (2006). Getting off of Black women's backs: Love her or leave her alone. *Du Bois Review: Social Science Research on Race*, 3(2), 485-50

## **Afrofobi i vårdkedjan: inverkan av vithetsnormen, afrofobi och stereotyper i mödra- och förlossningsvården**

### **Skillnader i förlossningsvård Sverige**

Axelsson Fisk, S. (2024, 24 april). Rekommendation för gravida från Subsahara behöver

nyanseras. *Läkartidningen*. <https://lakartidningen.se/opinion/debatt/2024/04/rekommendation-for-gravida-fran-subsahara-behover-nyanseras> (Hämtad 2024-07-20).

Hamed, S., Thapar-Björkert, S., Bradby, H. och Ahlberg, B. M. (2020). Racism in European health care: structural violence and beyond. *Qualitative Health Research*, 30(11), 1662-1673.

Ljungdahl, J. (2021). *Afrofobi i den perinatala vården? Svarta kvinnors erfarenheter och upplevelser av afrofobi i den perinatala vården i Sverige* [Kandidatuppsats]. Sociologiska institutionen, Uppsala universitet.

Zulu, N. (2021). "Man är ju svart i hela sitt liv." Afrosvenska kvinnors upplevelser av barnmorskans bemötande före, under och efter förlossning. – En kvalitativ intervjustudie [Magisteruppsats]. Medicinska fakulteten, Lunds universitet.

### **Obstetriskt våld och obstetrisk rasism**

Annborn, A. och Finnbogadóttir, H. R. (2022). Obstetric violence a qualitative interview study. *Midwifery*, 105, 103212.

Davis, D.-A. (2019). Obstetric racism: the racial politics of pregnancy, labor, and birthing. *Medical Anthropology*, 38(7), 560-573.

### **Stereotyper och vithetsnormen i förlossningsvården**

Campbell, C. (2021). Medical violence, obstetric racism, and the limits of informed consent for Black women. *Michigan Journal of Race and Law*, 26, 47-75.

Cooper Owens, D. (2017). Historical Black Superbodies and the medical gaze. I D. Cooper Owens, *Medical Bondage: Race, Gender, and the Origins of American Gynecology* (s. 108-121). University of Georgia Press.

Glover, K. (2021). Can you hear me?: how implicit bias creates a disparate impact in maternal healthcare for Black women. *Campbell Law Review*, 43 (1): 243–253

Habel, Y. (2008). Whiteness Swedish Style. *Slut*, 2, 41-51.

Hoffman, K. M., Trawalter, S., Axt, J. R. och Oliver, M. N. (2016). Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 113(16), 4296-4301.

Hübinette, T. och Lundström, C. (2014). Three phases of hegemonic whiteness: Understanding racial temporalities in Sweden. *Social Identities*, 20(6), 423-437.

Mende-Siedlecki, P., Qu-Lee, J., Backer, R. och Van Bavel, J. J. (2019). Perceptual contributions to racial bias in pain recognition. *Journal of Experimental Psychology: General*, 148(5), 863-876.

## Enkätstudie om afrofi i förlossningsvården

Alhusen, J. L., Bower, K. M., Epstein, E., & Sharps, P. (2016). Racial discrimination and adverse birth outcomes: an integrative review. *Journal of midwifery & women's health*, 61(6), 707-720. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12490>

Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Owusu Ananeh-Firempong, I. I. (2003). Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public health reports*. <https://doi.org/10.1093/phr/118.4.293>

Braveman, P., Dominguez, T. P., Burke, W., Dolan, S. M., Stevenson, D. K., Jackson, F. M., ... & Waddell, L. (2021). Explaining the Black-White disparity in preterm birth: a consensus statement from a multi-disciplinary scientific work group convened by the March of Dimes. *Frontiers in Reproductive Health*, 3, 684207. <https://doi.org/10.3389/frph.2021.684207>

Creanga, A. A., Bateman, B. T., Kuklina, E. V., & Callaghan, W. M. (2014). Racial and ethnic disparities in severe maternal morbidity: a multistate analysis, 2008-2010. *American journal of obstetrics and gynecology*, 210(5), 435-e1.

Esscher, A., Binder-Finnema, P., Bødker, B., Högberg, U., Mulic-Lutvica, A., & Essén, B. (2014). Suboptimal care and maternal mortality among foreign-born women in Sweden: maternal death audit with application of the 'migration three delays' model. *BMC pregnancy and childbirth*, 14, 1-11. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-141>

Howell, E. A., Brown, H., Brumley, J., Bryant, A. S., Caughey, A. B., Cornell, A. M., ... & Grobman, W. A. (2018). Reduction of peripartum racial and ethnic disparities: a conceptual framework and maternal safety consensus bundle. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 47(3), 275-289. <https://doi.org/10.1016%2Fj.jogn.2018.03.004>

Petersen, E. E. (2019). Racial/ethnic disparities in pregnancy-related deaths—United States, 2007–2016. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 68, 762-765. <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6835a3>

## Appendix A. Frågorna som inkluderades i den webbaserade enkäten

---

### Bakgrundsvariabler

Vilket år föddes du?

Vilken är din högsta utbildningsnivå?

Vilken är din huvudsakliga sysselsättning?

I vilket land föddes du?

I vilket land föddes dina föräldrar? Om de föddes i olika länder, ange båda två.

Jag skulle beskriva min hudfärg som (Ange det som du identifierar dig mest med, exempelvis brun, svart, vit, etc.)

Vilket år hade du din senaste förlossning?

Vid vilken förlossningsklinik hade du din förlossning?

Fick du hjälp att kommunicera med vårdpersonalen genom tolk eller med hjälp av anhörig som översatte?

---

### Bemötande och information under graviditet

Jag har en positiv bild av mina möten med MVC

Jag upplever att jag blev bemött på ett professionellt och respektfullt sätt av min MVC-barnmorska

Jag fick tillräckligt med information under min graviditet

---

### Bemötande av förlossningspersonal

Jag upplever att jag blev bemött på ett professionellt och respektfullt sätt av min förlossningsbarnmorska

Jag upplever att jag blev bemött på ett professionellt och respektfullt sätt av min förlossningsläkare

Jag upplever att jag blev bemött på ett professionellt och respektfullt sätt av min undersköterska (eller annan vårdpersonal)

Jag har en positiv bild av mitt möte med förlossningskliniken/avdelningen

Jag upplever att jag fick den omsorg och hjälp jag behövde för att min förlossningsupplevelse skulle bli så bra som möjligt

---

### Information och kommunikation under förlossning

Jag upplever att vårdpersonalen lyssnade på mig under min förlossning

Jag upplever att jag fick vara delaktig i beslut som rörde min förlossning

Jag upplever att jag fick tillräckligt med information under själva förlossningen

Jag upplever att kommunikationen mellan mig och vårdgivare fungerade bra

---

### Bemötande och information i eftervård

Jag har en positiv bild av mitt möte med BB-hotell/eftervård

Jag upplever att jag fick tillräckligt med information under tiden på BB och i annan eftervård

---

### Kränkning och särbehandling av vårdgivare

Det fanns saker som jag önskar att vårdpersonalen hade gjort annorlunda under min förlossning

Det fanns inslag i min förlossningsvård som jag upplevde som kränkande

Under min förlossning upplevde jag att vårdpersonalen behandlade mig negativt på grund av min hudfärg eller etnicitet



## Appendix B. Parvisa jämförelser (Dwass-Steel-Critchlow-Fligner) för de fem faktorerna, baserat på deltagarnas självidentifierade hudfärg.

Bemötande och information under graviditet (MVC)		W	P
Svart	Brun	-0,46	0,944
Svart	Vit	1,41	0,577
Brun	Vit	2,78	0,121
Bemötande av förlossningsvårdspersonal		W	P
Svart	Brun	2,24	0,253
Svart	Vit	3,56	0,032 *
Brun	Vit	1,11	0,713
Information och kommunikation under förlossning		W	P
Svart	Brun	1,78	0,491
Svart	Vit	2,70	0,136
Brun	Vit	0,77	0,851
Bemötande och information i eftervård		W	P
Svart	Brun	2,91	0,099
Svart	Vit	3,89	0,016 *
Brun	Vit	0,74	0,862
Kränkning och särbehandling		W	P
Svart	Brun	2,24	0,253
Svart	Vit	-4,12	**
Brun	Vit	-1,90	0,372



## **Index över berättelser (avsnittsnummer i Svarta/afrosvenska kvinnors upplevelser och erfarenheter av afrofoxi inom mödra- och förlossningsvården i Region Stockholm)**

### **Uttryck av afrofoxi och vithetsnormen**

I mödravården: 5.5.7, 5.10.1-3

Under förlossningen: 5.5.2

I eftervården: 5.6.1-3

I andra vårdmöten: 5.5.3, 5.8.3-4

### **Afrofoxi uttryckt som vårdslöshet**

I mödravården: 5.12.5

Under förlossningen: 5.3.5-7, 5.4.2, 5.5.8, 5.7.1-2, 5.8.1-2, 5.8.5, 5.12.2-3

I eftervården: 5.5.6, 5.7.3, 5.9.1-4, 5.12.1

### **Mer subtila uttryck av afrofoxi och vithetsnormen**

I mödravården: 5.3.2-3, 5.4.3, 5.12.4

Under förlossningen: 5.1.2-3, 5.5.5

Generella observationer: 5.1.1, 5.1.4, 5.2.1-2, 5.3.1, 5.3.4, 5.5.1, 5.5.4

### **Positiva upplevelser och strategier**

5.4.1, 5.11.1-4, 5.13.1-8

Riksförbundet för sexuell upplysning, RFSU, är en ideell organisation för sexualupplysning och sexualpolitik som har funnits sedan 1933. Genom kunskap, engagemang och påverkan bidrar RFSU till en värld där alla människor är fria att bestämma över och njuta av sin kropp och sin sexualitet. RFSU är partipolitiskt och religiöst obundet.

I Sverige arbetar RFSU både lokalt och nationellt. RFSU:s lokalföreningar bedriver verksamhet på flera platser i landet. I Stockholm finns RFSU-kliniken. Organisationen äger också bolaget RFSU AB som säljer kondomer samt produkter inom intimhälsa, kroppsvård och välbefinnande. Överskottet går till RFSU:s arbete i Sverige och världen.

Internationellt arbetar RFSU med politisk påverkan i EU och FN. RFSU samarbetar också med organisationer som jobbar för sexuella och reproduktiva rättigheter i flera världsdelar. RFSU är medlem och medgrundare av International Planned Parenthood Federation (IPPF).

När du köper en produkt, är medlem eller stödjer RFSU:s arbete med en gåva bidrar du till fortsatt förändring av människors liv.

**RFSU är en medlemsorganisation.  
Vill du bli medlem? Anmäl dig på**  
[www.rfsu.se/medlem](http://www.rfsu.se/medlem)

**Du kan läsa mer om RFSU:s verksamhet på**  
[www.rfsu.se](http://www.rfsu.se)

**Följ oss på sociala medier:**



© RFSU & RFSU Stockholm 2024. Jämlik förlossning drivs av RFSU Stockholm och finanserna med medel från Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor.

