

JÄMLIK FÖRLOSSNING

Svarta/afrosvenska kvinnors
upplevelser och erfarenheter av
afrofobi inom mödra- och
förlossningsvården i Region
Stockholm

Författare:
Victoria Kawesa, doktorand i
genusvetenskap
Anne Kubai, docent



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.

Rapporten 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 rapporten kommer att vara en ögonöppnare för såväl allmänheten som de beslutsfattare med makt att påverka. Rapporten 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 tacka alla modiga kvinnor som delat med sig av sina berättelser och erfarenheter. Vi vill även tacka rapportförfattarna Anne Kubai och Victoria Kawesa, samt redaktör Lina Muktar Mohageb för deras hängivna arbete. 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

FÖRFATTARNAS FÖRORD

Det har varit en verklig ära att få skriva om afrosvenska kvinnors upplevelser och erfarenheter av mödra- och förlossningsvården i Region Stockholm. Att lyfta fram dessa kvinnors röster och sätta deras berättelser i centrum är av allra största vikt. Deras erfarenheter måste synliggöras, så att beslutsfattare och vårdgivare kan vidta kraftfulla åtgärder för att motverka afrofofi inom mödra- och förlossningsvården.

Vi som har författat denna rapport är själva svarta kvinnor, vilket vi tror har bidragit till att intervjupersonerna vågat öppna upp sig om detta mycket intima och känsliga område. Vi har därför kunnat ta vara på deras personliga röster och ge dem stort utrymme i vår analys. För att komma till rätta med den afrofofiska praxis som präglar vården, måste man först lyssna till patienternas berättelser och ta deras upplevelser på fullaste allvar.

Denna rapport är ett viktigt första steg mot nödvändig förändring. Vårt innerliga hopp är att de insikter som presenteras här kommer att uppmärksammas av såväl politiker som vårdaktörer, så att konkreta åtgärder kan vidtas för att skapa en jämlik, respektfull och adekvat vård för afrosvenska kvinnor inom förlossnings- och mödravården.

Rekryteringen av intervjupersoner har skett genom att utnyttja våra egna kontaktnät och nätverk förankrade i den afrosvenska gemenskapen. Som afrosvenska kvinnor har vi kunnat skapa en trygg och förtroendeingivande miljö för samtal, vilket vi ser som en avgörande förutsättning för att få deltagarna att våga dela sina erfarenheter. Vår förankring i målgruppen har också möjliggjort en bredd i de berättelser som framkommer.

Valet av kvalitativ metod är grundat i behovet av att fånga de enskilda kvinnornas personliga upplevelser och tankar kring sin förlossning. Denna intima och känsliga erfarenhet kräver ett närgånget, lyhört samtal för att kunna förstås fullt ut. Vårt mål har varit att dessa samtal ska upplevas som stärkande för intervjupersonerna, samtidigt som de tillför ovärderlig kunskap för att förbättra vården.

Tillsammans hoppas vi att denna rapport på ett övertygande sätt kan förmedla afrosvenska kvinnors verklighet, på ett sådant sätt att det leder till konkreta förbättringar - så att den påtagliga ojämlikheten i bemötande och vårdresultat äntligen kan åtgärdas.

Victoria Kawesa, doktorand i genusvetenskap
Anne Kubai, docent

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	7
1.1	BAKGRUND	7
1.2	SYFTET	8
1.3	FRÅGESTÄLLNINGAR	8
2	TIDIGARE FORSKNING	10
2.1	DEFINITION AFROFOBI	10
2.2	AFROFOBIBEGREPPET – RASISM, HATBROTT OCH DISKRIMINERING AV AFROSVENSKAR/SVARTA PERSONER	10
2.3	AFROFOBI OCH RAS SOM SOCIAL KONSTRUKTION	12
2.4	AFROFOBI OCH DISKRIMINERING	13
2.5	AFROFOBINS HISTORIA I SVERIGE OCH I SAMTIDEN	13
2.6	AFROFOBI I FÖRLOSSNINGS/MÖDRAVÅRDEN	15
3	TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	21
3.1	FÄRGBLINDA SVENSKA SAMHÄLLET OCH RASBEGREPPET	21
3.2	VITHETSNORMER OCH RASIFIERING AV SVARTHET	23
3.3	MIKROAGGRESSIONER – SUBTIL RASISM	26
3.4	BEGREPPET ETNICITET OCH DEN SVARTA/AFROSVENSKA IDENTITETEN	27
3.5	BEGREPPET RASIFIERING OCH DEN SVARTA/AFROSVENSKA IDENTITETEN	28
3.6	JÄMFÖRELSE OCH SKILLNADER MELLAN ETNICITET OCH RASIFIERING	28
3.7	VIT SKÖRHET	29
3.8	VITA RUM	30
3.9	STEREOTYPA FÖRESTÄLLNINGAR OM SVARTA KVINNORS KROPPAR	33
3.10	OBSTETRISK VÅLD/RASISM MOT SVARTA KVINNOR	35
4	METOD	37
4.1	ANALYTISKT TILLVÄGAGÅNGSSÄTT	37
4.1.1	<i>Diskursanalys</i>	37
4.2	AVGRÄNSNINGAR	38
4.3	INSAMLING AV DET EMPIRISKA MATERIALET	39
4.4	BESKRIVNING INTERVJUPERSONERNA	40
4.5	KODNING	41
4.6	ETISKA ÖVERVÄGANDEN	42
5	RESULTAT OCH ANALYS	43
5.1	HOMOGENA VITA SVENSKA FÖRLOSSNINGSAVDELNINGAR	43
5.1.1	<i>Brist på representation</i>	43
5.1.2	<i>Diskriminering av en svart barnmorska</i>	44
5.1.3	<i>Vita rum</i>	46
5.1.4	<i>Den vita blicken i förlossningsrummet</i>	48
5.2	KRAV PÅ JÄMLIK VÅRD OCH LIKABEHANDLING	49
5.2.1	<i>“Det ska ju funka lika för alla om vi betalar lika då”</i>	49
5.2.2	<i>“För det är inte så att det är likabehandling”</i>	50
5.3	ATT KÄNNA SIG OSYNLIGGJORD OCH IGNORERAD	52
5.3.1	<i>“När de inte betraktar en som en människa...”</i>	52
5.3.2	<i>“... den konstiga svarta tjejens historier...”</i>	53
5.3.3	<i>“Folk hoppade över mig i väntrummet med blicken”</i>	54
5.3.4	<i>“Jag kände mig inte hörd eller informerad...”</i>	55
5.3.5	<i>“...att tjata till mig saker...”</i>	56

5.3.6	"Håll käften nu, du ska ut härifrån"	57
5.3.7	"Jag ville ha sen avnavling... men det fanns liksom inte utrymme att respektera det"	58
5.4	RÄDSLOR OCH ORO INFÖR GRAVIDITET OCH FÖRLOSSNING	59
5.4.1	"... har man någon som för ens talan?"	59
5.4.2	"Kan ni kolla? Kan ni kolla?"	60
5.4.3	"... jag pratar bra svenska och nu måste ni lyssna på mig"	61
5.5	AFROFOBISKA STEREOTYPER OCH FÖRESTÄLLNINGAR OM SVARTA KVINNOR	63
5.5.1	"... jag är bara en karikatyr eller en stereotyp..."	63
5.5.2	"Hennes folkslag behöver hjälp med att sättas igång vid förlossning"	63
5.5.3	"Har du barn av samma sort som du?"	65
5.5.4	"... du är en arg svart kvinna igen"	67
5.5.5	"Jag är inte här för att bråka"	68
5.5.6	"De uppfattade det som att jag attackerade dem"	69
5.5.7	"Ja, men det är ju så svårt att hitta blodådror på er svarta"	70
5.5.8	"Nej jag tror inte du behöver någon lustgas"	72
5.6	STEREOTYPA FÖRESTÄLLNINGAR OM SVARTA/AFROSVENSKA BARN	74
5.6.1	"... men hon är så ljus"	74
5.6.2	"... svarta barn, de föds inte med sin mörka hudton i början"	75
5.6.3	"... de var ju rädda för att hon hade gulsot"	76
5.7	KROPPSLIGA INTEGRITETSKRÄNKNINGAR	77
5.7.1	"Vad är det du inte fattar när jag säger nej?"	77
5.7.2	"Ursäkta mig, vad tror du att du håller på med?"	78
5.7.3	"Så här gör du, tjoff in i barnets mun"	80
5.8	NEDLÅTANDE OCH STIGMATISERANDE BEMÖTANDE	81
5.8.1	"Är det okej att jag kallar den lilla skitungen?"	81
5.8.2	"Ja, vadå, vill du ha ett kejsarsnitt nu som alla kvinnor..."	82
5.8.3	"Har du funderat på att det kanske kan vara tecken på HIV?"	83
5.8.4	"Hallå! Har du varit i Afrika? Har du testat dig för HIV?"	85
5.8.5	"... en barnmorska med en fruktansvärd attityd"	86
5.9	BRISTANDE EFTERVÅRD	87
5.9.1	"Hela natten var vi bara där. Ingen checkade på mig"	87
5.9.2	"... de hade inte gett mig den hjälp jag borde få"	88
5.9.3	"Jag fick någon annan patients medicin"	90
5.9.4	"Om du inte leker med dina tuttar, då ska de inte rinna"	91
5.10	BRISTANDE KUNSKAP OM OCH HANTERING AV SICKLECELLANEMI HOS KVINNOR MED AFRIKANSK HÄRKOMST	93
5.10.1	"Ingen har någonsin testat mig i Sverige"	93
5.10.2	"För i Sverige är det så smygrasistiskt"	95
5.10.3	"... i Sverige finns en så dumdrigtig rädsla..."	96
5.11	POSITIVA UPPLEVELSER	98
5.11.1	"Med henne fick jag den här mänskliga kontakten"	98
5.11.2	"... hon var helt fantastisk. Jag kände mig sedd"	99
5.11.3	"... det blev en positiv stämning i förlossningsrummet"	100
5.11.4	"... kände att jag kunde påverka min förlossning. Och att jag blev lyssnad på"	101
5.12	TRAUMATISKA UPPLEVELSER	103
5.12.1	Ett barn är nära att dö.....	103
5.12.2	Ett barn dör.....	105
5.12.3	Ett barn dör i magen	111
5.12.4	En pappa dör under graviditeten.....	113
5.12.5	Psykisk misshandel under graviditet och förlossning.....	115
5.13	STRATEGIER: ATT TA KONTROLL ÖVER SIN FÖRLOSSNING	118
5.13.1	"Jag tror att man är mer utsatt om man inte känner till sina rättigheter, om man inte har koll"	118
5.13.2	"Vad håller ni på med? Ingen bestämmer över hur jag föder!"	119
5.13.3	"För jag sa att jag inte kommer att ha något kejsarsnitt"	121
5.13.4	"Tala om för mig vad du ska göra först"	122
5.13.5	"För nu är det jag som ska föda barn och mina smärtor"	123

15.13.6	<i>“Jag stod upp och födde henne”</i>	125
15.13.7	<i>Hemförlossning - “en så jävla annorlunda upplevelse”</i>	126
15.13.8	<i>“Och moderkakan grävde vi ner i trädgården”</i>	127
6	SAMMANFATTNING AV DE CENTRALA INSIKTERNA I RAPPORTEN.....	128
7	VERKTYG FÖR SVARTA KVINNOR ATT HANTERA RASISM I FÖRLOSSNINGS- OCH MÖDRAVÅRDEN	130
8	AVSLUTANDE REFLEKTIONER	131
9	FÖRSLAG PÅ ÅTGÄRDER	134
10	REFERENSER.....	137
11	BILAGA (1) INTERVJUMALL	143
12	BILAGA (2) PROFIL INTERVJUPERSONERNA	144

1 INLEDNING

1.1 Bakgrund

Studien kartlägger och undersöker afrosvenska/svarta kvinnors upplevelser av mödra- och förlossningsvården i Region Stockholm. Kunskap om afrosvenska kvinnors upplevelse av bemötandet i mödra- och förlossningsvården är bristfällig och därför ser vi den här studien som en grund och nyckel till förändring. Denna tanke har alltid ingått i RFSU:s egen övertygelse gällande normförändrande arbete och kan även appliceras på arbetet mot afrofobi. Att motverka afrofobi i mödra- och förlossningsvården är viktigt för att uppnå målet med en jämlik vård. För att motverka afrofobi måste vi också erkänna dess existens, och detta kan uppnås med hjälp av kunskap och folkbildning. Utifrån studiens resultat vill vi ta fram rekommendationer för att förbättra vårdbemötandet för målgruppen. Den långsiktiga planen är att utveckla en metod som kan minska risken för ojämlikt bemötande i vården. Men innan en sådan metod kan utvecklas behövs det kunskap och underlag för att få en bild av afrosvenska kvinnors upplevelser av afrofobi i förlossningsvården i Stockholm Region. Det övergripande målet är att förlossningsvården är jämlik för alla kvinnor.

Genom att belysa vikten av att prata om afrofobi under utbildningen av vårdpersonal kan studien bidra till att motverka negativa föreställningar innan de hinner ta plats inom olika vårdenheter. Vi ser utbildningar om afrofobi och antirasistisk kompetens inom mödra- och förlossningsvården som en viktig grund för att arbeta vidare med frågan men också för att målgruppens erfarenheter ska nå rätt personer. Spridning av studien kommer även ske till den afrosvenska målgruppen där ser vi det som viktigt att involvera afrosvenskar och ta del av deras tankar om studiens resultat. Vi hoppas på att studien kommer kunna vara en del av kunskapshöjande åtgärder om afrofobi inom mödra- och förlossningsvården som ett sätt att uppnå jämlik vård.

1.2 Syftet

Det övergripande syftet är att producera en rapport som undersöker afrosvenska kvinnors upplevelser och erfarenheter av afrofofi och hur den uttrycks i förlossnings- och mödravården. Syftet är att noggrant utvärdera och belysa de centrala teman som lyfts fram i berättelserna. Kunskapen om afrosvenska kvinnors upplevelse av bemötandet i mödra- och förlossningsvården är bristfällig och vi ser ökad kunskap som nödvändig för förändring.

Det andra syftet är att intervjupersonerna känner sig delaktiga i framtagandet av kunskapen i rapporten. Därför är ett viktigt syfte att stärka afrosvenska kvinnor genom att öka deras kunskap och strategier för att kunna hantera afrofofiska händelser under förlossningen. Därför kommer vi att kartlägga afrosvenska kvinnors förväntningar inför förlossningen för att de spelar stor roll i hur förlossningen upplevs.

En annan viktig aspekt är hur kvinnorna resonerar kring deras upplevelse av bemötandet och kommunikationen från personalen på förlossningsenheten. Här är det viktigt att fånga upp vilken typ av stöd de fick i relation till vad de efterfrågade för stöd och hjälp under förlossningsprocessen. Vi kommer att ge plats och utrymme för kvinnornas upplevelser av kränkande behandling under förlossningen och hur den uttrycks. Här är det viktigt att beakta de strategier som kvinnorna använde för att hantera de kränkande handlingarna.

Vi avgränsar oss till att kartlägga afrofofi som är en specifik form av rasism och diskriminering riktat till personer som identifieras som afrosvenskar. Vår kartläggning fokuserar endast på afrosvenska kvinnor som fött barn i Region Stockholm.

1.3 Frågeställningar

De övergripande frågeställningarna är:

1. Har afrosvenska kvinnors behov tillgodosetts inom förlossnings- och mödravården?

2. Har afrosvenska kvinnor känt sig trygga med personalen inom förlossnings- och mödravården?
3. Har afrosvenska kvinnor fått det stöd de önskade under förlossningen och i mödravården?
4. Vilka erfarenheter har afrosvenska kvinnor av bemötande eller behandling från vårdpersonal som upplevts som kränkande, nedsättande eller ignorerande?
5. Vilka specifika strategier använder afrosvenska kvinnor för att bemöta afrofobi och rasism inom förlossnings- och mödravården?
6. Vilka rekommendationer har afrosvenska kvinnor för att motverka afrofobi inom förlossnings- och mödravården?

Vi har fyra huvudteman i intervjuguiden:

- Förväntningar inför förlossningen och i mödravården
- Upplevelsen av bemötandet och kommunikation av personalen under förlossnings- och mödravården
- Strategier under förlossningen för att hantera kränkande behandling
- Rekommendationer för att förbättra bemötandet och motverka afrofobi i förlossnings- och mödravården

Intervjumall (se bifogad bilaga 1).

2 TIDIGARE FORSKNING

2.1 Definition Afrofobi

Regeringen definierar afrofobi som: ”ideologier, uppfattningar eller värderingar som ger uttryck för fientlighet mot afrosvenskar (Regeringen 2022). I den här rapporten utgår vi ifrån afrofobi som ett paraplybegrepp för rasism, diskriminering och hatbrott riktade mot afrosvenskar/svarta personer (Kawesa, 2016).

2.2 Afrofobibegreppet – rasism, hatbrott och diskriminering av afrosvenskar/svarta personer

Afrofobibegreppet är betydelsefullt för att belysa den särskilda rasism och diskriminering som svarta/afrosvenska individer upplever (Kawesa, 2016; McEachrane, 2016; Hübinette, Beshir och Kawesa, 2014).

Termen myntades i Sverige 2006 av Afrofobigruppen som var en arbetsgrupp som skapades i ett samarbete mellan Afrosvenskarnas riksförbund (numera Afrosvenskarnas riksorganisation) och Centrum mot Rasism.¹ Syftet med att använda detta begrepp var att tydliggöra den särskilda rasism som afrosvenskar möter i ett samhälle där vithet är normen, såsom Sverige. Begreppet synliggör att det finns flera olika rasismer och att det är viktigt att studera rasism i konkreta empiriska sammanhang (Solomos och Back, 1996). Brottsförebyggande rådet (Brå) började använda begreppet 2008 i myndighetens hatbrottsstatistik (Brå, 2022:7).

Begreppet afrofobi har blivit allmänt vedertaget inom politiken och samhället i Sverige. Av regeringsförklaringen den 14 september 2021 framgår att arbetet mot afrofobi och andra diskrimineringsgrunder ska intensifieras.² Till grund för arbetet

¹ Afrofobigruppen grundades av Kitimbwa Sabuni, Victoria Kawesa, Mkyabela Sabuni och Jan Lönn år 2005 för att bl.a få "afrofobi" att bli ett etablerat begrepp i Sverige.

² Regeringen, Regeringsförklaring den 14 september 2021, <https://www.regeringen.se/tal/2021/09/regeringsforklaring-den-14-september-2021/> (hämtad 2024-06-15)

ligger den nationella planen 'mot rasism, liknande former av fientlighet och hatbrott', där afrofofi ingår som en form av rasism med ett eget åtgärdsprogram.³

Enligt regeringen är rasism definierat 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."

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."*

Insatser för att motverka afrofofi har uppmärksammats i FN:s beslut att utse 2015–2024 som det internationella årtiondet för personer med afrikansk härkomst (A/RES/68/237).

Forum för levande historia har tagit fram en kunskapsöversikt om erfarenheter av rasism i kontakt med svenska myndigheter och andra offentliga verksamheter. I den beskrivs studier om hur stereotypa föreställningar gör att människor inte bemöts utifrån sina specifika behov i vården, vilket kan leda till försämrade eller uteblivna behandlingar. Det finns även erfarenheter av nedprioritering eller bortprioritering. Upplevelser av kränkande bemötande inom hälso- och sjukvården, däribland förlossningsvården, har även lyfts fram i dialogen med civilsamhället. Det har också beskrivits hur utsatthet för olika typer av rasistiska beteenden bidrar till stress och ohälsa (Lundström och Wendt Höjer, 2021).

Brå presenterade en studie om afrofofi som visar att afrofofi är det främsta skälet bakom anmälda hatbrott, förutom generell främlingsfientlighet. Dessa brott påverkar afrosvenskarnas vardag och kan öka deras känsla av att vara exkluderade. (Brå, 2022:7). Diskrimineringsombudsmannen publicerade rapporten *"Att färgas av*

³ Regeringen, 2022, Åtgärdsprogram mot afrofofi, <https://www.regeringen.se/informationsmaterial/2022/07/atgardsprogram-mot-afrofofi/> (hämtad 2024-06.15)

Sverige - upplevelser av diskriminering och rasism bland ungdomar med afrikansk bakgrund i Sverige” (Kalonaitye, Kawesa et al., 2007). Denna studie fokuserar på unga människor med afrikansk bakgrund mellan 15 och 31 år. Vidare utforskades hur svarta hanterar rasism och diskriminering genom att samla kunskap om deras strategier (Kalonaitye, Kawesa et al., 2008).

2014 fick Mångkulturellt centrum i uppdrag av Arbetsmarknadsdepartementet och integrationsministern att sammanställa en översikt om afrofofi, med rekommendationer för att bekämpa detta i samhället. Rapporten om afrofofi framhävde behovet av att tydliggöra ojämlikheterna för afrosvenskar i jämförelse med majoritetsbefolkningen (Hübinette, Beshir och Kawesa, 2014).

Vi måste betona att det finns en brist på studier som fokuserar på hur afrosvenska kvinnor upplever afrofofi. Detta kan leda till att deras unika utsatthet som både svarta och kvinnor inte uppmärksammas. Därför är den aktuella undersökningen om hur afrosvenska kvinnor bemöts i mödra- och förlossningsvården ett betydelsefullt sätt att belysa hur afrosvenska kvinnor riskerar att bli utsatta för diskriminering och exkluderade från en jämlik vård på grund av strukturella och intersektionella faktorer som påverkar varandra.

Intersektionalitet (Crenshaw, 1991; Lykke, 2003) syftar på att olika sociala kategorier och maktstrukturer, såsom kön, etnicitet, klass och sexualitet, samspelar och förstärker varandra. Ett intersektionellt perspektiv innebär att man analyserar hur dessa olika sociala faktorer tillsammans skapar upplevelser av diskriminering, privilegier och underordning.

I det här fallet innebär det att afrosvenska kvinnor riskerar att utsättas för diskriminering och exkludering i vården på grund av en kombination av deras rasifiering och kön, där dessa olika aspekter samverkar och förstärker varandra.

2.3 Afrofofi och ras som social konstruktion

När vi pratar om ras som en social konstruktion handlar det om hur idén om ras skapas och förändras genom rådande sociala interaktioner, samhällsinstitutioner och

övertygelser snarare än att vara ett biologiskt fastställt faktum. Denna syn betonar att uppfattningar om ras är något som skapas socialt. Sociala konstruktioner av ras är ofta kopplade till maktdynamik och används för att legitimera olika former av ojämlikhet och sociala hierarkier inom samhällen (Morning, 2007; Nyborg, 2019; Obach, 1999).

Precis som andra former av rasism har afrofobi i Sverige en lång historia. Det handlar om ogrundade antaganden om att vissa grupper är överlägsna/underlägsna andra grupper baserade på biologiska och/eller kulturella egenskaper. Historiskt sett har läkarvetenskapen använt biologisk ras som ett verktyg för att underbygga idén om en rasistisk hierarki och stödjande uppfattningen att det finns svarta gener som gör att svarta är sämre än vita (Yearby, 2012).

2.4 Afrofobi och diskriminering

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 bussen, affären, skolan, gatan, arbetsplatsen, hälso- och sjukvården. Afrosvenskar möter olika former av kränkande behandling som nedlåtande och stereotypa kommentarer, hatbrott och afrofobiskt språkbruk (Kalonaityte, Kawesa et al., 2007; 2008). När man lyfter fram afrofobi, är det viktigt att analysen belyser maktaspekter utifrån intersektionella, normkritiska och strukturella perspektiv för att kunna förstå dess påverkan på afrosvenskars liv. Ofta påverkas afrosvenska män av rasprofilering medan afrosvenska kvinnor riskerar sexualisering och exotifiering i det offentliga rummet (Kalonaityte, Kawesa et al., 2007; 2008; Hübinette, Beshir och Kawesa, 2014).

2.5 Afrofobins historia i Sverige och i samtiden

Sambandet mellan Sveriges koloniala historia och dagens afrofobi är uppenbart. Under perioden 1784 till 1878 hade Sverige kontroll över ön St Barthélemy i Karibien. Ön fungerade som en viktig hamn för frihandel, inklusive slavhandel. Det svenska järnet spelade en viktig roll i slavhandeln över Atlanten, vilket visar på Sveriges

ekonomiska engagemang och vinster från kolonialismen (Körber, 2019). Sverige var också involverade i utvecklingen av den vetenskapliga rasismen genom Carl von Linnés arbete. Han är mest känd för att ha utvecklat den biologiska taxonomin, det vill säga en strukturerad klassificering av naturen. Han engagerade sig dock även i utvecklingen av rasbiologi där han kategoriserade människor baserat på hudfärg och kopplade specifika egenskaper till dessa rasindelningar. Linné observerade mänskliga beteenden och egenskaper som fasta och ärvda biologiska egenskaper. Bethencourt skriver till exempel om hur Linné beskrev afrikaner, vilka han kallade för *homo apfer*:

"Afrikanen var svart, flegmatisk och avslappnad; de hade lockigt svart hår, silkeslen hud, en platt näsa och svullna läppar; de var lata, vårdslösa och listiga; de smorde in sig med fett; och de styrdes av nycker" (Bethencourt, 2014, s. 252–253).

Linnés system är en rashierarki som placerar vita européer överst i hierarkin, vilket antyder att de är överlägsna andra grupper av människor. Denna hierarki förstärks av negativa egenskaper som tillskrivs, särskilt, afrikaner, som beskrivs som "lata, slarviga, och listiga" till skillnad från européer som beskrivs som "muskulösa, uppfinningsrika och skarpa" (Bethencourt, 2014, s. 252–253). Sådant hierarkiskt tänkande understöder rasistiska ideologier genom att hävda den naturliga överlägsenheten hos en ras över en annan. Linnés klassificering i "Systema naturæ" (Polaszek, 2010) är ett exempel på hur vetenskaplig diskurs historiskt har använts för att legitimera och upprätthålla rasistiska hierarkier. Det visar på hur rasistiska ideologier integrerades i vetenskapliga metoder, vilket i betydande grad lade grunden för utvecklingen av koloniala och rasistiska ideologier i efterföljande århundraden.

Rasforskning har en lång tradition i Sverige som alltså sträcker sig tillbaka till Linné, men mellan 1830-talet och 1960-talet tog det ett tydligt uttryck (Hagerman, 2017). Det medicinska fältet är inte, och har aldrig varit, politiskt eller socialt neutralt. Detta speglas särskilt i dess djupa band till kultur, politik, ekonomi, och sociala villkor (Björkman och Söderfeldt, 2023). Det historiska arvet från transatlantiska slavhandeln och medicinska experiment utförda på förslavade har haft en avgörande roll i utvecklingen av västerländsk biomedicin, och fortsätter att påverka dagens sjukvård (Owens och Fett, 2019). I Sverige manifesterades detta genom inrättandet av världens första statliga institut för rasbiologi år 1922 (Ericsson och Martin, 2021;

Broberg, 1995). Statens institut för rasbiologi, som grundades av ett riksdagsbeslut och sedan fick en officiell ställning som en del av universitetsstrukturen i Sverige, bidrog till att ge idéer om människoraser och hierarkier en vetenskaplig legitimitet. Den svenska rasbiologin har bidragit till en bred förankring av rasistiska teorier i både utbildning och samhällsliv i Sverige, vilket till slut inkluderade tvångssteriliseringar och andra integritetskränkande åtgärder mot individer som klassade som lägre stående (Hagerman, 2017). Även om man idag inte ser biologiska raser som vetenskap, har dessa rasistiska idéer och föreställningar fortfarande konkreta verkningar på dagens samhällsstrukturer och den afrofobi som drabbar svarta människor.

2.6 Afrofobi i förlossnings/mödravården

I Sverige har kvinnor från subsahariska Afrika en större risk för perinatal (tiden kring förlossningen) dödlighet än resten av befolkningen. I en studie av Essén et al (2000) tittade forskare på 15,639 förlossningar i Malmö och fann att perinatal dödlighet var högre bland kvinnor med utländsk bakgrund än bland kvinnor födda i Sverige. Den förhöjda risken för dessa negativa utfall kvarstod även efter att hänsyn tagits till andra bakomliggande faktorer som diabetes, blodbrist (anemi), förhöjt blodtryck (preeklampsi), för tidig lossning av moderkakan (placentaavlossning) och begränsad tillväxt hos fostret under graviditeten.

Alltså, även när man räknade bort effekten av sådana medicinska komplikationer, så hade kvinnor med ursprung från länder söder om Sahara fortfarande en betydligt högre risk för problem som små barn, neonatal stress och att barnet skulle dö runt förlossningen.

Forskare föreslår att kvinnor från söder om Sahara behöver noggrannare övervakning under hela graviditeten för att minska risken för perinatal dödlighet. Studien identifierar vikten av sociala och exogena faktorer såsom socioekonomiska förhållanden och tillgång till vård, och lyfter behovet av riktade vårdinsatser för att balansera dessa olika utfall (Essén, Hanson et al., 2000).

I en debattartikel i Läkartidningen “*Rekommendation för gravida från Subsahara behöver nyanseras*” av Sten Axelsson Fisk, med dr, ST-läkare, gynekologi och obstetrik, Lasarettet i Ystad, kritiserar författaren de nationella rekommendationerna för igångsättning av förlossning för kvinnor med ursprung i Afrika söder om Sahara. Under 2021 gav Nationellt programområde för kvinnosjukdomar och förlossning ut en rekommendation att kvinnor med ursprung i Afrika söder om Sahara ska bli igångsatta i vecka 41 + 0, utan hänsyn till om det finns andra riskfaktorer för att barnet kan dö i livmodern (Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård, NPO Kvinnosjukdomar och förlossning, 2021). För svenskfödda kvinnor som är omföderskor och som inte har andra riskfaktorer, rekommenderas att förlossningen ska börja före vecka 42 + 0. Denna rekommendation baseras på forskning som visar att kvinnor födda i Afrika söder om Sahara har en dubbelt så hög risk för dödfödslar vid fullgången tid jämfört med kvinnor födda i Sverige (Socialstyrelsen, 2018). Vidare skriver författaren att en rapport från Socialstyrelsen visar att barn som låg i säte (det vill säga kom ut från moderns livmoder med baken först) och vars mödrar hade ursprung i Afrika söder om Sahara, hade fem gånger högre risk att avlida jämfört med barn till mödrar födda i Sverige. Detta kunde bero på att vårdpersonalen inte hade upptäckt i tid att barnet låg i säte, vilket gjorde att de inte kunde planera en lämplig förlossning för denna situation (Socialstyrelsen, 2016). Axelsson Fisk belyser en problematik i de nuvarande rekommendationerna för hantering av risker för dödfödelse. Trots att dessa rekommendationer grundar sig i statistik som visar förhöjda risker för vissa grupper, menar författaren att de misslyckas med att ta hänsyn till de bakomliggande sociala faktorerna. Rasism och socioekonomiska omständigheter lyfts fram som potentiellt avgörande faktorer som ofta förbises.

Författaren ifrågasätter särskilt användningen av etnicitet som en biologisk riskmarkör och argumenterar istället för att rasism i sig bör betraktas som en mer betydande riskfaktor. Detta, menar Axelsson Fisk, är något som behöver adresseras både inom sjukvården och i samhället i stort.

Denna problematik återspeglas även i regionella skillnader i hur Socialstyrelsens data tolkas och implementeras. Medan de nationella riktlinjerna och Region Skåne använder det bredare begreppet "ursprung" som en potentiell riskfaktor, har Region

Stockholm valt att specifikt peka ut "född i Afrika söder om Sahara" i sina riktlinjer. Västra Götalandsregionen, å andra sidan, har valt att helt utelämnat födelseland som en faktor i sina riktlinjer för hantering av risker för dödfödsel. Dessa variationer i regionala riktlinjer understryker komplexiteten i frågan och behovet av en mer nyanserad förståelse av de faktorer som påverkar risken för dödfödsel.

Axelsson Frisk argumenterar för införandet av ett intersektionellt perspektiv i sjukvårdens riktlinjer och praxis vilket anses nödvändigt för att adekvat hantera de varierande risker som patienter med olika bakgrunder kan ställas inför samtidigt som författaren uppmanar till en förändring där man inte enbart förlitar sig på medicinska interventioner för att lösa problem som i grunden är sociala utan istället aktivt arbetar mot de strukturella orättvisor som bidrar till dessa hälsoproblem. En särskild betoning läggs på den bristfälliga diskussionen kring rasism inom svensk sjukvård och samhället i stort där Axelsson Frisk påpekar att Sverige släpar efter i denna debatt jämfört med länder som Storbritannien och USA, där frågor om rasifieringens påverkan på medicinska riktlinjer och patientvård diskuteras mer öppet. Avslutningsvis efterlyser författaren mer forskning och debatt kring utformningen av nationella riktlinjer, förbättringar för att göra riktlinjerna mer inkluderande och rättvisa samt ökad medvetenhet och kunskap inom sjukvården om hur strukturell diskriminering, inklusive rasism, påverkar patienters hälsa och behandlingsresultat. Dessa åtgärder hoppas Axelsson Frisk kunna bidra till en mer jämlik och effektiv sjukvård, som tar hänsyn till patienters olika förutsättningar och behov (Axelsson Frisk, 2024).

Forskning om svarta kvinnors erfarenheter av rasism inom mödra- och förlossningsvården eller hälso- och sjukvården överhuvudtaget domineras av forskning från USA (Hamed, Bradby et al., 2022). Forskning i USA har visat på att svarta kvinnor utsätts för konstant stress på grund av den marginalisering och stigmatisering som uppstår av att de besitter intersektionella identiteter⁴ som att vara

⁴ Begreppet "intersektionella identiteter" handlar om hur olika sociala kategorier som kön, etnicitet, klass, sexualitet, funktionalitet etc. 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.

kvinnor, gravida och svarta. Detta resulterar i en högre risk för sämre hälsoutfall hos svarta kvinnor under graviditet och förlossning (Rosenthal och Lobel, 2011). Emellertid har det gjorts forskning i Europa om diskriminering och rasism inom vården, som även tar hänsyn till data från Sverige. I studien *Racism in European health care: Structural violence and beyond* (Hamed, Thapar-Björkert et al., 2020). Enligt forskarna påverkar strukturellt våld och tyst rasism vårddagare i Europa. Till exempel berättade en kvinna med somaliskt ursprung i en intervju hur hon uppsökte förlossningsavdelningen med starka smärtor, men blev avvisad och skickad hem. Nästa dag när hon återvände misstänktes att hennes barn hade dött i magen. Kvinnans värkar hade inte tagits på allvar vilket ledde till det värsta tänkbara utfallet, trots hennes upprepade försök att få hjälp. Detta visar hur strukturellt våld kan yttra sig. Forskningsprojektet baseras på intervjuer med 160 personer, med fokus på elva av dessa samtal som handlade om rasism inom vården. Resultatet visade att det är vanligt att bli bortprioriterad vid akuta vårdbehov, vilket en intervjuad kvinna med somalisk bakgrund vittnar om. Kvinnan berättade att även andra kvinnor med somalisk bakgrund i Sverige har förlorat sina barn på grund av bristande mödravård. Trots att det inte går att påvisa att denna brist kommer av rasism, då den oftast är dold, så sker det genom osynliga mekanismer som tydligt påverkar människor (Hamed, Thapar-Björkert et al. 2020, s. 1666). Forskarna förklarar att det är vanligt att kvinnor som rasifieras som "etniska minoriteter" betraktas som överdrivet känslolösa när de uttrycker smärta inom vården, vilket leder till att deras vård inte prioriteras. Enligt forskarna är det viktigt att se de erfarenheter som beskrivs i studien i ett större sammanhang.

I sin magisteruppsats "*Att vara svart hela livet.*" *Afrosvenska kvinnors erfarenheter av bemötande från barnmorskan före, under och efter förlossningen - En kvalitativ studie av intervjuer*" (Zulu, 2021), utforskar författaren de unika svårigheter som afrosvenska kvinnor möter inom svensk mödravård. Tretton afrosvenska kvinnor blev intervjuade och deras svar analyserades genom kvalitativa metoder. Afrosvenska kvinnor upplever ofta diskriminerande beteenden och förutfattade meningar från sjukvårdspersonal, vilket påverkar deras förlossningsupplevelse och allmänna vård. Dessa erfarenheter inkluderar nonchalanta attityder, oprofessionellt bemötande och en brist på förmåga att skapa relationer eller ge adekvat vägledning under en kritisk tid. Studien understryker behovet av ökad medvetenhet och

utbildning bland sjukvårdspersonal om kulturella skillnader och icke-diskriminerande vårdpraxis. Syftet med texten är att öka förståelsen för hur “etniska minoriteters” upplevelser av sjukvårdssystemet skiljer sig från majoritetsbefolkningens och att uppmana till en diskussion och förändring inom sjukvårdspolitik och praktik för att säkerställa en mer jämlik och inkluderande vård. Genom att belysa dessa frågor strävar studien efter att bidra med värdefull kunskap som kan leda till förbättrade interaktioner mellan sjukvårdspersonal och patienter från olika etniska bakgrunder, och därmed förbättra vårdresultaten för alla patientgrupper (Zulu, 2021).

I Ljungdahls kandidatuppsats (2021) granskas hur afrofobi påverkar svarta kvinnors erfarenheter inom den perinatala vården i Sverige. I studien analyseras svarta kvinnors berättelser och erfarenheter i syfte att undersöka och beskriva hur afrofobi manifesterar sig inom den perinatala vården i Sverige. Frågeställningen går ut på att identifiera om och hur afrofobi yttrar sig i den perinatala vården samt att undersöka svarta kvinnors upplevelser i samband med detta fenomen.

Genom en kvalitativ innehållsanalys av svarta kvinnors beskrivningar av sina möten och erfarenheter inom vården har studien identifierat att afrofobi är vanligt förekommande inom den perinatala vården enligt dessa kvinnors upplevelser. Kvinnorna upplever att deras smärta inte tas på allvar och att de homogeniseras baserat på stereotypa föreställningar om den svarta kvinnan. Det framkommer att både strukturella och internaliserade hinder finns för att adressera dessa problem inom vården. Studien pekar på behovet av att öka medvetenheten om afrofobi och dess påverkan inom vården. Författaren rekommenderar att strukturella förändringar behövs för att bekämpa afrofobi och rasism inom den perinatala vården. Det föreslås att vården måste arbeta för att öka kulturell kompetens, eliminera stereotyper och främja en mer respektfull och inkluderande vårdmiljö för svarta kvinnor för att säkerställa en rättvis och jämlik vård för alla patienter. Genom att analysera och lyfta fram svarta kvinnors konkreta upplevelser och vittnesmål av afrofobi i vården, bidrar studien till ökad medvetenhet och förståelse för de utmaningar och diskriminering som svarta kvinnor kan möta inom den perinatala vården i Sverige (Ljungdahl, 2021).

I sin studie *Minimizing race through colourblind healthcare: examining Black women's experiences of medical racism during prenatal care* (Christy, 2021) skriver författaren att gravida svarta kvinnor upplever sämre hälsoutfall för både mödrar och spädbarn än kvinnor från de flesta andra grupper. Hon skriver att det är fortfarande lite känt hur gravida svarta kvinnor upplever dessa mer dolda former av rasism under prenatal vård. Hon använder sig av begreppet "*färgblind sjukvård*" för att förklara hur medicinsk rasism, som vanligtvis uppfattas som ett öppet och direkt fenomen, också är dolt. Genom intervjuer med svarta kvinnor i Kanada och Jamaica visar hon att svarta kvinnor hanterar denna svårfångade form av medicinsk rasism, antingen genom att minska eller centrera diskussioner kring ras under den prenatala vården.

3 TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER

Forskning har konsekvent visat att rasism påverkar hälsan negativt. Rasism kan ta sig både explicita och implicita former. I den här studien kommer vi fokusera på de mer implicita och mindre övertydliga manifestationerna av strukturell rasism. När man undersöker rasism inom sjukvårdssystemet sammanflätas skadliga institutionella praktiker och negativa stereotypa föreställningar av svarta kvinnor på ett sätt som osynliggör deras behov och smärta.

Även om svarta kvinnors interaktion med vårdpersonalen inte direkt betecknas som rasistisk, så kan den förstås inom en kontext där rasism är en integrerad del av samhällets strukturer (Hamed et al., 2020). Författarna förklarar att strukturellt våld och tyst rasism påverkar vårdtagare i europeisk kontext. Den strukturella rasismen innefattar ofta inte öppna, utförda aktioner av diskriminering, utan snarare det som inte görs – som erkännandet av rättigheter och vårdbehov.

3.1 Färgblinda svenska samhället och rasbegreppet

Rasism är på olika sätt inbyggt i svenska institutioner och det är tydligt genom Sveriges "färgblinda" rasism (Bonilla-Silva, 2006) som innebär en praktik av förnekande, minimering och ignorans kring hur rasifiering, som en socialt konstruerad process, strukturerar ojämlikheter. Detta sätt att arbeta inom vården innebär att man ignorerar och inte tar hänsyn till hur skillnader baserade på rasifiering struktureras i samhället.

Färgblind rasism (Bonilla-Silva, 2006) är en teoretisk term som beskriver en form av rasism där individer hävdar att de inte uppfattar eller agerar mot andra på grund av deras hudfärg eller rasifiering, samtidigt som de, omedvetet eller medvetet, stödjer praktiker och beteenden som upprätthåller rasifierade ojämlikheter och förtryck. Denna form av rasism är subtilare och inbäddad i rutiner som på ytan verkar vara icke-diskriminerande men som effektivt bär bias mot personer som exkluderas från vitheten. Den svenska synen på färgblindhet anses vara en form av progressiv antirasism (Hübinette, 2017).

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. Idén är att man i stället ska behandla alla människor lika som individer, oavsett deras hudfärg. Detta synsätt brukar benämnas som "färgblindhet" och har setts som ett progressivt och rättviseinriktat sätt att hantera mångfald och diskriminering. Emellertid har färgblindhet 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.

En färgblind, rasneutral strategi är i grunden orättvis eftersom den återspeglar normaliteten och osynligheten hos 'vithet', samtidigt som den ignorerar de bördor som svarta personer får bära som en konsekvens av afrofofi.

När man rasifieras, görs den svarta personen till problemet i en vit normativ miljö. I Sverige förnekar man kraftigt rasbegreppet och hävdar att det inte har någon relevans i dagens samhälle (Hübinette, 2017). Sverige lyfts fram som ett progressivt färgblint samhälle som har överkommit problemet med ras och rasifiering. Om man anlägger det färgblinda synsättet på mödra- och förlossningsvården förnekar man ett behov av att undersöka fördomar och stereotypiska föreställningar bland vårdpersonalen eftersom det finns ett grundantagande om att till exempel läkare, barnmorskor och undersköterskor är yrkesgrupper som försäkrar ett empatiskt bemötande och ett antirasistiskt förhållningssätt och kompetens (Mapedzahama, Rudge et al., 2012). Förlossningsvården framstår då som en neutral plats som har överkommit problemet med rasifiering av vissa grupper som faller utanför den vita svenska normen.

Färgblind rasism innebär att de personer som uppvisar sådant beteende hävdar att de inte låter rasifiering påverka deras beslut eller synsätt. Detta ger intrycket av att de agerar neutralt och objektivt. Sådana uppfattningar upprätthåller en samhällsordning där rasifieringsprocesser inte märkbart diskuteras, samtidigt som de bygger på och förstärker befintliga vithetsprivilegier och sociala ojämlikheter.

Normaliseringen av otillräckliga responser på afrofbiska incidenter upprätthåller en skadlig miljö för svarta kvinnor. Denna normalisering är rotad i ett bredare samhälleligt sammanhang där vithet ofta är omarkerad och inte utmanad, vilket i sin tur skyddar och bibehåller systemisk rasism inom vårdinstitutioner, som diskuteras flitigt i litteraturen om systemisk rasism och förlossnings- och mödravården.

3.2 Vithetsnormer och rasifiering av svarthet

Vithetsnormer definieras som de osynliga normer och värderingar som etableras med utgångspunkt i vita människors erfarenheter och perspektiv. I samhället och inom olika institutioner är de rådande normerna präglade av att vita kulturella uttryck, beteenden och egenskaper betraktas som norm eller eftersträvansvärda. Detta påverkar i sin tur vilka förväntningar, beteenden och policyer som formas.

Vithetsnormer etablerar och bibehåller en maktdynamik där personer som tillhör eller ansluter sig till vad som uppfattas som "vit" kultur får strukturella och interpersonella fördelar.

Vithetsnormen kan förstärka negativa stereotyper som finns inom afrofbina genom att sällan eller aldrig ifrågasätta eller korrigera dem. När vita normer och värderingar dominerar, blir de negativa bilderna av svarta människor mer accepterade som sanning.

Vi lever med det historiska arvet av vithet. Den västerländska vitheten har skapats enligt en hierarki baserad på idén om raser, där den svenska vitheten historiskt sett har placerats högst inom den så kallade germanska rasen. Detta har konstruerat svenskar som "de vitaste bland alla vita nationer" (Hübinette, et al., 2012; Kawesa, Knoblock, et al., 2023). I Sverige är svenskheten likställd med vithet (Mattsson och Pettersson, 2007; Hübinette och Lundström, 2014), vilket innebär att en hegemonisk

typ av vithet har skapats (Hübinette och Lundström, 2014). Denna vithet utgör en hierarki som blir standarden och normen, utifrån vilken alla kroppar som inte anses tillräckligt vita, och därmed inte tillräckligt svenska, mäts (Kawesa, Knobbloch, et al., 2023).

Den progressiva nordiska vitheten (Loftsdóttir och Jensen, 2016; Lundström och Teitelbaum, 2017; Lundström och Hübinette, 2020) kan vara nästan omöjlig att förkroppsliga även för andra vita personer som i en svensk kontext anses vara ”invandrare” då de inte anses kunna anförtros att förkroppsliga de exceptionella värderingar som kopplas till den svenska vithetens oskyldighet (”white innocence”) (Wekker, 2016).

Den svenska vitheten definieras inte enbart utifrån fysiska egenskaper som hudfärg och hårfärg. Den definieras också av att den svenska vita normen uppfattas som exceptionell och dominerande (Habel, 2012). Det leder till att den vita, svenska identiteten och erfarenheten uppfattas som den självklara, normativa utgångspunkten, medan andra grupper som rasifieras marginaliseras eller osynliggörs.

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.

Genom att lyfta fram hur den svenska vitheten konstrueras som exceptionell och hegemonisk, synliggörs de maktstrukturer som gynnar vissa gruppers erfarenheter och villkor på bekostnad av andra. Detta är en central utgångspunkt inom kritiska vithetsstudier.

Det innebär att inträde till den vita svenska positionen skyddas och bevakas genom att exkludera en stor grupp av människor som annars skulle anses vara vita som till exempel blonda och blåögda personer från till exempel Estland. Inom en svensk kontext där svensk vithet dominerar, betraktas de som ”den andre” och anses genom att exkluderas från att förkroppsliga den vita oskyldiga svenskheten (Kawesa,

Knoblock et al. 2023). I kontexten av förlossnings- och mödravård 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.

Med andra ord blir de vita kvinnornas upplevelser och förväntningar en slags mall eller måttstock som vårdpersonalen omedvetet utgår ifrån när de möter och bedömer patienter. Detta skapar en situation där rasifierade kvinnors behov och förutsättningar riskerar att osynliggöras eller inte mötas på ett adekvat sätt. 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. Svensk vithet därmed återskapas som en form av institutionalisering av rasism mot svarta patienter.

I analysen av materialet använder vi oss av det normkritiska perspektivet som synliggör hur svarthet och vithet konstrueras, dvs, görs och skapas i interaktionerna mellan intervjupersonerna och vårdgivarna. I kontexten är förståelsen av vithetsnormen som ett koncept en viktig faktor i hur rasifiering av svarta människor formas och upprätthålls. Vithetsnormen privilegierar vita grupper och tolkar andra grupper genom en lins där vita kroppar utgör normen och standard för seder och bruk inom vården. Det leder ofta till en systematisk diskriminering av individer som faller utanför det som konstrueras som vithet. I kontexten av förståelse för dessa koncept är vithetsnormen en kraftig faktor i hur rasifiering formas och upprätthålls genom den afrofofi som svarta personer utsätts för. Vithetsnormen privilegierar vita svenskar som grupp och tolkar andra grupper genom en lins där vita seder och utseenden ses som måttstocken, vilket ofta leder till systematisk diskriminering av rasifierade individer inom olika samhällssektorer i Sverige (Habel, 2008; Hübinette och Lundström, 2014).

Den färgblinda svenskheten innebär inte bara att rasbegreppet suddas ut, men också att vithet töms på dess rasifiering, där den får formen av ett ras-neutralt begrepp utan att kopplas till den historiska, sociala rollen som vithet har som maktposition.

Det strukturella, intersektionella och normkritiska perspektivet lyfter fram maktperspektivet och vem som har rätten att definiera vad som är rasistiskt.

Genomgående i studien kommer vi använda begreppet afrosvenska kvinnor och svarta kvinnor som alternativa begrepp. I denna studie är det de svarta kvinnornas perspektiv och upplevelser som är grunden för analysen och det teoretiska perspektivet. Det innebär att utgångspunkten inte är ett färgblint synsätt, där ras och rasifiering är osynliga mekanismer, tvärtom centrerar det svarta kvinnliga perspektivet hur de upplever sina interaktioner med vårdpersonalen gällande tillgång till jämlik förlossnings- och mödravård. Vi argumenterar att det färgblinda synsättet hindrar analyser som synliggör hur rasifiering av svarthet sker i samhällen där svarta kvinnor utgör en minoritet. Ett färgblint förhållningssätt innebär ett osynliggörande och förnekande av de praktiker som marginaliserar, osynliggör och tystar ned svarta kvinnors upplevelser av afrofofi inom förlossnings- och mödravården.

3.3 Mikroaggressioner – subtil rasism

En annan effekt denna utveckling har fått är att diskriminering i vissa hänseenden ändrat form, från uppenbara, medvetna och explicita yttranden och beteenden, till mer subtila former av aggressioner och kränkningar (Bonilla-Silva, 2017).

För att kunna beskriva dessa diskrimineringens mer subtila vardagliga uttryck har begreppet ”*mikroaggressioner*” myntats (Pierce, Carew et al., 1977).

Mikroaggressioner kan vara vardagliga handlingar i form av korta, verbala eller beteendemässiga förolämpningar som förmedlar fientliga, nedsättande eller negativa attityder gentemot minoritetsgrupper (Sue, Capodilupo et al., 2007).

Mikroaggression har som funktion att särskilja, ”andrafiera” och avhumanisera den rasifierade personen, antingen enskilt eller i ett socialt sammanhang. Förutom att bidra till ett upprätthållande av status-quo i rasifierade hierarkier, så skapar mikroaggressioner en påfrestning på rasifierade individer (Pierce et al., 1977; Nadal, 2010).

Mikroaggressioner kan ta sig många former, exempelvis i att ställa olämpliga frågor, ge nedlåtande kommentarer, icke-verbala signaler som indikerar främlingskap eller obekvämlighet, eller skapa miljöer och system som exkluderar eller ignorerar minoritetsgruppers behov och erfarenheter. Även om mikroaggressioner ofta kan vara subtila och oavsiktliga har de ändå en ackumulerande skadlig effekt på mottagarens psykiska och fysiska hälsa. De kan ge en "känsla av ständig vårdslöshet", vilket innebär en upplevelse av att ständigt bli bemött på ett vårdslöst, ignorant eller respektlöst sätt av omgivningen. En känsla av att ens behov och erfarenheter inte tas på allvar. De kan även ge "upplevelsen av att vara utanför den dominanta normen" vilket innebär en känsla av att inte riktigt höra hemma eller passa in i den rådande sociala och kulturella normen i samhället, som präglas av majoritetsgruppens erfarenheter och perspektiv (Sue, Capodilupo et al., 2007).

Enligt forskarna är det viktigt att uppmärksamma och motverka mikroaggressioner, då de är en del av vardagen för många marginaliserade grupper och kan leda till allvarigare konsekvenser som diskriminering och strukturell ojämlikhet.

3.4 Begreppet etnicitet och den svarta/afrosvenska identiteten

I denna studie utgår vi inte från begreppet etnicitet eftersom vi inte anser att etnicitet är likställd med den afrosvenska eller svarta identiteten. Etnicitet refererar till en gemensam identitet som baseras på språk, kultur, historia eller nationalitet. Det är en känsla av tillhörighet till en specifik grupp, ofta baserad på gemensamma förfäder eller kulturella traditioner. Etniska grupper kännetecknas vanligtvis av gemensamma traditioner, språk, religion och andra kulturella faktorer som ger dem en gemensam identitet (Hochman, 2019). För att synliggöra etnicitet som begrepp kan man till exempel prata om Bagandafolket, den största etniska gruppen i Uganda, som en etnisk grupp; där känslan av tillhörighet grundas på gemensamt språk, kultur och historia, snarare än en gemensam statsbildning. Bagandafolkets identitet är osynliggjord i det svenska samhället, men eftersom de anses vara svarta i Sverige, är det den identiteten som spelar roll. Det är snarare rasifiering av svarthet än av etnicitet som leder till att en person som tillhör Bagandafolket diskrimineras och utsätts för afrofobi i det svenska samhället. Därför är det viktigt att belysa hur

afrofobiska handlingar riktade mot afrikaner, svarta personer eller personer med ett afrikanskt påbrå, inte handlar om deras etnicitet, utan om en rasifiering av deras identitet i ett vitnormativt samhälle som Sverige.

3.5 Begreppet rasifiering och den svarta/afrosvenska identiteten

Ett sätt att undvika de problematiska aspekter som diskuterats ovan är att förstå ”ras” som en social konstruktion, det vill säga som något som skapas i en social process där specifika yttre kännetecken (till exempel hudfärg och hårfärg) ges betydelse och används för att dela in människor i distinkta grupper (Miles, 1989). Denna process brukar på svenska benämnas som *rasifiering* (De los Reyes, 2005). En fördel med rasifiering som begrepp är att det synliggör att det rör sig om en pågående social process där de specifika kännetecken som används för att rasifiera grupper och hur olika grupper rasifieras är kontextberoende och kan skifta över tid. Begreppet ”rasifierade grupper” har därför kommit att användas som ett sätt att urskilja de som utsätts för rasistisk maktutövning. I detta sammanhang bör emellertid påpekas att även kategoriseringen av vissa människor som ”vita” eller ”svenskar” är resultatet av en rasifieringsprocess med gränser som varierar över tid och kontext (Mattsson, 2005). Däremot har olika grupper – i kraft av var de befinner sig i den sociala hierarkin – olika stora möjligheter att påverka rasifieringen av såväl andra som sig själva, där ”vita” i kraft av sin maktposition kan osynliggöra sin egen rasifiering (DiAngelo, 2018).

3.6 Jämförelse och skillnader mellan etnicitet och rasifiering

Etnicitet och rasifiering är två begrepp som ofta används inom samhällsvetenskapliga diskurser för att beskriva sociala identiteter och gruppindelningar, men de representerar olika aspekter av social interaktion och individuell identifikation. Etnicitet är en bredare och mer inkluderande term som fokuserar på kulturell och historisk tillhörighet och behöver inte nödvändigtvis kopplas till fysiska eller genetiska egenskaper. Etnicitet är anknuten till en grupp känsla som ofta omfattar en vald och firad tillhörighet.

Rasifiering, å andra sidan, belyser hur vissa fysiska kännetecken inom en befolkning tas till grund för att tilldela status och strukturell makt, vilket ofta leder till ojämlik behandling och diskriminering. Rasifiering är en process som främst används som begrepp för att beskriva och analysera hur ras och etnicitet upprätthåller maktskillnader och förtrycksstrukturer inom ett samhälle. Dessa koncept är fundamentala för att förstå de djupare sociala strukturerna som påverkar interpersonell dynamik och samhällsutveckling.

3.7 Vit skörhet

Enligt DiAngelo i sin bok *White Fragility* (2018) handlar "vit skörhet" om den känslighet och försvarsmekanism som många vita människor uppvisar när deras rasifierade vita privilegier och fördomsfulla attityder ifrågasätts. Det är ett tillstånd av sårbarhet, irritation och ångest som uppstår när vita människor konfronteras med information om rasism och strukturell ojämlikhet.

Några av de centrala komponenterna i "vit skörhet" inkluderar:

- Känslighet för kritik eller diskussion om ras
- Snabbt emotionellt svar som ilska, skuld, rädsla eller förnekelse
- Uppfattningen att diskussioner om ras utgör ett personligt angrepp
- Oförmåga att se sina egna rasistiska föreställningar eller beteenden
- Upplevelsen av att vara orättvist behandlad eller anklagad när rasism påpekas
- Önskan att "vara en god vit person" i stället för att ta ansvar för rasism

DiAngelo hävdar att "vit skörhet" är ett centralt hinder för konstruktiva samtal om rasifieringsprocesser. När vita människor reagerar defensivt och känslomässigt på kritik eller diskussion om rasism, leder det ofta till att diskussionen avbryts eller vinklas om till att handla om vita personers känslor snarare än om rasismens verkliga effekter. Detta gör det svårt att uppnå framsteg kring dessa frågor.

DiAngelo menar att "vit skörhet" är ett betydande hinder för att uppnå rättvisa och jämlikhet. När vita människor ständigt reagerar defensivt och vägrar ta ansvar för rasism, hindrar det möjligheten till konstruktiv dialog, självkritik och förändring. Det upprätthåller i stället status quo och den strukturella rasism som gynnar vita privilegier. DiAngelo betonar att vita människor måste utveckla uthållighet, självreflektion och mod för att kunna delta meningsfullt i anti-rasistiska sammanhang.

Sammanfattningsvis beskriver DiAngelo "vit skörhet" som en problematisk emotionell och kognitiv respons hos många vita människor, som står i vägen för nödvändiga samtal och förändringar kring rasifiering och rasism i samhället. Att förstå och hantera denna skörhet blir därför centralt för att kunna uppnå jämlikhet inom vården.

3.8 Vita rum

“Vita rum” är ett begrepp som används inom vithetsstudier och i diskussioner om rasism för att beskriva rum och miljöer där det vita perspektivet och normativiteten upprätthålls särskilt starkt (Sullivan, 2007; Puwar, 2004).

Dessa kan vara fysiska eller metaforiska platser där vita normer och förväntningar starkt definierar den sociala och kulturella dynamiken. Inom kontexten av vithetsstudier, kan detta inbegripa akademiska, institutionella, eller sociala utrymmen där de precisa mekanismerna och effekterna av vithet mer tydligt kan studeras eller påvisas.

I det mer specifika sammanhanget av förlossningsvården, refererar begreppet vanligtvis till miljöer eller kontexter där normer, värderingar och förväntningar är starkt influerade av vit dominans och där detta fenomen påverkar vårdupplevelser och utfall. I ett samhälle där vita människor rankas högst i systemet upplever de hälsofördelar på grund av deras rasifiering och social positionering som vita (Bonilla-Silva, 2006).

Inom förlossningsvården kan dessa "vita rum" manifesteras sig genom hur vårdpersonalens attityder, föreställningar, och praktiker är omedvetet formade av vithetsnormer, vilket kan påverka kvaliteten och tillgängligheten av vård som erbjuds till rasifierade kvinnor.

Inom vårdutbildningen har det utförts studier som undersöker hur vithetsnormer införlivas och normaliseras i kliniska simuleringar och utbildningar för barnmorskor och sjuksköterskor. Detta inkluderar hur dessa normer påverkar förväntningarna på vård och kommunikation mellan vårdpersonal och patienter. Ett tydligt fynd i dessa studier är upptäckten av genomgående praxis där verkligheten av hur personer blir bemötta inom förlossningsvården är präglade av vithetsperspektiv i undervisningssituationer (Lamberson, Pearson et al., 2021).

Ytterligare studier pekar på erfarenheter av doulas och hur de hanterar interaktioner som är laddade av rasifiering och vithetsnormer, vilket understryker hur dessa sociala och professionella "vita rum" kan vara särskilt styrande för yrkesutövare som jobbar med kvinnor med olika bakgrunder (Salinas, Salinas et al., 2022).

Begreppet "den vita blicken" (the white gaze) används inom vithetsstudier och i teorier om rasism och är en analys av hur dominant vita perspektiv påverkar representation och tolkning av rasifierade andra, i synnerhet i kulturella, sociala och akademiska sammanhang. Det övergripande målet är att åskådliggöra hur denna vita synvinkel agerar normgivande och påverkar hur verkligheten konstrueras och förstås, ofta på ett sätt som upprätthåller rasifierade hierarkier och diskriminering.

I boken *"Black Bodies, White Gazes: The Continuing Significance of Race in America"* (2016) gör Yancy en grundlig analys av hur den vita blickens maktstruktur verkar förtryckande mot den svarta kroppen, och hur denna dynamik måste ifrågasättas och omförhandlas för att social rättvisa och jämlikhet ska kunna uppnås. Han skriver att den vita blicken tenderar att objektifiera och avhumanisera den svarta kroppen. Den vita blicken bär på underliggande rasistiska och koloniala antaganden som ser den svarta kroppen som främmande, hotfull och mindervärdig i förhållande till den vita normen. Författaren argumenterar att denna "vita blick" skapar en förtryckande dynamik där den svarta kroppen reduceras till en stereotyp.

Den vita blicken tillskriver den svarta kroppen negativa egenskaper som primitivitet, hypersexualitet och våldsamhet. Detta leder i sin tur till afrofobi, diskriminering, marginalisering och våld mot svarta kroppar i det verkliga livet. Den vita blickens makt är således djupt rotad både i samhället i stort och i de enskilda subjektens självuppfattning. Yancy uppmanar läsaren att aktivt motverka och dekonstruera denna vita, förtryckande blick genom att utveckla nya sätt att se på och förstå den svarta kroppen - bortom rasistiska stereotyper och hierarkier. Det handlar om att skapa alternativa, frigörande sätt att representera och bekräfta svarta kroppar och subjekt (Yancy, 2016).

Genom studier av den "vita blicken" försöker forskare och teoretiker identifiera och ifrågasätta de underliggande antaganden och värden som ligger till grund för det vita perspektivet och vad som påverkar interaktioner mellan olika rasifierade grupper (Nayak, 2007).

Begreppet "vit blick" är centralt i diskussionen om hur vithetsnormer påverkar observation och behandling av svarta individer. Detta refererar inte bara till hur individer blir sedda, utan också hur denna syn påverkar deras behandling, där de ofta blir betraktade och behandlade som något exotiskt eller spännande, snarare än erkänns som fullvärdiga, komplexa människor med egna önskemål och behov. "Den vita blicken" som koncept i forskning om förlossningsvården är vanligtvis utforskat genom linsen av rasifiering och obstetrisk våld. Termen "obstetrisk rasism" refererar till de specifika sätten på vilka rasifiering och diskriminering manifesterar sig inom förlossningsvården och hur detta påverkar utfallet för svarta kvinnor och andra rasifierade kvinnor (Maurice, 2023). En studie diskuterar hur svarta kvinnor ofta upplever en form av medicinsk våld inom förlossningsvården, där deras smärta och behov inte tas på allvar till följd av stereotypiska uppfattningar och förutfattade meningar, vilket kan ses som en manifestation av "den vita blicken" (Cooper Owens, 2017).

Det finns forskning som direkt eller indirekt berör effekten av "den vita blicken" på mödra- och förlossningsvården för svarta kvinnor. Dessa studier undersöker ofta bredare koncept som strukturell och institutionaliserad rasism, implicit bias, och dess påverkan på medicinsk vård och beslutsfattande. Implicit bias är en term för hur

våra omedvetna attityder och stereotyper har en avgörande påverkan på vårt beteende, trots att vi inte är medvetna om det (Fitzgerald, 2017).

Vita rum inom mödra- och förlossningsvården refererar till fysiska eller symboliska utrymmen där kulturella och strukturella normer domineras av "vit" kultur. Detta innebär inte bara att majoriteten av närvarande kan vara vita, utan också att själva vårdssituationerna, jargongen, beslutsfattandet, och behandlingsförslagen präglas av dessa normer. Vita rum kan också skapas genom språkanvändning, kroppsspråk och organisationskultur som medvetet eller omedvetet signalerar att rasifierade individers traditioner, erfarenheter och preferenser är mindre giltiga eller värdefulla. Denna dynamik i vita rum kan därmed förstärka ojämlikheter inom sjukvården, där svarta kvinnor riskerar sämre vårdupplevelser och -utfall. Detta kan inkludera allt från brist på adekvat vård till ökad risk för medicinska komplikationer, vilket många gånger rapporterats i kliniska utfall och patientnöjdheten. Att kritiskt granska och aktivt arbeta mot vithetsnormer och dynamiken i vita rum är centralt för att främja en jämlik och inkluderande vårdmiljö inom förlossnings- och mödravården. Det är också viktigt för den övergripande strävan efter rättvisa inom vårdsektorn.

3.9 Stereotypa föreställningar om svarta kvinnors kroppar

Svarta kvinnors kroppar och utseenden har länge varit föremål för stereotypa framställningar som tenderar att betona vissa fysiska egenskaper på ett sätt som ofta är både avhumaniserande och objektifierande. De stereotypiska föreställningar och fördomar som kretsar kring svarta kvinnors kroppar i samhället är djupt rotade och har en omfattande påverkan på deras vardagsliv, inte minst inom hälso- och sjukvården. Specifika stereotyper såsom att svarta kvinnor är starka, arga, aggressiva och hysteriska, kombinerat med en felaktig uppfattning om att de har högre smärttålighet, bidrar till signifikanta ojämlikheter i behandlingen de erhåller jämfört med andra demografiska grupper.

Inom sjukvårdssammanhang har dessa inrotade stereotyper visat sig vara särskilt skadliga. Forskning tyder på att vårdgivare ofta felaktigt uppfattar svarta kvinnor som mindre smärtkänsliga än sina vita motsvarigheter, vilket leder till mindre adekvat smärtbehandling. Stereotypen om större smärttålighet hos svarta kvinnor

kan även göra att tecken på seriösa hälsoproblem ignoreras eller minimaliseras, vilket ger sämre hälsoutfall. Ytterligare analyser belyser hur kontinuerlig övervakning och felaktiga antaganden om svarta kvinnors smärttålighet och medicinska behov fortplantar och upprätthåller existensen av rasifiering och diskriminering inom det medicinska fält (Campbell, 2021). Campbell skriver att svarta kvinnors upplevelser inom medicin präglas av avhumanisering eftersom medicin har konstruerat svarta kroppar medicinskt som "superkroppar" och okänsliga för smärta (Campbell, 2021; Cooper Owens, 2017). Myten om att svarta människor känner smärta annorlunda har länge använts för att förneka svarta kvinnors mänsklighet och rättigheter. Denna föreställning är rotad i biologisk rasism som fortsätter att förvränga den medicinska praktiken och upprätthålla obstetrisk rasism (Davis, 2019). Medicinsk rasism är en del av historien inom reproduktion, gynekologi och obstetrik. Svarta kvinnor har utsatts för experiment och arbete, såsom gynekologiska ingrepp för att bota fistelskador, utan att behandlas med respekt och värdighet (Campbell, 2021). Forskningen visar att de får bristfällig vård, eftersom läkarna tycks ha felaktiga uppfattningar om hur svarta personer upplever och uttrycker sin smärta (Mende-Siedlecki et al., 2019). Deras symptom blir ofta misstolkade när de försöker förmedla sin upplevelse av smärta. Studier har dokumenterat hur svarta personer regelbundet möts med skepsis när de rapporterar smärta, vilket leder till bristfällig eller felaktig behandling (Hoffman, Trawalter et al., 2016).

Kenya Glover förklarar att stereotypen om den starka svarta kvinnan ofta används emot dem och leder till att läkare tonar ner och inte lyssnar på deras klagomål. I stället för att behandla gravida svarta kvinnor som gravida vita kvinnor behandlas, ignorerar läkare ofta svarta kvinnor tills det är för sent (Glover, 2021).

När svarta kvinnor uttrycker känslor som ilska eller frustration kan dessa ofta felaktigt tolkas som överdrivna eller hotfulla. Forskning visar hur stereotypen om "den arga svarta kvinnan" ofta används för att avleda uppmärksamheten från angriparen och projicera skulden på den svarta kvinnan (Jones och Norwood, 2016). Stereotypen om den arga eller aggressiva svarta kvinnan påverkar hur de behandlas inom olika professionella och sociala sammanhang. Antropologerna Marcyliena Morgan och Dionne Bennett menar att stereotyper inte bara visar hur en kultur ser på en viss grupp människor, utan också hur den kontrollerar och förtrycker dem. De

konstaterar att beskrivningen av "den arga svarta kvinnan" är en kulturell ideologi som används för att tysta och avhumanisera svarta kvinnor. Detta sker genom att försöka beskylla dem för upplevelser av rasistisk sexism som påverkar dem på både en personlig och politisk nivå (Morgan och Bennett, 2006).

Detta är en del av den stereotypa framställningen som ständigt påverkar hur svarta kvinnor uppfattas inom olika sammanhang, nämligen genom en särskiljande och ofta negativt vinklad lens. Vidare, användningen av stereotypa mediabilder bidrar till att forma och begränsa möjligheterna för svarta kvinnor att ses som individualiserade subjekt och istället ses som representanter för en homogen grupp som definieras genom förvridna och reducerande stereotyper (Brooks och Hébert, 2006). Media och kulturella representationer fortsätter att förstärka och sprida dessa begränsande föreställningar genom en ensidig och ofta negativ skildring av svarta kvinnor. Denna representation i medier innebär inte bara att stereotyperna kvarstår, utan också att de vinner ökad spridning och uppfattas som sanningar i allt större utsträckning i samhället. På grund av sin isolering från svarta människor påverkas vita människor djupt av media och kulturella stereotypa föreställningar av svarta kvinnor (DiAngelo, 2018, s. 48–49). Trots exponering för skadliga stereotyper om svarta kvinnor hävdar bell hooks att vita människor fortfarande är likgiltiga inför denna felaktiga framställning (hooks, 1996, s.113).

3.10 Obstetrisk våld/rasism mot svarta kvinnor

Studien "*Obstetric violence a qualitative interview study*" (Annborn och Finnbogadóttir, 2022) undersöker begreppet "obstetriskt våld" genom en kvalitativ studie baserad på intervjuer med kvinnor i Sverige som rapporterat negativa förlossningsupplevelser. Forskningen avser att undersöka hur dessa kvinnor uppfattar och beskriver sina erfarenheter, vilka på grund av hur de behandlades under förlossningen, kan jämföras med våld. Fyra huvudkategorier av erfarenheter framträdde: *brist på information och samtycke, otillräcklig smärtlindring, bristande förtroende och säkerhet* samt upplevelser av rent *fysiskt och psykologiskt våld* inklusive hot från vårdpersonal (Annborn och Finnbogadóttir, 2022).

I Davis (2019) studie "Obstetric Racism: The Racial Politics of Pregnancy, Labor, and Birthing" betonar forskaren att medan termen "obstetriskt våld" kan förklara övergrepp mot gravida kvinnor, så bortser den från att undersöka hur rasism påverkar svarta kvinnors erfarenheter av mödravård och förlossning (Davis, 2019). Obstetrisk rasism introduceras som en kombination av medicinsk rasism och fördomar hos personalen, vilket skapar en miljö där svarta kvinnor och deras barn utsätts för onödig risk. Studien undersöker rasism inom förlossningsvården, och specifikt dess inverkan på svarta kvinnor i USA. Forskaren introducerar begreppet "obstetrisk rasism" som beskriver diskriminerande praktiker och attityder som svarta kvinnor stöter på i förlossningsvården, vilket kan påverka deras förlossningsupplevelser och resultat negativt. Forskaren diskuterar hur ras, klass och kön resulterar i olika förlossningsutfall för svarta kvinnor jämfört med kvinnor från andra demografiska grupper. Studien beskriver specifika incidenter av obetänksamt och nedlåtande beteende från medicinsk personal gentemot svarta gravida kvinnor. Syftet med texten är dels att informera om och belysa institutionella och systemiska frågor inom förlossningsvården som påverkar svarta kvinnor. Obstetrisk rasism yttrar sig i särbehandling (som kan vara avsiktlig och tvingande) som födande och gravida svart kvinnor utsätts för av vårdgivare och omfattar vitala brister i diagnos, kränkande och respektlös behandling, försummelse, utsättande för smärta och påtryckningar för att genomgå procedurer, vilket leder till negativa hälsoeffekter. Genom att definiera och diskutera obstetrisk rasism, syftar författaren till att bidra till en förändrad praktik och policy inom hälso- och sjukvård som bättre kan adressera och minska dessa skillnader för att skapa mer jämlika och säkra förlossningsmiljöer (Davis, 2019).

4 METOD

4.1 Analytiskt tillvägagångssätt

I denna studie har vi använt oss av semistrukturerade kvalitativa intervjuer med en narrativ struktur. Kvinnorna har fått beskriva sina upplevelser och erfarenheter på ett öppet sätt, utan att intervjuarna har ställt ledande frågor. Syftet med kvalitativa intervjuer är att skapa en djupare förståelse för ett fenomen eller en upplevelse. De ger utrymme för intervjupersonerna att berätta öppet om sina erfarenheter och perspektiv, utan att begränsas av förutbestämda svarsalternativ (Danielson, 2012).

Fokus i denna studie ligger på afrosvenska kvinnors upplevelser och erfarenheter av bemötandet och kommunikationen från vårdpersonalen i förlossnings- och mödravården. Vi har använt en frågeguide med öppna frågor som täcker olika delar av förlossningsprocessen och graviditetstiden. Detta lämnar utrymme för kvinnorna att lyfta fram de frågor de anser vara viktiga att berätta om, med huvudsakligt fokus på deras upplevelser av bemötandet och kommunikationen. Beroende på intervjupersonernas svar, har följdfrågor ställts för att förtydliga vad de menar. Mot slutet av varje intervjutema har avslutande frågor ställts, där intervjupersonerna har fått sammanfatta hur de skulle vilja att bemötandet i förlossningsvården kan förbättras och ge rekommendationer för att uppnå jämlik vård.

Sammantaget handlar kvalitativa intervjuer om att gå på djupet för att få en detaljerad förståelse för individers upplevelser, erfarenheter och perspektiv inom ett visst område. Detta skiljer sig från mer kvantitativa metoder som syftar till att mäta och generalisera (Danielson, 2012).

4.1.1 Diskursanalys

I denna analys har vi utgått från en diskursanalytisk ansats (Bhatia, Flowerdew et al., 2008). Det innebär att vi har undersökt hur människor tänker, talar och beter sig i relation till stereotyper - i det här fallet stereotyper om afrosvenskar. Syftet är att synliggöra hur maktordningar och diskrimineringsmönster påverkar människors

handlingar och bemötande i praktiken. Diskurser handlar om de föreställningar, normer och tankemönster som definierar vad som anses accepterat, normalt och riktigt i ett visst sammanhang (Van Dijk, 2005). Vi har alltså analyserat de underliggande sätt att tänka och prata om afrosvenskar som formar vad som uppfattas som "vanligt" eller "självklart" i det svenska samhället. Dessa diskurser påverkar i sin tur hur människor bemöter afrosvenska individer.

Genom att granska dessa diskursiva strukturer kan vi bättre förstå hur stereotyper och föreställningar om afrosvenskar upprätthålls och får konsekvenser i praktiken, till exempel inom vården. Vi har analyserat den underliggande tonen och diskursen som uppstår i dialogen mellan intervjupersonerna och vårdpersonalen i förlossnings- och mödravården.

Syftet har varit att identifiera och diskutera aspekter som kan uppfattas som kränkande eller rasistiska mot intervjupersonerna, utifrån vithetsnormen (Dufberg, 2021). På så sätt har vi kunnat synliggöra hur afrofofi och rasifieringsprocesser av afrosvenska kvinnor uttrycks i mötet med vårdgivarna och hur det samverkar med vithetsnormen. Analysen belyser afrosvenska kvinnors upplevelser och erfarenheter av afrofofi i förlossnings- och mödravården, ur ett perspektiv av rasifiering utifrån vithetsnormen, strukturell rasism och stereotypa föreställningar. Detta visar hur institutionella praktiker i vården inte sker i neutrala sammanhang, utan påverkas av maktordningar och diskrimineringsmönster som förstärker afrosvenska kvinnors exkludering från en jämlik vård.

4.2 Avgränsningar

Intervjupersonerna i studien identifierar sig som afrosvenska/svarta kvinnor. Urvalet har skett under förutsättning att de ska ha fött barn inom Region Stockholm. Vi har genomfört 20 individuella intervjuer. Vi ansåg att 20 intervjupersoner utgör en solid kvalitativ grupp. Begreppet mättnad används inom kvalitativa studier för att avgöra när tillräckligt mycket information har samlats in (Wolcott, 2002). Mättnad uppstår när inga nya teman läggs till genom att intervjua ytterligare en person.

Personer som har varit utsatta för diskriminering/rasism inom vården är generellt ovilliga att dela med sig av sina erfarenheter. Enligt Hamed et al. (2020) kan det bero på att deltagarna är rädda för de potentiella konsekvenserna av att deltagandet kan riva upp gamla sår. Kvalitativa intervjuer har fördelen att känsliga ämnen kan diskuteras på ett djupare plan, samtidigt som det är viktigt att det är kvinnorna som själva styr vad och hur långt de vill gå i sitt berättande. Det har därför varit viktigt att låta intervjupersonerna prata fritt kring de intervjuteman som vi har beskrivit i intervjuguiden. De afrosvenska kvinnorna som deltagit i studien har själva tagit kontakt och därmed varit motiverade att berätta sina upplevelser av förlossningen och kontakterna med mödravården. Alla intervjuade har uttryckt att intervjuerna haft en positiv verkan då det för många av dem är första gången som de har fått tid att reflektera över sina upplevelser. Det kan vara helande och befriande, särskilt när intervjupersonen är en svart kvinna som förstår sig på afrofofi och de utmaningar som svarta kvinnor möter i samhället generellt. Det har varit viktigt att kvinnorna valt hur, var och när intervjuerna genomförts för att underlätta deras deltagande.

4.3 Insamling av det empiriska materialet

Intervjuerna har huvudsakligen skett via zoom, två per telefon, en hemma hos intervjupersonen och en på RFSU:s kontor. Rekrytering har skett genom separatistiska rum på sociala medier som en tillgång för att nå målgruppen. Vi som har genomfört djupintervjuerna och skrivit rapporten är själva afrosvenska kvinnor, vilket vi ser som en nyckel för att skapa trygga samtal. Vi har kunnat rekrytera intervjupersonerna från våra egna nätverk och kanaler då vi är förankrade i nätverk som består av svarta/afrosvenska kvinnor. Som forskare har vi bedrivit liknande studier tidigare vilket gynnat arbetet i att ta fram rapporten, men också skapar en bra grund för tilltro från intervjupersonerna till vår förmåga att lyssna på och förstå deras erfarenheter av afrofofi. Vår förankring i den afrosvenska gruppen har hjälpt oss att rekrytera en bredd av afrosvenska kvinnor som intervjupersoner.

Valet av kvalitativ metod grundas i behovet av att samla målgruppens personliga upplevelser och tankar om den egna förlossningen. En persons förlossning är en intim och personlig erfarenhet, för många kräver tiden inför en förlossning en hel del mental och fysisk förberedelse, tiden efter präglas av omställningar i livet och

återhämtning efter graviditeten. Målsättningen med de individuella samtalen är att de ska upplevas som stärkande för målgruppen och att deltagarna ska få möjlighet att dela med sig av sina förlossningsberättelser. Genom samtal med målgruppen syftar studien till att hitta rekommendationer som på sikt kan förbättra ojämlikheten i bemötandet och vårdresultat för afrosvenska kvinnor. Dessa rekommendationer ska sedan förmedlas i dialog med relevanta vårdprofessioner eller vårdenheter som exempelvis lokala sjukhus med förlossningsenheter i Stockholm.

Intervjuerna har spelats in på röstinspelare för dokumentation, och anonymiserats genom att ge intervjupersonerna andra namn.

4.4 Beskrivning intervjupersonerna

Afrosvenska kvinnor är en heterogen grupp. En afrosvensk kvinna kan vara född i eller utanför Sverige, och kan ha afrikanskt, latinamerikanskt, afrikanamerikanskt, asiatiskt, europeiskt eller karibiskt påbrå. Det gemensamma för den afrosvenska gruppen är att de kan utsättas för afrofofi, det vill säga rasism och diskriminering som är kopplat till rasifiering av deras hudfärg och fenotyper. Det är viktigt att påpeka att vi inte ser hudfärg som en markör för etnicitet eftersom etnicitet oftast är kopplat till ursprung, kultur och religion och vi tittar inte på dessa kategorier i studien. När vi gjorde urvalet av intervjupersonerna var det viktigt att de identifierade sig som afrosvenska/svarta kvinnor och att de ansåg sig vara rasifierade på grund av att vara svarta personer och inte för att de tillhör en specifik etnicitet. I bilaga 2 finns information om intervjupersonernas pseudonymer, året de födde barn samt antalet förlossningar.

Dessa demografiska faktorer kan ge värdefull kontext för att tolka och förstå kvinnornas erfarenheter och upplevelser kring förlossnings- och mödravården. Vi har anonymiserat intervjupersonerna genom att ge dem pseudonymer. Användningen av pseudonymer i forskningssammanhang syftar till att skydda deltagarnas identitet, samtidigt som forskaren kan referera till dem i sin analys och redovisning. På så sätt bevaras konfidentialiteten.

Trots anonymiseringen kan det dock finnas en risk att de deltagande kvinnorna ändå blir igenkända. Därför har vi valt att inte skriva ut deras ålder eller vilken del av världen de kommer ifrån, eller några andra uppgifter om deras ursprung.

Det centrala är inte heller var de är födda, då vi inte använt den informationen. Det centrala är att kvinnorna identifierar sig som afrosvenska kvinnor, det vill säga att de har afrikansk påbrå. Det kan innebära att de är födda i eller utanför Sverige. Den gemensamma nämnaren är att de har upplevt kränkande behandling som hänger samman med vithetsnormer och att de rasifieras som svarta kvinnor inom förlossnings- och mödravården. Nyttan av studien för de intervjuade kvinnorna är att de får tillfälle att sätta ord på kränkande behandling men också de delar med sig om rekommendationer för att förbättra bemötande av svarta kvinnor inom förlossnings- och mödravården.

4.5 Kodning

I kodningen av materialet var flera nyckelaspekter centrala utifrån det diskursanalytiska perspektivet:

- Den underliggande tonen i intervjupersonernas berättelser - hur uttrycktes känslor, attityder och värderingar i deras sätt att berätta?
- Beskrivningar av reaktioner och kroppsspråk - hur kunde dessa icke-verbala uttryck belysa intervjupersonernas upplevelser?
- Hur intervjupersonerna uppfattade och tolkade vårdpersonalens beteende och eventuella underliggande antaganden - vilka mönster och tolkningar framkom i deras redogörelser?
- Identifiering av eventuella afrofbiska eller fördömande inslag i vårdpersonalens agerande, utifrån rådande rasifieringsprocesser och stereotyper kopplade till "svarthet".
- Beaktande av kontextuella faktorer som kan ha påverkat interaktionen mellan intervjupersonen och vårdpersonalen.
- Referenser till liknande situationer eller tidigare forskning som kan hjälpa att belysa den dynamik som framkom.

Målet med denna detaljerade kodning var att genomföra en nyanserad analys av den diskurs och maktrelation som kom till uttryck i dialogerna mellan intervjupersonerna

och vårdgivarna. Fokus låg på att förstå intervjupersonernas upplevelser av situationen, utifrån deras egen redogörelse och interaktion med vårdpersonalen, samt relatera detta till relevanta begrepp som afrofofi och vithetsnormer.

Genom denna djupgående kodning och analys syftade studien till att synliggöra och kritiskt granska de underliggande föreställningar och maktstrukturer som kunde inverka på afrosvenska kvinnors upplevelser och erfarenheter i mötet med förlossnings- och mödravården.

4.6 Etiska överväganden

Eftersom vi gör kvalitativa semistrukturerade intervjuer och vi vill att intervjupersonen pratar fritt, kommer känsliga personuppgifter att komma upp under intervjun såsom etnicitet och hälsa. I vår analys presenterar vi inte vilka länder kvinnorna kommer ifrån, vilken etnicitet de har eller vilka hälsotillstånd de har om det inte direkt har att göra med specifika hälsotillstånd knutna till upplevelsen av att diskrimineras för att de är afrosvenska/svarta kvinnor och som är relevant för frågeställningen om rasifiering och vithetsnormer.

Information, samtycke och personuppgifter

Studien genomfördes enligt de forskningsetiska principerna om informationskravet, samtycke, konfidentialitet och nyttjandekravet. Intervjupersonerna har alla skrivit under ett samtycker. De inspelade och transkriberade intervjuerna har avidentifierats genom att varken ursprungsland, bakomliggande sjukdomar, religion, språk eller etnicitet kommer att framgå i den slutgiltiga rapporten. Vi kommer inte heller ange på vilket sjukhus förlossningen skedde. De variabler som kommer tas upp i rapporten är kön, antal förlossningar i region Stockholm och självidentifiering som afrosvensk/svart kvinna.

Det är bara de två forskarna som bedriver forskningen som haft tillgång till intervjumaterialet. och bevarats på en plats där bara forskarna har tillgång till materialet. Det är forskarna som äger intervjumaterialet och RFSU som äger rapporten.

5 RESULTAT OCH ANALYS

Detta är en kvalitativ studie där de intervjuade afrosvenska kvinnornas berättelser och erfarenheter ges stort utrymme. Det är därför viktigt att läsaren har i åtanke att det är kvinnornas perspektiv som står i fokus, vilket tydliggörs genom direkta citat från dem.

Utifrån kvinnornas berättelser har vi kodat materialet genom att identifiera teman kopplade till vithet, afrofofi och stereotyper. Dessa teman analyseras och tolkas sedan genom en diskursanalys, där vi synliggör de underliggande innebörder och mönster som formar de strukturella samspelen mellan afrofofi, vithet och stereotyper.

För att fullt ut förstå hur dessa begrepp och perspektiv används i analysen, är det värdefullt om läsaren har tagit del av de föregående kapitlen - särskilt kapitel 2 om tidigare forskning och kapitel 3 om de teoretiska utgångspunkterna.

5.1 Homogena vita svenska förlossningsavdelningar

5.1.1 Brist på representation

*"Hur kan det vara så att vi inte är inkluderade i samhället på något vis? De är inte redo för svarta kvinnor, inte alls. Men när det kommer till diskussioner om förlossningsvården, varför bjuds inte en svart läkare eller barnmorska in? Varför händer det inte? Och när de väl lyckas hitta någon, då är det en svart person som är svensk och som inte ser problemen, utan snarare försvarar systemet."
(Nzinga)*

Nzingas citatet är tydligt kritisk mot den diskriminering som finns i samhället. Hon efterfrågar närvaron av svarta röster som lyfter fram och ifrågasätter den uteslutande och exkluderande praxis som svarta kvinnor upplever, speciellt i sammanhang som förlossningsvården. Hon ger uttryck för en djup frustration och besvikelse över

bristen på representation och adekvat uppmärksamhet till svarta kvinnors specifika behov och upplevelser.

Nzinga uttrycker en känsla, som svart kvinna, av att vara osynliggjord och inte erkänd i samhället, specifikt inom den medicinska kontexten där rasifiering och kön samspekar till svarta kvinnors nackdel. Det som upplevs som djupt kränkande är bristen på inkludering och att förståelse för den svarta kvinnans erfarenheter och behov mejslas bort till förmån för systemets utformning och behov, vilket ofta följer vita normer och förutfattade meningar.

Uttalandet pekar på hur vithetsnormen dominerar inom sjukvården, där vita läkare och barnmorskor traditionellt dominerar sammanhanget vilket bland annat påverkar patientvården och beslutsfattandet. Detta överensstämmer med forskning som visar att rasism vanligtvis förekommer i barnmorskeutbildningar, yrkesorganisationer och klinisk praxis (Wren, Serbin och Donnelly, 2016). Studierna visar att rasism och bristen på rasifierad mångfald inom barnmorskeyrket utgör ett hinder för svarta personer att fullfölja barnmorskeutbildningen och delta fullt ut i barnmorskornas yrkesorganisationer. Både patienter och svarta barnmorskor identifierade svarta barnmorskor som unikt positionerade för att tillhandahålla högkvalitativ vård för svarta patienter.

Även om rasifierade personer kan vara representerade inom vårdyrket, är det möjligt att de ändå kan adoptera vithetsnormativa attityder som påverkar hur sjukvård tillhandahålls till svarta kvinnor. Denna insikt belyser den fortsatta risken för diskriminering och bristande förståelse för svartas vårdbehov. Genom att internalisera sådana attityder riskerar vi att upprätthålla maktstrukturer och marginalisera redan utsatta grupper ytterligare (Wren, Serbin och Donnelly, 2016).

5.1.2 Diskriminering av en svart barnmorska

"Det var en svart amerikansk barnmorska som blev väldigt arg på dem innan de skulle göra kejsarsnittet på mig. Hon gick in och kollade vad som hade gjorts och de förklarade för henne att jag är överviktig. Då sa hon till dem att i min situation borde inte kejsarsnitt

göras, det skulle sätta mig i stor fara och risk. Hon sa att vi nu riskerar antingen att vi förlorar båda två eller så kommer vi förlora henne. 'Nej', sa de till henne, 'du är ny här, du vet inte hur det funkar här. Det är så här vi jobbar. Det är så här rutinen ser ut.' Och då började hon undra om de verkligen hade samma utbildning. De lät inte henne säga något. Hon fick inte komma och påpeka något. Utan de hoppade på henne, avbröt henne varje gång hon försökte säga något. Och det här var inte någon som är nyutexaminerad utan en som har jobbat i flera år, som hade flera års erfarenhet. Så jag undrar hur många som har fått gå igenom samma sak." (Alice)

Alices upplevelse belyser djupa problem inom sjukvårdssystemet som rör diskriminering baserad på rasifiering och mallar för hur medicinska beslut fattas. Berättelsen handlar om en svart barnmorska som utmanar sjukvårdsbeslut som fattats rörande Alices förlossning. Barnmorskan, med omfattande erfarenhet, bemöts med avvisning och misskreditering av kollegor som är ovilliga att överväga hennes synpunkter. Det framgår att barnmorskan mötte organisatorisk resistens och rasism som riskerade Alices säkerhet.

Alice beskriver hur den svarta barnmorskans kompetens och erfarenhet föttigt avfärdades. Det rungande meddelandet var tydligt: Trots beprövad kompetens ansågs hon inte vara tillräckligt bekant med eller kunnig nog att bidra till den medicinska bedömningen, vilket speglar djupt inrotade problem med sjukvårdskulturen. Alices redogörelse är uppladdad med en känsla av maktlöshet och frustration; inte bara beträffande hennes egen situation, utan också gällande den erfarna barnmorskan som stoppades från att göra sitt jobb. Den svarta barnmorska ansågs vara utanför sin behörighet att opponera sig eller påverka situationen och hennes yrkesmässiga kompetens avvisades, vilket pekar på en djup rasifierad bias inom sjukvårdsinstitutionen.

Den underliggande tonen vid sjukvårdsinteraktioner kan ibland dölja signifikanta risker för vissa individer, där etablissemang och rutin framhävs över patientens individualiserade behov och säkerhet. Denna händelse speglar ett större problem i sjukvården där rasifiering och professionell bias inte bara riskerar patienters

välbefinnande utan även underminerar sjukvårdspersonalens förmåga att ge säker och kompetent vård. Studier som undersökt hur svart hudfärg och rasifiering påverkar upplevelsen och positionen av sjuksköterskor inom den vita vårdsektorn, har kommit fram till att svarta sjuksköterskor upplever att deras rasifiering gör dem synliga och osynliga på samma gång på den "vita arbetsplatsen". Rasifiering och hudfärg är avgörande för svarta sjuksköterskors upplevelser av acceptans, representation och möjligheter i arbetet. Den rådande "vita normen" i vårdmiljön skapar utmaningar och hinder för svarta sjuksköterskor att fullt ut integreras och få erkännande (Mapedzahama, Rudge et al., 2012). Alice och barnmorskors erfarenheter tvingar fram en nödvändig dialog om hur professionalism ska förbättras över rasifierade gränser och antaganden. Att svarta läkare, barnmorskor och andra personer som rasifieras inte systematiskt inkluderas, eller när de inkluderas, förväntas anpassa sig till den vita normen snarare än att utmana och förändra den, visar på djupgående systematiskt diskriminerande strukturer (Wren, Serbin och Donnelly, 2016).

5.1.3 Vita rum

"Förlossningsavdelningen var väldigt vit. Det var nästan ingen utländsk personal förutom om det var folk som jobbade i köket och hämtade maten. Men barnmorskorna och läkarna, alla var vita svenskar. Väldigt homogent liksom." (Nakazzi)

Nakazzis observationer belyser en tydlig bild av brist på mångfald bland sjukvårdspersonalen vid hennes förlossning, vilket hon anser vara en illustration av den rådande vithetsnormen inom sjukvården. Hennes upplevelse reflekterar flera kritiska punkter gällande hur rasism och etnisk homogenitet kan påverka vårdupplevelsen för svarta kvinnor.

Nakazzis språkbruk där hon beskriver förlossningsupplevelsen som "väldigt vit" med en tydlig avsaknad av "utländsk personal" förutom inom tjänster som matdistribution, markerar en stark känsla av utanförskap. Det är tydligt att Nakazzi finner det både överraskande och frustrerande att vårdpersonalen, i synnerhet läkare och barnmorskor, endast utgörs av vita svenskar. Detta avspeglar de djupare

strukturerna inom den svenska sjukvården, där rasifierad mångfald ofta är begränsad till lägre betalda och mindre prestigefyllda yrken. Nakazzis beskrivning kritiserar implicit sjukvårdssystemets strukturella problem, där mångfald i professionella roller ofta brister. Det belyser inte bara en ojämlik rasifierad representation utan också en djupare hierarkisk ordning baserad på rasifiering, där positioner med högre status och ansvar ofta innehas av vita svenskar (Wren, Serbin och Donnelly, 2016).

När vårdpersonalen på en enhet har en ganska homogen profil, så riskerar det att förstärka de normer och föreställningar som är kopplade till vad som uppfattas som "normalt" eller "självkänt". Detta kan göra att svarta patienter upplever sig mindre bekräftade och inkluderade i vården.

”Och någonstans också, att vistas i vita rum, då förstår man också lite hur ”two-faced” de är vita svenskar. Men om man inte är van vid att vistas i vita rum...då ser man inte det där. Då tänker man bara att den där klappen på axeln och backhand-kindklappen är välvilja.” (Fumi)

Fumis berättelse ger en inblick i hur upplevelser i "vita rum", där dominansen av vita normer och personer är tydlig, påverkar svarta individers känslor och perceptioner. Fumi uttrycker en djup skepsis mot vita svenskers ärlighet eller opartiskhet, vilket hon beskriver som "two-faced". Denna misstro är rotad i erfarenheter av vita miljöer, där hon uttrycker att det finns en diskrepans mellan ytliga gestikulationer av vänlighet och en undanskymd diskriminerande hållning. Det ger en bild av hur svarta individer ofta måste tolka och navigera sofistikerade sociala kodningar och subtila tecken på förakt som kan döljas bakom en facade av korrekthet eller till och med välvilja. Uttrycket "vita rum" används för att beskriva miljöer där det vita, eurocentriska perspektivet dominerar såväl kulturellt som socialt. För individer som Fumi, som kanske oftare vistas i dessa rum, finns en utökad förmåga att se dynamiken och dubbelspelet som kan vara osynligt för de som inte har samma erfarenheter. Detta kan skapa en känsla av alienation och outtröttlig vakenhet, där varje gest och ord behöver tolkas för dolda betydelser.

Fumis användning av termen "two-faced" syftar på ett fenomen där vita personer utåt sett kan uppträda tillmötesgående eller vänligt, men inuti hyser en mer kall eller

avståndstagande attityd. Detta kan ses som en form av mikroaggressioner, där rasifierade personer upplever en diskrepans mellan den uttalade vänligheten och den faktiska attityden. Trots yttre tecken på tillgivenhet eller förståelse, finns det ofta en underliggande distans eller till och med fördomar som döljs. Denna typ av dubbelspel i sociala interaktioner är ett vanligt förekommande inslag i diskurser om rasism och mikroaggressioner. Det handlar om att rasifierade personer dagligen tampas med denna typ av subtila uttryck för rasism, där den verkliga attityden döljs bakom en fasad av vänlighet.

Erfarenheter som Fumis visar också på hur systematisk rasism blir normativ i samhällen som Sverige, där vithet rutinmässigt förblir den osynliga normen som alla andra mäts och bedöms emot. Detta system förstärker inte bara sociala och ekonomiska klyftor utan också individuella relationer, där rasistiska koder och förhållningssätt kan finnas integrerade nästan omärkbart i interpersonella utbyten. Fumis berättelse utmanar oss att överväga subtiliteterna och djupet av de rasistiska strukturerna och normerna som genomsyrar det svenska samhället. Genom hennes ögon blir vi påmind om hur även de minsta gesterna kan vara infekterade med djupare relationer av maktdynamik och rasism i ett samhälle där vita ofta besitter en normativ ställning. Denna insikt rustar oss att vara mer kritiska och försiktiga i vår bedömning av sociala dynamiker, speciellt i kulturellt och etniskt blandade sammanhang.

5.1.4 Den vita blicken i förlossningsrummet

”Med den här svenska barnmorskan, kändes det mer som att hon var åskådare. Och det är klart att hur aktiv ska man vara som barnmorska? Det är inte det jag snackar om. Du vet ju ”the white gaze”, där kommer jag, den här spännande afrikanska kvinnan. Det var någonting som var fel. Jag fick ingen kontakt med henne faktiskt.” (Zuri)

Zuris beskrivning av sin interaktion med barnmorskan ger en inblick i djupet av hennes upplevelse av vårdprocessen. Hon beskriver en situation där hon känner sig distanserad och exotifierad av vården, vilket signalerar både rasistiska undertoner

och en påverkan av vithetsnormen. Zuri uttrycker också frustration över bristen på meningsfull kommunikation och kontakt med barnmorskan. Hon förefaller känna sig maktlös och missförstådd, vilket underminerar grundprincipen om vård som skall vara inkluderande och respektfull.

Zuri upplever att hon ses som en objektifierad "spännande afrikansk kvinna" i den vita blicken vilket tyder på en form av rasifierad exotifiering. Denna upplevelse av att vara ett spektakel snarare än en individ med egna medicinska och emotionella behov är djupt problematisk och en källa till känslomässig smärta, alienation och distansering.

Begreppet "den vita blicken" (the white gaze) är centralt i diskussionen om hur vithetsnormer påverkar observation och behandling av rasifierade individer. Uttrycket kan förstås som ett sätt för vita individer att se på och tolka rasifierade utanför en kontext av jämlikhet och förståelse. I stället ses dessa genom ett filter av stereotyper, förutfattade meningar och exotisering.

Detta refererar inte bara till hur individer blir sedda, utan också hur denna syn påverkar deras behandling, där de ofta upphöjs till ett nyfikenhetsobjekt snarare än erkänns som fullvärdiga, komplexa människor med egna önskemål och behov. Erfarenheten som Zuri beskriver understryker ett större systematiskt problem där individer från etniska minoriteter ofta möter fördomar och rasism inom sjukvården. Dessa fördomar kan manifesteras sig som en brist på känslighet för patientens personliga upplevelse eller rentav en generaliserad behandling baserad på stereotyper

5.2 Krav på jämlik vård och likabehandling

5.2.1 "Det ska ju funka lika för alla om vi betalar lika då"

"För att de kan ju tycka så här, men herregud, tur för dig att få föda i Sverige och få så bra vård. Men när jag betalar 30% av min lön till skatt, då ska det funka för mig också. För det är ingen som säger till mig, 'du kan ju bara ge 10% för att du är svart'. Så att, ja, det ska ju funka lika för alla om vi betalar lika då." (Lima)

Lima ger uttryck för att även om hon betalar lika mycket i skatt som andra medborgare, förväntas hon vara tacksam för vård som borde vara garanterad alla skattebetalare. Detta synliggör rättvisans dubbelstandard och de antaganden som ofta görs om rasifierade minoriteter i välfärdssammanhang. Lima tar upp en central fråga om ekonomisk jämlikhet som bryts mot av rasistiska strukturer inom sjukvården. Hon påpekar att en implicit förväntan från samhället är att hon ska vara tacksam för den vård hon får, trots att hon bidrar ekonomiskt i samma utsträckning som andra medborgare. Underförstått i hennes uttalande är den problematiska förväntan att svarta individer ska känna en särskild tacksamhet för att leva och få vård i Sverige. Detta framställer att de goda elementen av välfärdssystemet inte är lika tillgängliga för alla, och att vissa förväntas vara mer tacksamma för lägre standard av tjänster, baserat på deras rasifierade bakgrund. Det blir tydligt att Lima upplever situationen som både obehaglig och kränkande och pekar på allvarliga brister vad gäller tillgång till jämlik vård. Genom att lyfta fram sitt ekonomiska bidrag och kravet på likvärdig sjukvård synliggör Lima en viktig aspekt av social rättvisa—att ekonomisk jämlikhet bör reflekteras i likvärdiga samhälleliga tjänster. Hennes observationer talar om djupare, systemiska och rasistiska antaganden som färgar interaktioner inom den offentliga sektorn i Sverige, inklusive sjukvården. Denna diskussion utgör en viktig grund för vidare dialog och åtgärder mot strukturell diskriminering i samhällssystem.

5.2.2 "För det är inte så att det är likabehandling"

"När de här rasisterna säger att jag ska vara tacksam att jag är i Sverige. Och jag blir så här, tacksam för vad? Jag har fel namn, så det passar inte in. Allting får jag kämpa tredubblat. Tacksam för vad? För det är inte så att det är likabehandling. Så det kan jag bli frustrerad över. Ja, i vården är det brister, som rasism inom vården. Och det är ett problem. Vård är allt. Hälsan är allt. Har man ingen hälsa har man ingenting." (Adema)

Adema uttrycker en tydlig frustration och känsla av orättvisa som speglar djupa strukturella problem i samhället och inom vården, speciellt som de relaterar till rasism och vithetsnormen. Hon konfronteras med en diskurs där hon uppmanas att

vara tacksam för att vara i Sverige, vilket hon upplever som kränkande givet de många svårigheterna hon möter delvis på grund av sitt namn och sin bakgrund. Hon uttrycker en protest mot den påtvingade tacksamhetsnormen och lyfter fram de realiteter och utmaningar som hon upplever i sitt dagliga liv på grund av rasistiska strukturer. Uttrycken "tacksam för vad?" och "allting får jag kämpa tredubblat" lyfter fram en känsla av att behöva kämpa hårdare än andra på grund av rasistiska och exkluderande strukturer i samhället. Detta visar på en djupgående trötthet över att kämpa mot ständig skevhet och orättvisa. Användningen av frasen "jag har fel namn, så det passar inte in" pekar på en djup känsla av att inte vara en del av det svenska samhället, av att ständigt ses som annorlunda eller främmande, vilket förstärker känslan av alienation.

Kravet på att vara tacksam speglar ett underliggande mönster, där rasifierade personer förväntas vara tacksamma för de möjligheter de får, oavsett de utmaningar och diskriminering de ställs inför. Detta ultimatum döljer de strukturella orättvisorna som rasifierade individer möter och ger en bild av Sverige som generöst, utan att erkänna behovet av grundläggande rättigheter och jämlikhet.

Påståendet att "i vården är det brister, som rasism inom vården" lyfter fram en allvarlig reflektion mot vårdsystemet där den största frustrationen ligger i att dessa brister existerar trots att hälsa är fundamentalt för allas livskvalitet. Genom att påpeka brister i vården betonar Adema hur bestämmande rasism är för hälsa, som när det går ut över medicinsk behandling och vård. Uttalandet belyser en kamp mot en vithetsnorm som alltför ofta ignorerar den ojämlikhet och de hinder som rasifierade medborgare möter. Kravet på tacksamhet i kombination med upplevelsen av systematisk rasism påverkar negativt individers möjligheter och deras syn på samhället de lever i. Diskussionen om samhällets strukturella problem behöver ta hänsyn till dessa erfarenheter för att riktigt kunna adressera och arbeta mot rättvisa och jämlikhet inom alla aspekter av samhället, inklusive hälso- och sjukvård.

Detta lyfter fram ett underliggande systemfel där samhällsstrukturer inte erbjuder lika möjligheter eller stöd för alla, särskilt inte för de som inte passar in i den "svenska normen". Även påpekandet att "*vård är allt, hälsan är allt*" understryker ytterligare hur väsentlig rättvis och icke-diskriminerande vård är för individens

grundläggande livsvillkor. Frågan om tacksamhet i detta sammanhang är kränkande eftersom den reducerar henne till en passiv mottagare av nåd i stället för en jämlik aktör i samhället med rätt till likvärdigt behandling och respekt.

5.3 Att känna sig osynliggjord och ignorerad

5.3.1 "När de inte betraktar en som en människa..."

"Ja, det är som att de inte ens ser mig som en människa. De kommer in i rummet och ignorerar mig helt. När de inte betraktar en som en människa och inte ger den respekten, då beter de sig så där. Och hur man känner betyder ingenting, för de lyssnar inte. Det är rasism. Den finns där i blickarna, i deras sätt att agera, i deras handlingar. Man känner deras irritation, man känner att de inte ens vill ha något med en att göra." (Nora)

Noras erfarenheter inom förlossningsvården ger en insiktsfull och kraftfull inblick i de djupa problem med rasism som hon stöter på. Hon beskriver hur hon ofta känner sig ignorerad och avhumaniserad, vilket förmedlar djupa känslor av isolering och respektlöshet. Hon känner sig reducerad till mindre än en människa, vilket tyder på djupgående mönster av rasistiska fördomar och beteenden i interaktionerna med svensk förlossningssjukvård, där man skulle förvänta sig en kontinuerlig demonstration av empati och professionalitet.

Nora skildrar en tydlig och smärtsam nonchalans och ovilja från vårdpersonalens sida att interagera med henne på ett betydelsefullt och mänskligt sätt. Detta förnedrande mönster manifesteras inte bara verbalt utan också genom icke-verbala signaler såsom avsaknad av ögonkontakt och ett oengagerat kroppsspråk, vilket hon tolkar som en form av "smygrasism".

Smygrasism är en subtil, ibland oavsiktlig form av rasism som inte alltid utgörs av direkta verbala övergrepp utan snarare genom handlingar, icke-verbala kommunikation och det oengagerade sättet vårdpersonalen interagerar med henne. Dessa subtila manifestationer av diskriminering är kanske inte direkt aggressiva, men de sänder starka budskap som är exkluderande.

5.3.2 "... den konstiga svarta tjejens historier..."

"Jag var deprimerad. Det var så många grejer. Och jag upplevde att min barnmorska på mödravården var för mycket av en åskådare i mitt liv. Och jag vet att det låter ganska konstigt när jag säger det här. Men det var som att hon bara lyssnade på den här konstiga svarta tjejens historier och anekdoter varje gång. Det fanns inget djup. Det var mer som att hon bara passivt lyssnade på ännu mer av mitt eländiga liv." (Zuri)

Zuris berättelse ger en viktig insikt i hur personliga interaktioner i hälso- och sjukvårdssammanhang kan påverkas djupt av både rasifiering och vithetsnormer, vilket i sin tur förstärker känslan av att vara ouppskattad och objektifierad som patient. Zuris beskrivning av situationen betonar hennes känsla av att vara isolerad och betraktad som en mindre viktig aktör i hennes vård. Hon beskriver känslan av att vara en sidoperson i sitt eget liv, där barnmorskan framstår som distanserad och inte engagerad på ett känslomässigt passande sätt. Det ger en bild av en klinisk och opersonlig relation där Zuri upplever att barnmorskan bara lyssnar utan att ge det djup och den förståelse som behövs, speciellt i en känslomässigt sårbar situation. Det övergripande budskapet är att vårdgivarens brist på medkänsla och personlig närvaro ledde till ökad sårbarhet snarare än det nödvändiga välbefinnandet och emotionella stödet som behövdes. Beskrivningen att vårdsamtalets avsaknad av djup och empati pekar på ett större problem där vårdgivare misslyckas med att etablera en djupare, meningsfull kontakt med patienter som rasifieras enligt vithetsnormen.

Vårdsituationer, inte minst i mödravården och under graviditeten, kräver finkänslighet. Zuri upplever att hennes livshistoria reduceras till "*den konstiga svarta tjejens historier*" vilket tyder på en rasifierad uppfattning där personliga erfarenheter och utmaningar behandlas som kuriositeter snarare än legitima medicinska eller psykologiska angelägenheter. Detta kan spegla djupare fördomar och stereotyper som påverkar vården av svarta kvinnor, där deras upplevelser ofta trivialiseras eller behandlas som marginella. Erfarenheten tyder på att sjukvårdssystemet kan sakna tillräcklig kulturell och antirasistisk kompetens för att möta behoven hos patienter som rasifieras. Detta kan orsaka känslor av missförstånd och otillräcklighet, vilket förvärrar redan befintliga känslor av depression och

isolation. Zuris erfarenhet upplyser om hur viktigt det är att sjukvården inte bara etablerar grundläggande kommunikation utan också strävar efter djupare och empatisk interaktion med alla patienter. Den beskrivna erfarenheten visar på vikten av känslighet och personligt anpassat stöd inom mödravården. Det oengagerade bemötandet från vårdpersonal kan potentiellt spegla djupare strukturella problem, som undermedvetna fördomar eller vithetsnormens inverkan på hur vården administreras och hur vårdrelationer etableras.

5.3.3 "Folk hoppade över mig i väntrummet med blicken"

"Men de brukade gå förbi mig, alltså när de letade efter någon med mitt svenska namn, vilket de förväntade sig skulle vara en vit svensk. Eftersom jag bär på ett svenskt namn, var det inte mig, en svart kvinna, de letade efter. Folk hoppade över mig i väntrummet med blicken." (Nambi)

Nambis narrativ speglar en blandning av besvikelse och indignation över att inte bli erkänd som bärare av sitt eget namn på grund av sin hudfärg och osynlighet och ignorerande som en svart kvinna kan råka ut för.

Att personalen förbiser henne, även när de ropar hennes "svenska namn", markerar en känsla av att vara osynlig och utesluten, baserat enbart på hennes hudfärg. Hennes erfarenhet i väntrummet speglar tydligt de rasifierade förväntningar och stereotyper som finns i samhället angående namn och identitet. Beskrivningen av hur vårdpersonal och andra i väntrummet ignorerar henne när de söker efter "någon med mitt svenska namn" - ett namn de förväntar sig ska tillhöra en vit svensk - understryker hur djupt rotade och automatiska dessa stereotyper kan vara. Trots att hon uppfyller kriterierna för att vara den de söker, utesluts hon på grund av sin hudfärg, vilket tyder på en djupgående rasistisk praxis.

Nambis erfarenhet visar på en diskrepans mellan hur hon definierar sin identitet och hur andra, genom sina förutfattade meningar, väljer att definiera henne som icke svensk för att hon är en svart kvinna. Detta pekar på ett större samhällsproblem där individen, oberoende av deras bakgrund, sociala kompetens eller rasifierad

tillhörighet, fortfarande kan bli diskriminerad baserat på rasistiska stereotyper. Det speglar en social struktur där rasifierade förväntningar och vita normer automatiskt kopplar namn till specifika fysiska attribut. Att inte bli erkänd eller till och med sedd på grund av dessa rasistiska, förutfattade meningarna och stereotyper om identitet och tillhörighet är djupt kränkande och bidrar till en känsla av alienation och exkludering samt en känsla av osynlighet och förbiseende. Genom att förvänta sig en vit svensk när de hör ett svenskt namn, avslöjar vårdpersonalen, kanske omedvetet, de rådande rasistiska strukturerna och vithetsnormen som genomtränger samhällsinstitutioner i Sverige. Det understryker hur djupt inrotade stereotyper och rasistiska föreställningar är i samhället, där ens svenskhet förmodas synas i ens yttre.

5.3.4 “Jag kände mig inte hörd eller informerad...”

”Jag kände mig inte hörd eller informerad under min vistelse på förlossningen och jag tror att min hudfärg och ursprung kan ha påverkat hur jag bemöttes. Det är viktigt att sjukvården arbetar på bättre kommunikation och ökad medvetenhet om rasism för att förbättra vården för alla.” (Hellen)

Hellen belyser en avsaknad av information och brist på lyhördhet som hon kopplar till sin hudfärg och ursprung. Detta tyder på en upplevelse av rasistisk diskriminering, där hennes behov och frågor inte tas lika allvarligt som de borde. Detta återspeglar en underliggande syn inom förlossningsvården där vithetsnormer och förväntningar baseras på stereotypa föreställningar kopplade till rasifiering. Hellens beskrivning av sina upplevelser på förlossningsavdelningen ger inblick i känslor av frustration och maktlöshet. Hon känner sig ifrågasatt och förbisedd på grund av sin hudfärg, vilket indikerar att hon känner sig marginaliserad. Denna typ av bemötande kan vara djupt kränkande och skapa en känsla av brist på tillit mellan patienten och sjukvårdspersonalen. Hellen understryker behovet av förbättrad kommunikation inom förlossningsvården för att bekämpa strukturell rasism och förbättra vårdupplevelsen för alla patienter. Som patient känner många svarta kvinnor sig maktlösa och inte lyssnade på. Det tvingar svarta kvinnor att hantera sina medicinska problem själva (Glover, 2021).

5.3.5 “...att tjata till mig saker...”

"Hade jag inte tjtatat så hade de inte gjort någonting, tror jag. Bemötandet var ju bra, men jag var tvungen att tjata till mig saker och ting. Jag brukar ju höra att folk har erbjudits, vad heter den här bollen, badet, det fick jag inte. Det var bara lustgas, 'gå runt, gå runt, promenera, promenera.' Och sen epiduralen." (Lima)

Limas erfarenhet i sjukvårdssammanhanget speglar en mycket specifik form av frustration där hon beskriver en känsla av att hon måste kämpa för att få grundläggande vård och stöd. Dessutom reflekterar hennes berättelse en bredare diskussion om vithetsnormen och rasistiska strukturer inom sjukvården. Lima uttrycker tydligt sin frustration när hon måste "tjata" för att få tillgång till vårdalternativ som andra får mer automatiskt. Att behöva tjata för vård är både utmattande och förnedrande, vilket undergräver förtroendet för sjukvårdssystemet och dess förmåga att skapa en inkluderande vårdmiljö. Lima känner sig orättvist behandlad jämfört med andra, vilket understryker en diskrepans i vårdkvalitet. Hon nämner specifika alternativ som "bollen" och "badet," vilket tyder på en medvetenhet om fler intensiva och fördelaktiga behandlingsmetoder som inte erbjuds henne. Limas situation återspeglar hur rasifiering kan påverka vilken typ av vård man erbjuds. Enligt vithetsnormen riskerar svarta kvinnor och andra marginaliserade grupper att ses som "mindre behövande" eller inte tillräckligt värdiga för samma resursintensiva vård.

Att Lima måste "tjata till sig" behandlingar pekar på institutionaliserad rasism där svarta kvinnor och andra rasifierade patienter ofta måste kämpa hårdare för att få adekvat uppmärksamhet och vård. Detta stärker känslan av alienation inom vårdinrättningar. Det kontinuerliga behovet att varje patient ska försvara och förhandla om sin vård är särskilt kränkande i en förlossningssituation där man är sårbar. Det förstärker känslor av maktlöshet och autonomiförlust, vilket är djupt kränkande och psykologiskt påfrestande.

5.3.6 "Håll käften nu, du ska ut härifrån"

"Jag hade så ont under förlossningen, jag var helt slut, och till sist sa jag så här, jag bara, 'nej, men jag orkar inte längre'. Och jag skrek, och det var en ny barnmorska som bara sa, 'sluta skrik', och jag blev så arg, jag bara, 'håll käften nu, du ska ut härifrån'. Jag hade liksom ingen ork bara..." (Farida)

Faridas upplevelse i förlossningsrummet ger uttryck för djupgående smärta och frustration. Det är tydligt från hennes berättelse att hon kände sig ignorerad och respektlöst behandlad just i ett ögonblick när hon var som mest sårbar. Den beskrivna händelsen avspeglar en djupgående vanmakt och exempel på dåligt bemötande från sjukvårdspersonalens sida, vilket tydligt berör känslor av maktlöshet och uppgivenhet hos Farida. Uttrycket "jag hade så ont, jag var helt slut" visar på hur akut Faridas situation var och det stora behovet av förståelse och stöd från vårdgivare. När hon säger "jag orkar inte längre", signalerar detta en total utmattning, både fysisk och emotionell. Reaktionen från den nya barnmorskan, som i stället för att ge stöd eller visa empati säger "sluta skrik", illustrerar en brist på lyhördhet och förståelse som är grundläggande i vårdarbetet.

Denna typ av reaktion från vårdpersonalen kan tolkas som ett uttryck för de underliggande problemen med rasifieringsprocessen och maktstrukturer inom vården. Kommentaren och uppmaningen "sluta skrik" kan ses som del av en bredare diskurs där patienter, särskilt de som tillhör rasifierade minoritetsgrupper, inte alltid ges utrymme att uttrycka sin smärta eller sitt lidande utan att mötas av repressiva svar. Det kan spegla en djupare ojämlikhet inom vården, där vithetsnormer och förutfattade meningar om hur olika individer "bör" bete sig i vårdssammanhang, styr responsen från vårdpersonal. Dessutom, när Farida i ren frustration utbrister "håll käften nu, du ska ut härifrån", visar det på en brytpunkt där mängden negativa erfarenheter och brist på mänsklig behandling når en gräns. Detta är en stark illustration på hur bristande antirasistisk kompetens och empati inom vården kan eskalera till konfrontativa och destruktiva situationer, vilket ytterligare fördjupar klyftan mellan patient och vårdgivare.

5.3.7 "Jag ville ha sen avnavling... men det fanns liksom inte utrymme att respektera det"

*"Jag ville ha sen avnavling eftersom bebisen då får tillbaka allt sitt blod som är på väg genom navelsträngen från moderkakan. Om man inte klampar navelsträngen direkt utan väntar tills den har slutat pulsera, då har ju bebisen fått allt sitt blod som den ska ha tillbaka. Ja, och det är en ganska logisk grej egentligen när man pratar om det så här. Men det fanns liksom inte utrymme att respektera det."
(Nambi)*

Nambis uttalande framhäver en upplevelse av maktlöshet och frustration över sjukvårdens brist på lyhördhet och flexibilitet för individuella önskemål och behov, speciellt när det gäller personligt viktiga aspekter av förlossningen. Hon uttrycker en besvikelse och en känsla av att vara kränkt under sin förlossningsupplevelse när hennes önskemål om sen avnavling inte respekteras. Nambis erfarenhet på förlossningen belyser en djupgående frustration och besvikelse över bristen på kommunikation och respekt från sjukvårdspersonalens sida. Hon beskriver hur en praktik, som hon uppfattar som både logisk och gynnsam för sitt nyfödda barn, inte gavs utrymme eller respekt, vilket signalerar en större strukturell och kommunikativ miss i sjukvårdssammanhanget. Den underliggande tonen i Nambis utsaga är en av vanmakt och uppgivenhet i mötet med en sjukvård där hennes önskemål och kunskaper inte tas på tillräckligt allvar. Detta pekar på en problematik där medicinska beslut ofta följer strikta rutiner som inte alltid lämnar utrymme för individuella önskemål och behov, vilket kan kännas särskilt påtagligt för individer från rasifierade minoritetsgrupper som redan upplever diskriminering och stigmatisering. Uttrycket "*det fanns liksom inte utrymme att respektera det*" speglar en upplevelse av att sjukvårdssystemet inte ser eller anpassar sig till den enskilda individen, speciellt i kontexten av metodiska beslut som normen av omgående avnavling. Detta kan tolkas som en aspekt av "vithetsnormen" där majoritetens preferenser och behandlingssätt prefereras, vilket kan gå ut över rasifierade minoritetsgruppers medicinska och kulturella önskemål.

5.4 Rädsla och oro inför graviditet och förlossning

5.4.1 "... har man någon som för ens talan?"

"Kolla på om de svarta kvinnorna som dött hade med sig en partner med i rummet. För vi har ju också en kultur, att svarta män inte vill vara med i rummet. Så jag kan ju tänka, har man någon som för ens talan?" (Nakato)

Diskussionen kring svarta kvinnors upplevelser i förlossningsrummet, särskilt när de saknar partners eller andra företrädare som kan tala för dem, lyfter betydande frågor gällande både rasifiering och kön inom sjukvården. Detta scenario speglar narrativet att svarta kvinnor inte mottar adekvat uppmärksamhet eller vård, vilket kan speglas i högre mortalitet vid förlossningar bland svarta kvinnor jämfört med deras icke-svarta motsvarigheter.

Det här fenomenet där svarta kvinnor kan stå ensamma i förlossningsrummet utan en förespråkare visar två centrala aspekter där det finns brister i sjukvårdssystemet; dels systemiskt inskränkt tilltro och kommunikation, dels avsaknad av ett interpersonellt stödsystem, vilket kan påverka patientvårdens utfall.

Nakato tar upp en mycket signifikant fråga kring representation och stöd i vårdmiljöer, specifikt i förlossningsrummet, som rör svarta kvinnor. Hon ifrågasätter om de svarta kvinnorna som har lidit allvarliga konsekvenser, såsom dödsfall under förlossning, hade lämpligt emotionellt och representativt stöd i rummet. Genom att nämna vanan att svarta män ofta inte närvarar, pekar hon på en kulturell aspekt som kan påverka huruvida dessa kvinnor känner sig hörda och sedda under en sårbar tid. Den kulturella dynamiken som Nakato antyder, där möjligen svarta män avstår från att närvara under förlossningar, kan oavsiktligt förstärka isoleringen och sårbarheten hos svarta kvinnor i medicinska miljöer. Denna frånvaro av stöd kan förstärka en redan pågående strukturell ojämlikhet i vårdbehandlingen som svarta kvinnor möter. Forskning har tydligt indikerat att svarta kvinnor står inför signifikanta hälsodiskrepanser, bland annat högre mortalitet i förbindelse med graviditet och förlossning jämfört med andra befolkningsgrupper (Essén et al., 2000). Nakatos reflektion är både en oro och ett starkt krav på en förändring av den strukturella

rasismen. Hon belyser behovet av en medveten och aktiv process där både vårdgivarna och de anhöriga involverar sig för att säkerställa att svarta kvinnor får nödvändigt och adekvat stöd under förlossningar. Att inte ha någon som för ens talan kan uppfattas som otryggt givet de medicinska och emotionella riskerna kopplade till barnafödande.

En viktig insikt kan erhållas genom forskning som undersöker den smygande rasismen som finns i sjukvårdsinrättningar där svarta automatiskt förväntas vara självständiga eller där deras anhöriga betraktas som mindre kompetenta att assistera i kritiska medicinska situationer, vilket resulterar i bristande kommunikation och stöd från vårdpersonalen.

5.4.2 "Kan ni kolla? Kan ni kolla?"

"Min rädsla när jag kom till sjukhuset var just det här att man kommer att ramla mellan stolarna. Att allt det som vi hade planerat inte skulle ske. Exempelvis det här med epidural. Jag var väldigt mån om att jag skulle få den. Jag plingade på typ var tionde minut. De tyckte att det var jättejobbigt. Barnets pappa, som är vit svensk och jättelugn, ville gärna inte vara till besvär. Han sa till mig, 'du behöver inte ropa på dem igen'. Men jag bara, 'nej, nej, nej, det ska inte passera fyra centimeter.' Så jag plingade på hela tiden. 'Kan ni kolla? Kan ni kolla?' Jag tror att tack vare det, hann de sätta in epiduralen." (Lima)

Limas erfarenhet på sjukhuset sammanfattar en djup och komplex interaktion mellan rasifiering, medicinsk behandling och kommunikation inom sjukvården. Hennes intensiva önskan att få epidural och den åtföljande ständiga påminnelsen till vårdpersonalen speglar en känsla av nödvändighet att förespråka för sig själv på grund av en upplevd rädsla för att inte få adekvat vård. Limas tal indikerar en stark känsla av orättvisa och oro över att inte behandlas adekvat eller inte få sina behov tillgodosedda i tid. Påtryckningarna hon utför är en respons på en djupgående misstro mot sjukvårdssystemet, möjligen förstärkt av tidigare erfarenheter eller allmänna rapporter om diskriminerande vårdpraktiker mot svarta och rasifierade minoriteter. Hennes uppfattning om att ständigt behöva påminna om sina behov

indikerar en känslan av att hennes röst inte är lika värdefull som andra patienters i ett hälsovårdssystem präglad av vithetsnormen.

Hon känner också en spänning gentemot barnets pappa, som har en annan uppfattning om hur man bör fordra vården - denna konflikt i förhållningssättet återger även en kulturell och rasifierad klyfta i hur de uppfattar och interagerar med sjukvårdspersonalen. Hans lugn kan reflektera en tillit till systemet som Lima inte delar, vilket i sig kan spegla hennes rasifierade erfarenheter och förväntningar på sjukvården. Att han är "vit svensk och jättelugn" och uppmanar henne att inte vara "till besvär" speglar potentiellt en internaliserad förväntan om att anpassa sig till en mer passiv patientroll, vilken inte alltid gagnar rasifierade patienters hälsa eller välbefinnande. Denna inställning kan vara en del av den större strukturen av den svenska vithetsnormen där tystnad ofta ses som eftersträvansvärd, medan den som höjer sin röst, särskilt om personen är en svart kvinna, kan ses som besvärlig eller krävande. Alices berättelse betonar en känsla av att hon måste fortsätta aktivt kräva vård för att säkerställa att det hon och hennes barn behöver blir uppfyllt. Detta understryker en av de fundamentala frågorna inom vården när det gäller rasifierade minoritetspatienter: bristen på rättvis och likvärdig behandling och behovet av att ha starka förespråkare inom vårdsystemet.

5.4.3 "...jag pratar bra svenska och nu måste ni lyssna på mig"

"Det var precis i samband med gambiska mamman som dog när hon skulle föda sina tvillingar. Så då hade jag gått och blivit orolig veckorna innan min förlossning. När jag kom till förlossningsakuten sa jag till dem att jag pratar bra svenska och nu måste ni lyssna på mig. För hon hade dött av att hon hade ont men ingen lyssnade på henne. Det visade sig att hon hade en infektion i magen och isolerades och spydde. Det visade sig att de hade glömt något i hennes mage under förlossningen. Så hon hittade inte på. Men hon dog och då fick jag panik. Jag hade bekanta som kände den här familjen. Så då sa jag ordagrant till barnmorskorna att jag pratar svenska och jag vill att de lyssnar. Jag hade berättat till min barnmorska som hade antecknat att jag var orolig." (Adema)

Ademas berättelse speglar kraftigt den djupgående oron och rädslan för att inte bli hörd eller tagen på allvar inom förlossningsvården, särskilt som svart kvinna. Ademas underliggande oro och proaktiva förberedelser inför födelsen grundar sig på en tragisk händelse där en gambisk kvinna dog på grund av bristande vård och bristande lyhörddhet från sjukvårdspersonal. Ademas egen upplevelse präglas av den djupa rädslan att inte bli lyssnad på under hennes förlossning, en rädsla som förstärks av berättelsen om mamman som avled. Detta tyder på en systematisk rädsla bland svarta kvinnor att deras hälsobekymmer inte tas på allvar, vilket kan vara dödligt. Adema agerar aktivt för sin egen hälsa på grund av en genuin rädsla för att bli ignorerad. Hon markerar tydligt att hon pratar svenska och kräver att vårdpersonalen ska lyssna på henne. Detta pekar på en stark känsla av att behöva kämpa för grundläggande vård och bekräftelse i ett system som hon uppfattar som potentiellt inte stödande av hennes behov som svart kvinna.

Ademas insisterande på att vårdpersonalen "*måste lyssna*" på henne understryker en befarad systematisk missaktning för svarta kvinnors rapportering av problem och symptom under förlossningar. Detta påvisar inte bara rasistiska underströmmar utan även problematiken runt vithetsnormen där svarta kvinnors klagomål och bekymmer kanske inte tas lika seriöst, eller behandlas med motsvarande aktsamhet och respekt. Fallet som Adema refererar till, där den gambiska mamman dog, illustrerar tydligt hur kritiska konsekvenser kan uppstå när fördomar får styra vårdens kvalitet och ingripanden.

Ademas betoning på sin förmåga att kommunicera på svenska och att hon informerat om sin oro, speglar hennes försök att ta tillbaka en viss kontroll i en situation där hon eventuellt upplever att förlossningsvården kan vara diskriminerande. Detta är ett tydligt exempel på hur rasifiering och vithetsnormen spelar en central roll i hur svarta kvinnor måste navigera inom vården för att de har erfarenheter av systematiskt diskriminerande behandling och försummelse kopplad till rasifiering.

5.5 Afrofobiska stereotyper och föreställningar om svarta kvinnor

5.5.1 "... jag är bara en karikatyr eller en stereotyp..."

"Jag tänker nu. Nu fanns det stereotyper som gjorde att jag fick det bemötande jag fick. Men det betyder ju att jag inte är människa. Att jag är bara en karikatyr eller en stereotyp eller en avbild av någonting. Då är ju inte jag ens där. Då spelar det ingen roll vad jag säger, för det räknas inte." (Nambi)

Nambi illustrerar hur stereotyperna som omringar henne gör att hon reduceras till en karikatyr, vilket fråntar henne hennes mänsklighet och gör att hon inte ses eller hörs som den person hon faktiskt är. Detta är en direkt effekt av vithetsnormen, där de som inte passar in i normen behandlas som 'den andre'. Det spelar ingen roll hur välartikulerad eller informerad Nambi är, eftersom hon upplever att hon på grund av dessa stereotyper inte bedöms utifrån vad hon faktiskt säger eller gör. Nambis reflektioner belyser en djupgående känsla av objektivering och avhumanisering på grund av rasistiska stereotyper. Denna typ av avhumanisering är djupt kränkande och underminerar individens självkänsla och rätt till respekt. Hennes uttalande är en blandning av uppgivenhet och klarhet. Hon känner sig osynliggjord och ignorerad, en upplevelse som tyvärr är alltför vanlig bland personer som möter rasistiska och stereotypa fördomar. Hennes insikt om att *"det spelar ingen roll vad jag säger, för det räknas inte"* är särskilt kraftfull och indikerar en förlust av egenmakt, vilket är centrala komponenter i varje persons värdighet.

Nambis beskrivning av upplevelsen i sjukvårdssystemet ger en stark bild av hur djupt diskriminerande normer och förväntningar kan påverka enskilda individers kontakt med vårdpersonal.

5.5.2 "Hennes folkslag behöver hjälp med att sättas igång vid förlossning"

"Jag var i förlossningsrummet, när jag hörde läkaren och barnmorskan prata utanför min dörr. Läkaren var väldigt förbannad på barnmorskan som satte i gång mig. Och då sa barnmorskan att 'hennes folkslag

behöver hjälp med att sättas i gång vid förlossning'. Men då sa läkaren att man sätter i gång om man har gått över tiden eller om barnet inte mår bra. Men jag mådde bra." (Alice)

Alice berättar att när hon var på förlossningsavdelningen sattes hon i gång 5 dagar innan beräknad dag. Hon krävde att prata med barnmorskan för att få svar på varför förlossningen sattes i gång men fick inget rakt svar. I denna situation står läkaren och barnmorskan utanför rummet och Alice hör när barnmorskan säger att hennes folkslag behövde hjälp med att sättas i gång. Alices upplevelse illustrerar tydligt både institutionell rasism och fördomar som svarta kvinnor möter från sjukvårdspersonalen. Konversationen mellan barnmorskan och läkaren avslöjar inte bara personliga hållningar utan också det bredare systemets felande när det gäller jämlik vård.

Uttalandet från barnmorskan om att "hennes folkslag behöver hjälp med att sättas i gång vid förlossning", belyser en djupt rotad stereotyp som tillämpas på basis av rasistiska stereotyper och är ett uttryck av afrofobin inom vården. Denna typiska generalisering speglar en underliggande rasism där individuell medicinsk bedömning ersätts med förutfattade uppfattningar baserade på rasistiska stereotyper. Denna rasistiska stereotypisering bekräftar även hur vithetsnormer är institutionaliserad inom sjukvården, där det finns en tendens att se svarta kvinnor som homogena och i behov av differentierad behandling utan verklig medicinsk orsak. Barnmorskans agerande kan också tolkas som uttryck för obstetrisk rasism genom de diskriminerande praktiker och attityder som svarta kvinnor stöter på i förlossningsvården, vilket kan påverka deras förlossningsupplevelser och resultat negativt (Davis, 2019). Läkarens svar påminner om de medicinska protokollen som bör råda (att endast sätta igång förlossning när det är medicinskt motiverat), men också om möjligheten till konflikter inom vården där rasistiska fördomar kan påverka beslut. Detta skiftande perspektiv framhäver dock en splittring inom vården där en del vårdgivare fortfarande håller sig till fördomsfulla övertygelser medan andra arbetar för mer jämlika och rättvisa vårdprinciper.

5.5.3 “Har du barn av samma sort som du?”

Nambi delar ett scenario där hon pratade med läkaren angående sin arbetsplats där hon kände sig utsatt för rasistiska påhopp under sin graviditet. Hon bad om att få bli sjukskriven på grund av den mentala stressen hon upplevde på grund av situationen.

Läkare: Ja, du är inte från Sri Lanka?

Nambi: Vad?

Läkare: Men du behöver inte vara så upprörd. Jag menar bara att du inte behöver ta det personligt om dina arbetskamrater uttrycker sig rasistiskt mot afrikaner, för du är inte från Afrika, eller?

Nambi: Vad sa du?

Läkare: Nej men, jag menar, titta på din son, han är ju mixad. Jag menar, var är din partner ifrån? Eller har du barn av samma sort som du?

Nambi: Ja, samma sort, menar du som en ko eller? Vadå samma sort? Vad fan är det du sitter och säger?

Läkare: Nej, men du behöver inte ta det personligt.

Nambi säger att hon var 'totalt på väg att explodera i det där jävla rummet' och till slut 'sjukskrev han mig i alla fall, och jag var så jävla förbannad'. (Nambi)

Nambis interaktion med läkaren under hennes graviditet visar på en förolämpande och rasistisk diskurs som hon tvingas möta. Konversationen är genomsyrad av vithetsnormer och negativa stereotyper som påverkar hur människor av afrikansk härkomst uppfattas och behandlas i samhället. Läkarens bemötande av Nambi sker genom en vithetsnorm där Nambis hudfärg blir föremål för en stereotypifiering och förminskande kategorisering. Det framgår av läkarens användningen av frasen "du är inte från Sri Lanka?" utan uppenbar anledning, vilket insinuerar en omedelbar problematisk förenkling och kategorisering av rasifierade individer. —Detta antagande leder till att en individs komplexa bakgrund blir förenklad till felaktiga och grovt stereotypiska föreställningar. Det avslöjar en djupgående brist på förståelse och känslighet för Nambis faktiska bakgrund och individuella erfarenheter genom att hon behandlas som en representant för en rasistisk stereotyp. Genom att säga "du behöver inte ta det personligt om de uttrycker sig rasistiskt mot afrikaner, för du är inte från Afrika" görs ett ytterligare försök att förminska och trivialisera Nambis erfarenhet av rasism. Nambis upplevelser och hennes rätt att känna sig kränkt förnekas, eftersom det antyds att vissa former av rasism inte bör påverka henne. Dessutom är antagandet att Nambi inte skulle bli berörd av rasistiska kommentarer mot afrikaner, för att hon inte är från Afrika, i sig en rasistisk förenkling som

ignorerar den bredare socio-politiska dynamiken av rasism som påverkar alla med afrikanskt påbrå oberoende av exakt ursprung. Detta reflekterar en ytlig och ignorant förståelse av rasistiska strukturer kopplade till ursprung. I stället för att ta erfarenheterna av rasism på Nambis arbetsplats seriöst, omdirigerar läkaren diskussionen till att handla om Nambis privata relationer och hennes personliga bakgrund vilket saknar relevans för hennes hälsotillstånd.

Sättet som läkarens kommentarer ställs på såsom *"titta på din son, han är ju mixad"* och frågor om *"var är din partner ifrån?"* samt *"har du barn av samma sort som du?"*, är uppenbart nedlåtande och är starkt kränkande. De påminner om djupt rotade rasbiologiska synsätt där människor klassificeras på ett sätt som liknar djur eller objekt. Denna språkanvändning speglar en djupt rotad rasistisk diskurs där individer av afrikansk härkomst blir avhumaniserande och signalerar en objektifierande inställning till svarta personer.

Nambi uttrycker chock över läkarens nonchalanta och stereotypa antaganden. När Nambi uttrycker *"vad sa du?"* upprepade gånger är det en klar indikation på förvåning över läkarens rasistiska påhopp och förminskande kommentarer. Nambis tilltagande frustration och ilska är mycket förståelig när hon säger *"jag är totalt på väg att explodera."* Den slutliga kommentaren om att hon trots allt blev sjukskriven, men lämnade rummet *"så jävla förbannad,"* visar tydligt hur påfrestande och chockande upplevelsen av rasism och trakasserier från läkaren, som förväntas agera professionellt, var. Händelsen med läkaren återspeglar vithetsnormen i sjukvården där svarta kvinnors erfarenheter och känslor ofta marginaliseras och är ett tydligt exempel på ett strukturellt våld som förvärrar deras mentala hälsa. Hela situationen pekar på hur vithetsnormer och rasistiska fördomar inte bara är verbaliserade i isolation, utan är en del av ett bredare socialt och institutionellt system som ständigt reproducerar dessa normer och förvärrar ojämlikhet och diskriminering mot svarta människor.

5.5.4 "...du är en arg svart kvinna igen"

"Och ibland tror jag inte att det slog dem att det inte var svenskan utan de fastnade i att, 'oj vad upprörd du blir, vad arg du blev, oj, du är en argsvart kvinna igen'. Och så fastnade de i den stereotypen. Och då spelar liksom inte svenskan någon roll." (Nambi)

Nambis berättelse kastar ljus över den smärtsamma upplevelsen av att reduceras till stereotypen om den "arga svarta kvinnan". Detta är en föreställning som ofta används för att bagatellisera och ignorera svarta kvinnors legitima känslor och reaktioner. Stereotypen om den arga svarta kvinnan har länge använts för att trivialisera och ifrågasätta svarta kvinnors känslor och erfarenheter. Detta kan leda till att verkliga problem och behov hos dessa kvinnor ignoreras eller betraktas som oviktiga. Denna stereotyp kan innebära att svarta kvinnor missförstås eller avvisas när de uttrycker oro eller utsatthet för övergrepp och diskriminering. Enligt antropologerna Marcyliena Morgan och Dionne Bennett är problemet att stereotypen accepteras som sanning utan att ifrågasättas. När ordet "arg" används för att beskriva svarta kvinnors känslor, avfärdas deras reaktioner som överdrivna eller oäkta. Detta underminerar de svarta kvinnornas verkliga upplevelser och känslor, och reducerar dem till irrationella varelser. Det förminskar deras autenticitet och mänsklighet (Morgan och Bennett, 2006).

Även om språkkunskaper inte var Nambis huvudsakliga hinder, tolkades och underminerades hennes känslor utifrån rasistiska och könsstereotypiska fördomar. Detta illustrerar hur djupa fördomar och uppfattningar om ras och kön kan påverka svarta kvinnors upplevelser negativt.

I berättelsen uttrycker Nambi tydlig frustration och besvikelse över att inte bli respekterad och tagen på allvar. I stället för att bemöta hennes oro på ett empatiskt sätt, stötte hon på fördomar och stereotyper som förminskade hennes röst och personliga erfarenheter. Detta exemplifierar hur samverkan mellan rasifiering och kön kan leda till att svarta kvinnor inte blir tagna på allvar och riskerar att tystas eller ignoreras på grund av fördomar och stereotyper.

Nambis erfarenhet belyser på ett påtagligt sätt hur fördomar och stereotyper kan färga sjukvårdspersonalens bemötande av svarta kvinnor. Genom att hennes känslor beskrivs som "arga", bekräftar vårdpersonalen negativa stereotyper som historiskt kopplats samman med svarta kvinnor. Detta överensstämmer med forskning som pekar hur stereotypen om "den arga svarta kvinnan" används för att skuldbelägga dem och vända bort uppmärksamheten från angriparen (Jones och Norwood, 2016). Nambis berättelse avslöjar den smärtsamma sanningen att även med språkfärdighet förändras inte de underliggande stereotyperna och förväntningarna. Detta dilemma belyser den utmaning som svarta kvinnor står inför, i en vårdmiljö där deras kompetens och identitet konstant ifrågasätts, vilket förstärks av en professionaliserad omgivning där etik har hög prioritet. Denna dynamik kräver en djupgående reflektion och aktiv insats för att förändra rasistiska attityder och praxis inom vården.

5.5.5 "Jag är inte här för att bråka"

"Jag frågar ofta, 'Är du här för att hjälpa mig? Menar du det?' Och när de ifrågasätter mig säger jag, 'Du tittar knappt på mig när du pratar.' De svarar, 'Jag är inte här för att bråka.' Men jag bråkar inte, jag förklarar bara att du inte ens ser på mig när vi kommunicerar. Du vill bara agera utan att förklara vad du ska göra. Vad är planen för idag? Hur ska du hjälpa mig? Finns det en genomtänkt plan för hur min förlossning ska hanteras, så att jag kan förstå och följa med i vad vi ska göra idag? När jag påpekar detta tror de att jag vill starta ett bråk, men jag söker bara klarhet." (Nzinga)

Nzingas berättelse ger uttryck för upplevelser av bristande respekt och mänskligt bemötande inom sjukvården, vilket upplevs som djupt kränkande. Hennes beskrivning rör sig kring en strävan efter att få grundläggande respekt och förståelse från vårdpersonal, vilket tyder på systematiska brister i vården relaterat till rasifiering och vithetsnormen. Nzinga signalerar frustration och en känsla av att inte bli sedd. Hon kämpar för att få sina grundläggande rättigheter som patient erkända, vilket innebär att vårdpersonalen ska se henne och lyssna på henne. Det blir tydligt hur hon måste kämpa för något så grundläggande som ögonkontakt, vilket indikerar en avhumanisering och brist på empati från vårdpersonalens sida.

Det Nzinga beskriver är inte bara ignorans i kommunikation, utan också ett antagande om att hon är konfliktsökande ("jag är inte här för att bråka"). Det uppfattas som kränkande eftersom det undantar henne från den tålmodiga och vänliga service som förmodligen ges till vita patienter under liknande omständigheter. Kränkningen förstärks av det upprepade behovet av att hon måste förklara sig och hennes önskan om jämlik behandling, vilket hon tydligt uttrycker inte uppnås. Vithetsnormen manifesteras här genom antagandena och behandlingen hon får av vården. Antaganden som att hon vill skapa konflikt eller att hennes förfrågningar är ogrundade är en del av hur svarta personer ofta framställs och behandlas inom olika samhällsstrukturer. Svarta kvinnor framställs ofta genom rasistiska stereotyper som "arga" eller "aggressiva" inom olika samhällsstrukturer. De här antagandena tar sig också uttryck i bristande kommunikation och en ovilja att informativt se henne som likvärdig patient. Utöver den uppenbara bristen på kommunikation, avspeglar denna erfarenhet ett större samhällsproblem där svarta kvinnor inte får samma empati, respekt eller vård som deras vita motsvarigheter. Det illustreras tydligt i Nzingas fall där hon måste be om information och planer som borde vara standard i av alla patienters vård. Genom att lyfta fram dessa brister i vården pekar Nzingas berättelse på en större nödvändighet av medvetenhet och förändring inom sjukvårdssystemet för att säkerställa att alla patienter, oberoende av hudfärg, får professionell och respektfull behandling.

5.5.6 "De uppfattade det som att jag attackerade dem"

"Det kändes som att personalen på avdelningen var arga på mig. Alltid när jag frågade efter något, kunde de inte ta emot det. De uppfattade det som att jag attackerade dem. Att jag var arg. Men jag var inte arg, utan ledsen, jag hade precis förlorat mitt barn. Jag trodde att de skulle förstå det. Jag hade sorg, och det kunde inte gå över inom en timme, en dag. Jag försökte förklara för dem att tableterna de gav mig inte hjälpte, men de lyssnade inte." (Awate)

Awates erfarenhet på sjukhuset efter att ha förlorat sitt barn är djupt rörande och avslöjar brister i sjukvårdens bemötande och kommunikation. Berättelsen belyser en enorm brist på empati och förståelse från sjukvårdspersonalens sida, vilket förstärker Awates sorg och frustration.

Awate är tydligt ledsen och sörjer sitt barn, men hennes känslor blir förvrängda av vårdpersonalen som tolkar hennes beteende som aggressivt. Awate upplever att sjukvårdspersonalen inte lyssnar på hennes behov eller tar hennes oro på allvar, till exempel när hon förklarade att *"tablettorna de gav mig inte hjälpte"*.

Awate beskriver hur personalen uppfattar hennes rimliga förfrågningar som attacker, vilket indikerar en brist på grundläggande empati och förståelse från sjukvårdspersonalen.

Awates erfarenhet kan spegla en bredare tendens där svarta kvinnors uttryck för smärta och sorg inte alltid mottas med samma legitimitet och empati som de skulle hos majoritetsbefolkningen. Det kan reflektera både stereotypen om "den arga svarta kvinnan" och problematiken med vithetsnormen, där svarta kvinnor ofta felaktigt etiketteras som "arga" eller "aggressiva" när de i själva verket uttrycker normala känslor som sorg eller frustration. Detta fall illustrerar tydligt hur rasistiska stereotyper kan påverka kvaliteten på sjukvård som individer får. Awate kämpar för att göra sig hörd och förstörd inom en institution där hennes ord och erfarenheter inte ges lika mycket vikt som de borde. Detta exemplifierar vithetsnormen i vården där rasifierade patienters känslor och upplevelser ofta trivialiseras eller ignoreras helt. I stället för att ses som en sörjande mor vars känslor av nedstämdhet och förtvivlan är naturliga och förståeliga, beskriver hon hur sjukvårdspersonalen inte kunde ta emot hennes sorg. Detta felaktiga antagande förstärker den kränkande upplevelsen av att inte bli lyssnad på eller förstörd i sin mest sårbara stund. Awates frustration och känsla av hjälplöshet framgår tydligt när hon beskriver hur sjukvårdspersonalen inte lyssnar på hennes bekymmer gällande medicineringen. Detta förvärras ytterligare av att hon befinner sig i djup sorg, en sorg som hon förväntas hantera snabbare än vad som är möjligt för henne.

5.5.7 "Ja, men det är ju så svårt att hitta blodådror på er svarta"

Farida berättar om en incident när hon skulle ta blodprov hos en barnmorska. 'Då kom det in en svensk barnmorska. Och så stack hon mig flera gånger så hon träffade en nerv. Så jag skrek till. Och då säger hon så här: 'Ja, men det är ju så svårt att hitta blodådror på er

svarta. De syns inte.' Farida berättar vidare att hon 'bara skrek' för att barnmorskan hade ju träffat fel... 'hon kom åt ganska ordentligt.' Farida fortsätter att berätta 'då var det en persisk barnmorska i rummet som hörde den svenska barnmorskan säga det där. Hon sa till den svenska barnmorskan: 'Du får gå ut och du behöver inte komma tillbaka faktiskt.' När den svenska barnmorskan hade gått ut, sa den persiska barnmorskan till Farida att 'det är inte svårt att hitta blodådror på er. Hon vet inte vad hon gör.' Farida säger då att den persiska barnmorskan 'satte den bara, inga konstigheter. Satte den där den skulle sitta.'
(Farida)

Faridas berättelse speglar en oerhört kränkande situation som inte enbart uppvisar bristande medicinsk kompetens men även en djupt problematisk situation där rasistiska stereotyper inte bara yttras öppet utan också påverkar kvaliteten på medicinsk vård.

Barnmorskans kommenterar att "det är ju så svårt att hitta blodådror på er svarta", illustrerar tydligt hur vithetsnormer påverkar förväntningar och föreställningar i vården. Denna uppfattning speglar en problematisk världsbild där svarta kroppar anses abnorma eller mer problematiska att hantera, vilket direkt påverkar vårdens kvalitet och patientens upplevelse.

Barnmorskans kommentar är en generalisering som grundar sig i en stereotypisk syn på svarta personers hudfärg genom att avhumanisera och objektifiera svarta patienter. Uttalandet är inte bara medicinskt felaktigt utan bär också med sig en tydlig rasistisk underton som ytterligare förkroppsligar vithetsnormen inom vården. Faridas smärta och chock över denna behandling tas inte på allvar i början, vilket visar på en tydlig förminskning av hennes upplevelse. När den persiska barnmorskan ingrep rättades situationen till, genom att hon påpekade att hennes kollega agerade felaktigt. Detta inte bara löste problemet medicinskt genom att sätta kanylen korrekt, utan också bevarade värdigheten och yrkeskompetensen i mötet med patienten trots kollegans rasistiska kommentar.

Det är även betydelsefullt att en kollega till barnmorskan reagerar och rättar till situationen när barnmorskan betar sig kränkande. Det visar att inte alla delar hennes negativa åsikter och brist på kunskap. Denna persons handlingar demonstrerar och visar hur enskilda handlingar kan vara avgörande för att utmana och förändra normer som tillåter rasistiska attityder att fortsätta existera inom vården.

5.5.8 "Nej jag tror inte du behöver någon lustgas"

Kamia: Jag bara, men kan jag få någonting? Kan jag få lustgas eller vad som helst? För jag har så jäkla ont.

Barnmorskan: Vad ska du ha det för?

Kamia: Därför att jag säger att jag mår dåligt. Jag känner att jag har ont och jag behöver någonting.

"Hon kollade jättekonstigt på mig. Hon kollade jättekonstigt på min man."

Kamia: Jag säger, men vad är problemet? Får jag inte ta lustgas, menar ni?

Barnmorskan: Nej, jag tror inte du behöver någon lustgas.

Kamia: Va?

"Ja. Så jag började säga, men vad menar hon? Vad är det hon vill insinuera? Jag förstod ingenting, min man förstod ingenting. Men nej, jag fick ingen lustgas. Och det var nästan som att hon tittade och tänkte så här, är de pundare, är de knarkare? Det var jättekonstig känsla som hon gav." (Kamia)

Barnmorskans fråga "Vad ska du ha det för?" i respons till Kamias önskan om smärtlindring kan uppfattas som avvisande och ett misstroende mot hennes behov. Kamias beskrivning av hur barnmorskan "kollade jättekonstigt" på henne och hennes man förstärker känslan av att deras framtoning eller identitet på något sätt bidrog till en negativ bedömning.

Kamia reagerar på barnmorskans skeptiska hållning genom att ifrågasätta varför hon inte får tillgång till lustgas, vilket hon tydligt uttrycker att hon behöver för sin smärta. Kamias förvåning och fråga "Va?" när hon avvisas speglar hennes oförståelse och frustration över situationen. Hon reflekterar sedan över att barnmorskans blickar och kommentarer kändes som en antydning om att hon och hennes make kunde missbruka

substanser ("är de pundare, är de knarkare?"), vilket belyser en djup oro över att bli felaktigt bedömd baserat på personliga eller afrofbiska stereotyper.

Det underliggande antagandet som Kamia kände från barnmorskan kan tolkas som en manifestation av rasistiska stereotyper eller fördomar. Det finns en möjlighet att Kamia upplevde att bemötandet hon och hennes man fick var färgat av stereotypiska antaganden om svarta personer, vilket kan ha förvärrats av vithetsnormen i vårdsammanhanget där rasifierade patienters klagomål och smärta potentiellt tas mindre på allvar (Fabien, 2017; Hoffman et al., 2016). Kontexten för denna situation – en förlossningsmiljö där patienter ofta är sårbara och beroende av stöd – förstärker behovet av en känslig och icke-fördomsfull vård. Att Kamia inte kände att hon fick adekvat stöd eller ens grundläggande respekt kan peka på större strukturella problem inom förlossningsvården, särskilt med avseende på hur svarta kvinnor behandlas under medicinska nödsituationer.

Att ignorera Kamias smärta och tvivla på hennes behov av lustgas kan betraktas som obstetrisk rasism, då barnmorskan inte tar hennes behov av smärtlindring på allvar (Davis, 2019). Denna behandling av Kamia är starkt kopplad till forskning som visar att svarta kvinnor ofta rapporterar negativa upplevelser inom förlossningsvården, där de känner sig mindre lyssnade på och deras smärta inte tas lika mycket på allvar som andra patienter vilket har bekräftats forskning i USA som visar att svarta patienter får generellt sämre smärtbehandling och -bedömning än vita patienter. Forskarna har kunnat visa att detta delvis beror på att vita deltagare har högre trösklar för att uppfatta smärta i svarta ansikten, jämfört med vita ansikten. Detta bidrar till att svarts smärta systematiskt förbises och osynliggörs.

Bakomliggande faktorer är bland annat fördomar, rasistiska föreställningar och stereotyper om biologiska skillnader mellan svarta och vita. Dessa leder till att svarta patienters smärta bedöms och behandlas sämre i vårdsystemet (Mende-Siedlecki, 2019).

5.6 Stereotypa föreställningar om svarta/afrosvenska barn

5.6.1 "... men hon är så ljus"

"Och då bara säger någon efter förlossningen. Jag har inte tänkt på det förrän nu faktiskt. Någoting i stil med att någon antyder att pappan är vit. Och jag är så här, nej. Och då säger hon så här, men hon är så ljus. Och då är det så här, okej. Hur ska jag bearbeta den här informationen? Är min dotter ovanligt ljus? Eller är det så att den här vårdpersonalen aldrig har sett ett nyfött svart barn? Och då sitter jag där som 20-åring och ska plötsligt bearbeta det här. Och bara, okej. Jag har vårdpersonal som inte kan något om mig och jag ska lita på deras omdömen. Men också kravet på att jag i den sårbara situationen ska undervisa dem. Precis som man gör på en arbetsplats. Det är väl inte farligt att säga n-ordet. Först ska jag ta emot det här n-ordet. Sen ska jag vara arg. Men jag ska hålla det så pass lugnt att jag ska undervisa dem om varför det är fel. Precis det hände i den situationen när hon antydde att mitt barn är väldigt ljus." (Nakato)

De upplevelser som Nakato beskriver ger en inblick i hur rasistiska fördomar och vithetsnormen påverkar deras interaktionerna i vårdsammanhang. Kommentarer om barnets hudfärg och eventuella vita påbrå är inte bara oprofessionella utan också djupt kränkande. Det visas genom personalens förvåning över barnets hudton vilket belyser en stereotyp uppfattning om svarta barns utseende vid födseln.

Vårdpersonalens kommentarer verkar antyda en undermedveten, men allvarlig, förväntan att en svart kvinna inte bör ha ett ljust barn. Det antyder respektlöst att pappan måste vara vit och väcker tvivel om barnets ursprung på ett kränkande sätt. Vithetsnormen framträder i antagandet att det "normala" är att barn till svarta föräldrar bör se på ett visst sätt. Detta stödjer vithetsnormen som måttstock för vad som anses vanligt eller normalt, och undergräver svarta individers erfarenheter och identiteter. Förväntan på att Nakato ska ha kunskap att "undervisa" vårdpersonalen i en så pass känslig situation efter förlossningen lägger ytterligare en oacceptabel börda på henne. Nakato måste balansera att både återhämta sig från förlossningen och utbilda personalen i hur man uppvisar respekt och förståelse gentemot henne, vilket placerar en extra börda på hennes axlar. När en ung kvinna som redan är väldigt sårbar tvingas rätta till personalens felaktiga åsikter om hennes barns hudton,

visar det tydligt på den tunga känslomässiga börda som många svarta kvinnor upplever inom vården. Upplevelsen stärker den smärtsamma verkligheten att svarta kvinnor ofta måste handskas med förutfattade meningar som inte bara är kränkande utan också djupt förminskande. Även antydningen av att någon kan använda n-ordet och förvänta sig att Nakato lugnt ska förklara varför det är fel, pekar på en allvarlig brist på respekt och förståelse för den svarta kvinnans erfarenhet och emotionella arbete.

Nakatos erfarenhet visar på behovet av en djupare förståelse och utbildning hos vårdpersonalen gällande mångfald och inkludering. Att inte förstå eller respektera patientens etniska bakgrund kan leda till betydande emotionella trauma och en förminskad förmåga att lita på vårdgivare.

5.6.2 "... svarta barn, de föds inte med sin mörka hudton i början"

"Jag tycker som ett tips till de här barnläkarna att gå utbildningar om olika hudfärger. För att svarta barn, de föds inte med sin mörka hudton i början. Det måste de ju fatta. Det var en svart kvinna som födde ett barn som är albino, då fattade läkarna ingenting. De var så här, vad är det här för nåt?" (Adema)

Ademas berättelse bekräftar Nakatos upplevelser av bristande kunskap inom sjukvården när det gäller hudton hos svarta nyfödda. När vårdpersonalen påtalar eller uttrycker förvåning över hudfärgen hos ett nyfött barn, exemplifierar de en djup vithetsnorm där vit hud implicit ses som standard, vilket återspeglas i deras förvåning eller förvirring när realiteten avviker. Det Adema beskriver är en händelse där det uppstod förvåning och förvirring eftersom ett albino barn föddes av en svart kvinna, vilket tyder på att det finns bristande kunskap om genetiska och fysiska olikheter mellan individer. Den observerade förvirringen bland sjukvårdspersonal kan förknippas med implicita förutfattade meningar där kunskapsbristen möjligen inte ses som ett argument i sig, utan snarare visar på hur starkt vithetsnormer kopplat till rasifiering, hudfärg och hudton är integrerat i sjukvårdens praktik och utbildning. Inom sjukvården, där normen historiskt varit baserad på vita kroppar, blir överraskningselementet kring ett albino barn fött av svarta föräldrar ett symptom

på ett större grundläggande strukturellt problem där medicinska behov hos rasifierade patienter inte alltid beaktas eller integreras i medicinsk utbildning och praktik. Rådet från Adema om att barnläkare bör genomgå utbildningar rörande olika hudfärger och hudtoner pekar på en konstruktiv lösning för att förbättra vården och bemötandet av svarta barn och föräldrar. Det understryker ett erkännande av att dagens sjukvårdsystem ofta inte är tillräckligt förberedda eller informerade för att handskas med en diversifierad patientgrupp.

5.6.3 "... de var ju rädda för att hon hade gulsot"

"Och du vet mixade barn är ju rätt gula i huden någonstans. Så de var ju rädda för att hon hade gul sort. De kunde inte bedöma ifall hennes hudfärg såg ut så där. Eller om hon hade gul sort. Så de höll kvar oss och testade och testade och testade." (Farida)

Faridas berättelse lyfter fram en liknande problematik som Nakato och Adema, där hudfärgen på hennes mixade barn leder till en överdriven försiktighet och osäkerhet hos sjukvården om barnets hälsa, på grund av en rädsla för gulsot. Denna situation illustrerar hur rasifierade och fenotypiska egenskaper, såsom hudfärg, kan leda till onödiga och ibland ogrundade medicinska ingrepp. Det underliggande antagandet här är att barn med en viss hudfärg inte bedöms enligt samma medicinska standard som "typiskt" svenska eller vita barn, vilket kan skapa en skevhet i vård och uppföljning. Här blir hudfärgen av ett barn, som beskrivs som "gul" på grund av sin mixade ursprung, felaktigt misstolkad som ett potentiellt tecken på sjukdom. Användningen av termer som "gul sort" när man beskriver ett barns hudfärg kan kännas avhumaniserande och pekar på en rasistisk underton genom en felaktig koppling mellan hudfärg och sjukdomssymptom. Detta avslöjar inte bara omedvetenhet och okunskap om olika hudfärgers natur utan också en djupt rotad förväntan om hur en 'normal hudfärg ska se ut', vilket är starkt kopplat till vithetsnormen. Detta exemplifierar inte bara en rasistisk uppfattning utan påvisar även väldigt tydligt de svårigheter och missförstånd som kan uppstå inom den medicinska bedömningen när vithetsnormen alltför starkt influerar tolkningar av kliniska tecken. Det är en tydlig brist på kunskap eller feltolkningar som potentiellt kan resultera i onödig stress för föräldrar och barn. Faridas ton när hon berättar är fylld av besvikelse och frustration. Hon känner att hon inte får förståelse från vården

när det gäller att värdera sitt barns hälsa. Dessa konstanta tester baserade på en obefogad misstanke kopplat till barnets hudfärg kan uppfattas som både kränkande och onödig, vilket tydliggör hur djupt rasistiska antaganden kan påverka medicinsk praxis.

5.7 Kroppsliga integritetskränkningar

5.7.1 “Vad är det du inte fattar när jag säger nej?”

Barnmorskan: Men ska jag inte kolla dig ändå? Ska jag inte se? Tänk om du har gått sönder? Jag kan bara titta.

Nambi: Nej, du tittar ingenstans. Tack. Jag tror att jag vet om jag går sönder eller inte. Tror att jag känner det, inte du.

Barnmorskan: Det går fort. Det är bara att hoppa upp i stolen så här. Läkaren kan hålla bebisen.

Nambi: Nej. Nej. Kommer inte att hända.

Barnmorskan: Men det går ju jättefort.

Nambi: Vad är det du inte fattar när jag säger nej? Hörde du inte vad jag sa? Vad var det du inte förstod?

Barnmorskan: Men jag vill ju bara ditt bästa.

Nambi: Och då lyssnar du när jag säger nej. Det är vad du ska göra om du vill mitt bästa.

Nambis berättelse lyfter en smärtsam upplevelse av förlorad autonomi och maktlöshet i en vårdsituation. Det visar på en konfrontation mellan patientens önskan om respekt för sin kroppsliga autonomi och vårdpersonalens antaganden om vad som är lämplig vård och behandling. Nambi uttrycker tydligt känslor av frustration, kränkning och till och med ilska när hennes tydliga hävdan om självbestämmande ignorerats eller körts över av vårdpersonalen.

Nambi upplever att hennes vägran inte uppfattas som ett giltigt beslut, vilket tyder på att hon behandlas som mindre vetande eller kapabel att fatta beslut om sin egen kropp. Detta framställer hur svarta kvinnor ofta känner sig marginaliserade och överkörda inom medicinska sammanhang, där deras röster och val inte ges den vikt som de borde. Nambis beskrivning indikerar även problem inom vården där svarta kvinnor underordnas och inte lyssnas på. Kränkningarna hon upplever i denna dialog återspeglar djupt inrotade rasistiska strukturer där svarta kvinnors upplevelser och autonoma beslut ofta ifrågasätts eller ignoreras helt. Trots tydlig kommunikation om sina gränser, står hon inför motstånd och en paternalistisk hållning från

barnmorskan, vilket försämrar hennes vårdupplevelse och ökar psykisk stress. Nambi upplever tydligt att hon inte blir hörd eller respekterad för vad hon vet att hennes kropp behöver och hennes beslut kring den. Hon avvisar den traditionella vårdkontrollen med en fast övertygelse, vilket indikerar ett djupt liggande behov av att behålla kontrollen över sin egen situation och sin fysiska integritet. Det finns en tydlig känsla av kränkning när vårdpersonalen framstår som kontrollerande och inte erkänner hennes rätt att vägra en undersökning, vilket uttrycks i hennes repliker: *"Nej, du tittar ingenstans. Tack. Jag tror att jag vet om jag går sönder eller inte. Tror att jag känner det, inte du."* Vidare skapar Nambi ett starkt motstånd mot att bli snabbt avfärdad av barnmorskan med en argumentation som kan ses som ett försök att nedvärdera hennes kompetens att fatta egna beslut. Nambis replik, *"Vad är det du inte fattar när jag säger nej?"* framhäver detta och uttrycker tydligt hennes frustration över att inte bli respekterad. Nambis upplevelse avslöjar en konflikt mellan hennes önskemål och hennes upplevda brott mot vårdpersonalens traditionella rutiner och försök att upprätthålla medicinsk standard.

Hennes erfarenheter och reaktion på vårdpersonalens bemötande lyfter fram en diskussion kring paternalism inom sjukvården, där vårdgivare ibland kan utöva kontroll på ett sätt som upplevs som kränkande för patientens autonomi och värdighet. Det är starkt kopplat till en diskurs av makt och kontroll, där det finns en stark kritik mot det traditionella sjukvårdssystemet som icke-förstående, icke-lyssnande och icke-flexibelt inför patientens önskemål och behov. Kommunikationen framstår som en kraftig kollision mellan två världar där den enskilda individen strävar efter att bli erkänd och respekterad i en struktur som ofta är rigid och förskrivande. Nambi kämpar inte bara för sin rätt att göra egna hälsorelaterade val, utan även mot en upplevd stereotypisering och objektifiering från vårdgivare som underkänner hennes kapacitet att förstå och fatta beslut för sig själva och deras nyfödda barn.

5.7.2 "Ursäkta mig, vad tror du att du håller på med?"

"Jag satt vid sängen, förberedd för att få en epiduralspruta, och då kom barnmorskan utan att säga någonting och bara tog tag i mina ben och försökte slänga dem upp på sängen. Och då slängde jag ner benen igen. 'Ursäkta mig, vad tror du att du håller

på med?' utbrast jag. 'Är det så här man ska jobba i vården?', fortsatte jag och gav henne en utskällning. 'Skärp dig, och nu går du härifrån. Jag skiter i vad du har att säga, du behandlar inte mig på det sättet.' Här var jag med stor mage, och så kommer den här otrevligheten. Till slut lyckades jag med hjälp av min man få upp benen på sängen själv, och där låg jag sedan." (Nzinga)

Nzingas beskrivning av sitt möte med barnmorskan vid förberedelsen för en epiduralspruta bär på flera lager av frustration och ilska, vilket tydligt kommer fram genom det aggressiva och kränkande handlandet från barnmorskans sida. Att fysiskt hantera Nzinga utan förvarning eller samtycke är i sig en kränkning av hennes autonomi och kroppsliga integritet. Det faktum att patienten är en svart kvinna adderar en ytterligare dimension av maktdynamik, där rasifiering spelar en central roll. Beskrivningen av interaktionen mellan Nzinga och barnmorskan målar upp en bild av en vårdrelation präglad av brist på kommunikation och förtroende, vilket kan spegla djupare underliggande strukturella rasistiska attityder och förutfattade meningar inom sjukvården. Nzingas beslut att fysiskt motsätta sig barnmorskans handlingar och hennes verbala respons signalerar hennes behov av att återta kontrollen över situationen och bli behandlad med grundläggande respekt. Hon känner sig kränkt och ignorerad i en extremt sårbar situation som gravid kvinna. Det framstår som om barnmorskans handlande inte bara är ett resultat av individuell brist på omdöme eller kompetens utan snarare en manifestation av inbyggda fördomar som påverkar hur svarta personer kan behandlas i vita rum som sjukvården. Den skarpa konfrontationen från Nzingas sida "*vad fan tror du att du håller på med?*" är en stark reaktion som är rättfärdigat med tanke på integritetsintrånget i situationen. Genom att tydligt uttrycka sitt missnöje och sin vägran att tolerera en sådan behandling, understryker hon behovet av respekt och samtycke inom vården. Denna interaktion kan även spegla djupare liggande maktstrukturer där rasifierade och antaganden om auktoritet och lydnad blandas. Det kan spegla en systematisk förväntan på underkastelse från patienter, särskilt de som tillhör en rasifierad minoritet. Denna form av kränkning blir ett tydligt exempel på hur rasifiering och fördomar kan påverka vårdens kvalitet och bemötandet av patienter på ett negativt sätt.

5.7.3 "Så här gör du, tjoff in i barnets mun"

"På BB var atmosfären mer raljant. 'Mitt skift slutar nu, jag måste vidare. Jag har inte tid att vara så där inkännande och mjuk som under graviditetsvården.' Det var mycket mer hets och de pekade med hela handen, 'så här ska du göra, du måste amma honom just så här mycket.' När amningen var svår i början, tog de tag i bröstet och sa, 'så här gör du, tjoff in i barnets mun.' Som 23-åring blev jag chockad, 'oj, du tar på mitt bröst, oj oj.' Även om det är kvinna till kvinna, så kändes det obehagligt. Jag hade ju svårt med amningen." (Fumi)

Fumis berättelse är full av besvikelse och förvåning och hennes röst indikerar en känsla av att vara överväldigad och otillräckligt stöttad i en sårbar situation. Hon redogör upplevelsen på BB som nästan chockartat, där inslag av hets och brådska upplevs starkt och kontrasterar mot förväntningar på omsorg och mjukhet som i graviditetsvården. Det avslöjas också en märkbar skillnad i vårdpersonalens uppträdande före och efter förlossningen, vilket tyder på en inkonsekvens som kan kännas bedräglig för en ung förstagångsföderska. Hennes upplevelse på BB är tydligt präglad av en känsla av brist på empati från vårdpersonalens sida. Hon ger en tydlig bild av en miljö där tidspress och strukturerad rutin utgjorde grunden för vårdpersonalens interaktion med henne som nybliven mor. Hennes beskrivning lyfter fram hur den vård och behandling hon erhåller är åtskild från den mer förstående och stödjande vård hon förväntat sig, vilket reflekterar en diskrepans i vårdkvalitet under olika skeden av moderskapet. Detta omtalade stressiga och mekaniska bemötande resulterade i en känsla av opersonlig och kränkande behandling, speciellt i en fysiskt känslig process som amning. Fumis upplevelse kan spegla djupgående systemiska problem inom vården, där brådska och effektivitet prioriteras över individens känslor och upplevelser. Det är inte uttalat i Fumis beskrivning att den bristande empatin och respekten är direkt kopplad till rasifiering eller vithetsnormen. Dock, i kontexten av bredare diskussioner om ojämlik vård i Sverige, där studier och berättelser från svarta kvinnor ofta belyser rasistiska undertoner, skulle Fumis erfarenhet kunna spegla liknande teman. Hennes upplevelse kan peka på underliggande rasistiska strukturer där särskilt unga svarta kvinnor, ofta möter paternalistiska attityder och bristande respekt för deras personliga rättigheter och

kroppsliga integritet. För Fumi som en ung svart kvinna kan denna behandling kännas ännu mer påträngande i ljuset av historiska och nuvarande kontexter där svarta kvinnors kroppar ofta objektifierats. Beskrivningen av hur vårdpersonalen hanterade amningen, genom att fysiskt ta tag i henne på ett sätt som hon upplevde som påträngande och obehagligt, belyser brister i professionellt beteende. Denna upplevelse markerar en kränkning av hennes kroppsliga autonomi och förtroende gentemot vården. Det rutinmässiga tillvägagångssättet som Fumi beskriver kan spegla en bredare institutionell norm där effektivitet och snabbhet går före patientens emotionella och kroppsliga behov. Detta kan särskilt drabba de som kanske redan är marginaliserade på grund av rasifiering, kulturell bakgrund eller språkbarriärer.

5.8 Nedlåtande och stigmatiserande bemötande

5.8.1 “Är det okej att jag kallar den lilla skitungen?”

”Och så sitter den här barnmorskan och puttår på min mage och säger ’att bäst du kommer ut, den här skitungen’. Och ingen säger till. Det är så min dotter kommer till världen. Förstagångsföderska och så kallar hon min unge för skitungen. Och då säger barnmorskan till mig, ’Är det okej att jag kallar den lilla skitungen?’ Vad ska jag säga? Jag ligger där med min lustgasgrej. Hon trycker på min mage. Jag har benen uppe och de ska hjälpa mig föda. Jag kommer ihåg att jag tänkte så här. Nej men gud, jag kan inte göra henne arg. Tänk om jag dör här då. Så då sa jag, ’okej’. Det är för mycket stress. Det sätter sån stress på en i systemet. Och vad heter det? Fick ingen hjälp. De andra sa inget, alla var tysta...Just det här att ingen ser någonting. Och det är så tyst i rummet i en förlossning...det är väldigt lugnt. Det är väldigt få ljud. Det är liksom själva krystandet som är ett ljud. Det var inte så att någon inte hörde. Vem frågar om det är okej att kalla det barn man är på väg att föda, som man burit på nio i månader, för ’liten skitunge’? (Nakato)

Nakato förlossningsupplevelse speglar bristande professionalitet, respekt och medkänsla från barnmorskan och övrig personal som deltog i förlossningen. Det kränkande i den här händelsen är att barnmorskan använder ett nedsättande ord ("skitunge") för att beskriva Nakato ofödda barn, vilket är förnedrande och

respektlöst. Att kalla det nyfödda barnet för "skitunge" – är kränkande och helt oacceptabelt, särskilt under en stressig och känslig situation som en förlossning. Att bli verbalt kränkt under förlossningens kritiska och sårbara ögonblick kan ha djupgående mentala och emotionella effekter på en förstagångsmamma. Nakatos beskrivning av situationen tyder på en känsla av hjälplöshet och rädsla – hon vågade inte protestera av rädsla för att barnmorskans humör skulle påverka kvaliteten på vården hon och hennes barn skulle få. Detta avslöjar en maktobalans där patienten, på grund av sin utsatta position, inte känner att hon kan uttrycka sitt obehag eller motsättning utan att riskera sin egen och barnets säkerhet.

Användandet av det nedvärderande språkbruket kan tolkas som en manifestation av rasistiska fördomar och en vithetsnorm inom sjukvårdssystemet. Det faktum att ingen annan vårdpersonal ingrep eller ifrågasatte barnmorskans nedsättande och kränkande språkbruk kan peka på en kultur där rasistiska skämt eller kommentarer ignoreras, vilket även belyser systemiska problem inom vården som berör etik och jämlikhet. En ytterligare problematik som Nakato lyfter fram är att tystnaden från övriga vårdpersonal i rummet, förstärker känslan av isolering och utsatthet. Detta tysta samtycke till otillbörligt beteende framhäver bristen på stödsystem och skyddsmekanismer för patienter i situationer där de blir kränkta. Nakatos erfarenhet under förlossningen är tyvärr ett exempel på de brister som kan förekomma inom sjukvården vad gäller respektfull behandling och icke-diskriminerande praktiker.

5.8.2 "Ja, vadå, vill du ha ett kejsarsnitt nu som alla kvinnor..."

"Den manliga läkaren, den äldre läkaren där när jag ville ha igångsättningen eller en planerad förlossning. Där vet jag inte, där var det allt från min bakgrund, alltså min hudfärg, att man är svart och också det här. Rent kvinnohat skulle jag vilja säga, kvinnoförakt, när han sa, 'Ja, vadå, vill du ha ett kejsarsnitt nu som alla kvinnor vill ha liksom?'" (Kamia)

Kamias beskrivning av situationen när hon diskuterade förlossningsalternativ med en äldre manlig läkare rymmer avsevärda indikationer på både rasism och sexism, vilket ger ytterligare lager av komplexitet och svårighet till förlossningsupplevelsen. Hon upplever att läkarens attityd och kommentarer inte bara var fördömande utan också

nedlåtande, vilket illustrerar en överlappning av fördomar baserat på både rasifiering och kön.

Kamia uttrycker både besvikelse och irritation, vilket tyder på en djup känsla av att ha missförstått och behandlats illa. Hon pekar direkt på sin hudfärg som en bidragande faktor till läkarens nedlåtande hållning, vilket tydligt indikerar att hennes erfarenhet inkluderade element av rasistisk diskriminering. Läkarens antagande om att hon vill ha ett kejsarsnitt "som alla kvinnor liksom" pekar även på en trivialisering och sexistisk generalisering som undergräver kvinnors förmåga att göra informerade val om sin egen vård. Detta scenario lyfter fram en intersektionell diskriminering där Kamia inte bara utsätts för rasistiska fördomar utan även blir underminerad som kvinna. Hennes erfarenhet speglar en större strukturell fråga i vården där vithetsnormen och sexistiska föreställningar sammankopplas för att marginalisera och förminska erfarenheter och önskemål från svarta kvinnor.

5.8.3 "Har du funderat på att det kanske kan vara tecken på HIV?"

"När jag nämnde att jag haft återkommande halsinfektioner, mötte jag en läkare som sa till mig, 'Har du funderat på att det kanske kan vara tecken på HIV?' Hon förklarade att hon nyligen deltagit i ett seminarium om tidiga symptom av HIV. Jag svarade att det var osannolikt eftersom jag nyligen hade fött barn och gjort ett HIV-test i samband med det. Dessutom har jag haft samma partner under denna tid. Jag tror inte det, men om du insisterar, ja, då kan vi ju göra den testen. Men där blev jag faktiskt väldigt kränkt." (Lima)

Limas erfarenhet i vårdsituationen speglar tydliga tecken på både underliggande fördomar och en möjlig tillämpning av stereotyper kopplade till svarta personer. Detta sätter ljuset på djupt rotade problem inom sjukvården där rasistiska antaganden fortfarande påverkar den diagnos och behandling som erbjuds. Det är kränkande att antyda att en sjukdom som HIV kan vara en förklaring till återkommande halsinfektioner utan grund och i strid med medicinsk praktik. Trots att Lima gav tydliga skäl för varför en HIV-infektion var osannolik, fortsatte läkaren att misstänkliggöra hennes hälsostatus. Det visar på fördomar om att en svart kvinna

kan vara mer benägen att ha HIV, vilket i sig är ett rasistiskt antagande baserat på stereotyper och vithetsnormen där svarta individer ofta stigmatiseras och utsätts för fördomar inom hälso- och sjukvårdssystemet. Limas berättelse speglar tydligt en interaktion inom sjukvården där fördomar rörande rasifiering och hälsostatus sammanfaller på ett sätt som upplevs väldigt kränkande för henne. Det tydliga behovet av att försvara sin hälsostatus och bakgrund inför läkaren markerar en situation där Lima känner sig misstrodd och utsatt på grund av sin bakgrund och situation. Denna incident med Lima framhäver tydligt hur fördomar om rasifiering kan infektera vårdrelationen och resultera i kränkande förslag som kan påverka patientens psykiska tillstånd och förtroende för vården. Att automatiskt koppla ihop hennes symptom med HIV baserat på begränsad personlig information väcker frågor om stereotypisering baserad på ras och ursprung. När Lima beskriver läkarens prompta antagande om att hon kanske har HIV uttrycker hon en blandning av förvåning och frustration. Detta tyder på en skarp besvikelse över läkarens brådska att koppla hennes symptom till en sjukdom som ofta är omspunnen av stigma, speciellt i relation till afrikaner. Läkarens omedelbara antagande om att Lima skulle kunna ha HIV, baserat på hennes redogörelse om återkommande halsinfektioner, reflekterar en kritisk brist på professionellt omdöme som är färgat av stereotypa föreställningar om sjukdomar kopplade till afrikaner. Detta är kopplat till de rasistiska strukturerna i medicinsk praktik, där svarta individer ofta felaktigt diagnostiseras eller erbjuds tester baserade på förlegade förväntningar snarare än medicinsk grund. Lima måste själv säga emot och förklara varför HIV-diagnosen är osannolik. Detta kan kännas kränkande eftersom det underminerar hennes autonomi och förståelse för hennes kropp och hälsostatus. Läkarens snabba koppling till HIV baserat på symptom som lika gärna hade kunnat återspegla helt andra sjukdomar visar på en djupt rotad vithetsnorm inom medicinen, där rasifierade patienters symptom tolkas genom en fördomsfull lins. Detta är särskilt farligt eftersom det kan leda till felbehandling och försämrade hälsoutfall för patienter. Limas interaktion med sjukvården är tyvärr ett exempel på hur etablerade stereotyper och fördomar mot svarta patienter kan påverka kvaliteten och typen av vård som de erhåller.

5.8.4 "Hallå! Har du varit i Afrika? Har du testat dig för HIV?"

"Nzinga berättar att hon mötte en svensk barnmorska. När hon kom dit, frågade barnmorskan direkt 'Hallå! Har du varit i Afrika? Har du testat dig för HIV? Har du kontrollerat dessa tester?' Nzinga berättar att barnmorskan använde en överdriven artikulation, som om 'jag varken kunde förstå eller höra henne'. Då svarade Nzinga med samma överdrivna tydlighet 'Hallå idiot! Är det något fel på din röst? Behöver du hjälp eller? Eller har du kanske köpt din utbildning på Rinkebytorget?' Barnmorskan svarade att hon inte trodde att Nzinga 'kunde prata svenska.' Därefter försökte barnmorskan röra Nzingas barn, varefter hon reagerade med att 'Du rör inte mitt barn', sen gick hon därifrån. Nzinga förklarade att 'Det är sättet de pratar till en. Ofta måste jag påpeka att jag är utbildad för att undvika att de behandlar mig som om jag inte förstår någonting.'" (Nzinga)

Nzingas möte med barnmorskan illustrerar tydliga exempel på rasistisk profilering och stereotypisering inom sjukvården. När barnmorskan frågar om HIV-test och kopplar det direkt till hennes eventuella besök i Afrika, visas en uppenbar rasifierad profilering som är djupt kränkande. Det insinuerar felaktigt en direkt koppling mellan Afrika, sjukdom, och risken att smittas av HIV, vilket är en allvarlig förenkling och stigmatisering av en hel kontinent.

Den nedlåtande tonen barnmorskan använder, där hon närmast skriker, signalerar utgångspunkten för den stereotypa föreställningen att svarta inte förstår svenska eller grundläggande medicinska förfaranden. Denna fördomsfulla handling är inte bara kränkande utan även en tydlig manifestation av rasistiska strukturer inom sjukvården, vilka antar att svarta patienter per automatik är mindre informerade eller utbildade.

Nzinga visar tydligt genom de sarkastiska kommentarerna hon ger tillbaka till barnmorskan en frustration, vilken speglar den konstanta kampen som många svarta kvinnor kan uppleva när de ständigt måste konfrontera stereotypiserande bemötande inom vården. Nzingas överdrivna ton mot barnmorskan, är därmed både en metod för självförsvar och ett sätt att återta kontroll över situationen. Händelsen

understryker också vikten av kroppslig autonomi, speciellt när barnmorskan försöker beröra hennes barn utan tillstånd, vilket väcker starka känslor av integritetsintrång. Diskussionen om Nzingas förmåga att tala svenska visar på en djupt inrotad vithetsnorm, där svenska språkfärdigheter och en rasifierad identitet inte anses kunna samexistera. Det här är en manifestation av antaganden om språk och identitet som cementerar en ojämlik maktstruktur.

Nzingas upplevelse är en stark påminnelse om de rådande rasistiska attityderna inom sjukvården, som förväntar sig att svarta patienter ska bevisa sin kompetens när de bemöts med skepticism snarare än empati och respekt.

5.8.5 "... en barnmorska med en fruktansvärd attityd"

"Men när jag väl hamnade på avdelningen och fick ett rum där, då kom det in en barnmorska med en fruktansvärd attityd. Hon skrek bara, hälsade inte, sa inte ens hej. Hon uppförde sig mycket märkligt. Inledningsvis kopplade jag inte detta till rasism eller något liknande. Jag gjorde verkligen inte det. Men irritationen växte med tiden, och till slut tänkte jag bara, 'Vad är ditt problem?'" (Nzinga)

Nzingas inledande möte med barnmorskan är i form av verbal aggression och avsaknad av grundläggande sociala normer, som att hälsa. Detta sker i en miljö där Nzinga borde känna sig trygg och omhändertagen. Barnmorskans beteende – att inte hälsa eller ens uppträda professionellt – framkallar en omedelbar alienation och osäkerhet. Specifikt lyfter Nzinga fram hur barnmorskans skrikande och oförsämmande attityd till slut ledde till stark irritation och förvirring, vilket till en början inte kopplades direkt till rasism. Nzinga börjar ifrågasätta barnmorskans dåliga bemötande och hon inser gradvis att rasism är en möjlig förklaring till det, vilket gör situationen ännu mer påtaglig. Den initiala chocken och förvirring övergår till irritation och försvar när hon tvingas konfrontera den möjliga realiteten av rasistiska fördomar inom sjukvården. Detta är ett exempel på hur personer i marginaliserade och rasifierade grupper ofta måste navigera en verklighet där de kontinuerligt behöver bedöma och hantera diskriminerande beteenden, vilka ibland är så subtila att de initialt kan förbises eller missförstås som något annat. Vad som kan uppfattas

som en isolerad incident av oprofessionellt uppträdande visas i denna berättelse ha djupare övertoner av strukturellt och institutionellt betingad rasism. Med vithetsnormen som uttalad standard, kan åsidosättandet av rättigheter och värdighet för svarta patienter utgöra en av många vägar genom vilket förtrycket upprätthålls. Nzingas erfarenhet belyser inte bara individuella incidenter av dåligt bemötande utan också hur dessa incidenter är del av större systematiska problem som förankras i långvariga rasistiska strukturer. Dessa erfarenheter bidrar till känslan av att inte vara välkommen eller respekterad, vilket är centralt i diskussionen om vithetsnormen och rasism inom vården. Nzingas berättelse understryker vikten av en medveten och systematisk förändring inom vården för att säkerställa att alla patienter kan känna sig trygga, respekterade och värderade.

5.9 Bristande eftervård

5.9.1 "Hela natten var vi bara där. Ingen checkade på mig"

"Efter förlossningen, fick vi komma till BB mitt i natten. Det var en kille som visade oss rummet och han sa att en sjuksköterska kommer komma in och checka till oss. Men ingen kom. Hela natten var vi bara där. Ingen checkade på mig. Hon kom sen på morgonen. Och det var inte ens ett knack på dörren, kom bara in. Tryckte lite, sa hej, presenterade sig inte med namn. Började trycka lite på magen, frågade om jag hade varit och bajsat eller kissat, så var det. Tre frågor och sen gick hon ut." (Namutebi)

Namutebi berättar om sin upplevelse på BB där hon kände sig ignorerad under en tid när hon behövde stöd som mest. Hon beskriver hur hon blev försummad och bortglömd av nattpersonalen som skulle bistå med stöd och regelbunden tillsyn över henne och hennes nyfödda barn. Bristen på regelbunden övervakning och omsorg under natten såg hon som sårande och kränkande. Den bristande respekten och vården Namutebi fick visar på en nedlåtande attityd och brist på professionalitet som kan uppfattas som rasistisk och som att det speglar vithetsnormen. Exempelvis, när sjuksköterskan inte ens knackade på dörren innan hon kom in, varken presenterade sig med namn eller tog sig tiden att välkomna Namutebi på ett respektfullt sätt, signalerar bristande empati och omtanke. Den snabba och bristfälliga undersökningen, utan respektfull interaktion eller tillräcklig omsorg, kan uppfattas

som en avhumaniserande behandling som påverkar Namutebis känsla av värdighet och respekt. Sjuksköterskans nonchalanta och oprofessionella attityd fördjupar känslan av alienation och en känsla av att vara oönskad och ovälkommen i sjukvårdsmiljön. Känslan av att inte få adekvat uppföljning eller ens grundläggande respekt kan förstärka upplevelser av rasism och diskriminering inom vården, vilket bidrar till känslan av otrygghet och isolering under en period som borde präglas av omsorg och stöd. Det är möjligt att sjuksköterskans beteende speglar djupare, underliggande strukturella problem i vården där rasistiska fördomar och stereotyper kan påverka hur vården ges. Vithetsnormen kan även påverka sjukvårdspersonalens ofta uttalade uppfattningar om vilka patienter som anses vara "värdiga" extra tid och omsorg. Studier har visat att svarta kvinnor och andra rasifierade minoritetsgrupper ofta erhåller sämre vårdkvalitet och uppmärksamhet inom sjukvården, vilket kan kopplas till rasistiska strukturer och vithetsnormer.

5.9.2 "... de hade inte gett mig den hjälp jag borde få"

"Tredje graviditeten var värst, jag var extremt trött, mina järnvården var nere, men jag var tvungen att ta barnen till skolan, sköta allt husarbete, och jag var så trött, att jag brukade krypa på golvet för att ta mig fram. Sen efter förlossningen var jag själv på BB, men barnmorskan och undersköterskan där var inte hjälpsamma. Jag behövde ett glas vatten, men då sa hon gå upp själv och hämta det från köket. Du vet var köket ligger. Och jag sa till henne, men snälla hjälp mig. Jag är ensam här, och blöder mer än någonsin, det vet du. Hon svarade, ja, men vi har väldigt mycket att göra, sen gick hon. Så jag fick vänta tills bebisen hade ammat färdigt och somnat, så drog jag mig till köket, samtidigt som jag blödde jättemycket. Jag kunde inte sova den kvällen, för de hade inte gett mig den hjälp jag borde få. De kunde inte hjälpa mig. Ibland behövde jag bara en frukt. Då sa de, du måste gå till köket. Jag försökte förklara för dem, att om jag kunde, skulle jag göra det, men jag var utmattad och kunde knappt röra på mig. Jag hade väldigt låga järnvården, hade jobbat ihjäl mig under graviditeten med två små barn och en misshandlande man. Eftersom han kontrollerade mig, hade han isolerat mig från vänner, så jag hade ingen som kunde komma till BB och hjälpa mig. Jag hade ingen familj i Sverige."
(Akini)

Akini beskriver en känsla av extrem trötthet och fysisk svaghet under sin graviditet. Det belyses av hennes beskrivning av att krypa på golvet för att ta sig fram vilket understryker den extrema utmattningen hon kände. Efter förlossningen var hon alltjämt trött samtidigt som hon var ensam på BB. I Akinis beskrivning av sin upplevelse på BB framträder en stark känsla av försummelse, brist på empati och bristande vård från sjukvårdspersonalen. Berättelsen avslöjar en känsla av förödmjukelse och kränkning, samt en brist på medkänsla och förståelse för hennes situation och behov. Akinis vädjan om hjälp och stöd för att få ett glas vatten eller frukt besvarades med underlåtenhet och känslomässig avvisning. Sjuksköterskans svar, att de hade "våldigt mycket att göra", reflekterar en djup brist på empati och förståelse för Akinis situation. Det visar sig i den nonchalans och brist på medkänsla när sjuksköterskan ber Akini hämta vatten på egen hand trots hennes uppenbara behov och låga energinivåer. Denna behandling kan ses som sårande och illasinnad eftersom den visar en nedlåtande inställning gentemot Akini som svart kvinna och brist på empati och professionellt beteende från vårdpersonalen. Personalens bristande omsorg för Akini underminerar hennes värdighet och kan avslöja rasistiska fördomar genom den bristande förståelsen för Akinis specifika behov.

Akinis berättelse beskriver inte bara fysiskt lidande efter en utmattande graviditet och förlossning, utan också känslomässig och fysisk isolering. Hennes berättelse ger en djupt rörande inblick i den krävande och isolerande situation hon hamnade i efter sin förlossning, där bristande stöd från vårdpersonalen förstärkte känslan av ensamhet och försummelse. Hennes ensamhet förvärrades av det faktum att hon var isolerad från sitt sociala nätverk, dels på grund av sin misshandlande partner, dels på grund av att hon inte hade någon familj i Sverige. Detta lägger ytterligare vikt på behovet av att vårdgivare inte bara upprätthåller en hög standard av medicinsk vård, utan också är känsliga för de sociala och emotionella omständigheter som påverkar patienter.

Akinis berättelse pekar på allvarliga brister i vården som inte bara berör henne på ett personligt plan utan också riskerar att förstärka existerande ojämlikheter och vårdbrister. Hennes berättelse understryker en akut brist på grundläggande mänsklig omsorg och respekt inom sjukvården, vilket gör det nödvändigt att se över och förbättra hur vård ges, särskilt till de mest sårbara. Det handlar inte bara om att

tillhandahålla medicinsk vård utan att skapa en vårdmiljö där alla patienter kan känna sig trygga, stöttade och respekterade, oberoende av deras bakgrund.

5.9.3 "Jag fick någon annan patients medicin"

"Sen efter förlossningen var jag jättedålig, så jag var inlagd på sjukhus i 10 dagar. Den första veckan fick jag fel medicin. Jag blev svagare och svagare. Så jag fattade inte varför. De fortsatte ge mig tabletterna. Jag har många kompisar som jobbar inom vården. Så en kompis frågade varför jag tar de här tabletterna. Jag svarade, 'jag vet inte vad de ger mig. Han blev arg och sa till mig: 'alltså, du måste ha koll, snälla, du kan inte bara lita på de här människorna.' Då fick vi veta att medicinen var utskriven till en svensk kvinna på avdelningen. Jag fick någon annan patients medicin. Jag vet inte hur det blev så här, eller varför det blev så fel, eller varför händer det här mig?" (Awate)

Awates erfarenhet på sjukhuset visar på grov försummelse och misstag från sjukvårdens sida där hon fick fel medicin, vilket förvärrade hennes fysiska tillstånd efter förlossningen.

Awate fick fel medicin som var utskriven till en annan patient på avdelningen, vilket avslöjar en fruktansvärd brist på professionell kompetens och omsorg. Det faktum att Awate inte bara fick felaktig medicin, utan att detta misstag också upptäcktes av en vän i stället för av vårdpersonalen, visar på en brist i tillsynen och ansvaret som vårdpersonalen har gentemot patienterna.

Awates beskrivning innehåller starka känslor av frustration och rädsla. Uttrycket "jag blev svagare och svagare" avslöjar en försämring av hennes hälsotillstånd, vilket direkt påverkade hennes förmåga att förstå vad som hände med henne på sjukhuset. Detta förstärker känslan av utsatthet och hjälplöshet.

Händelsen där en vän måste påminna Awate om att "ha koll" på hennes behandling indikerar en maktobalans där patienter från rasifierade minoritetsgrupper sätts i en position där de måste ifrågasätta och övervaka sjukvårdens beslut. Detta speglar en brist på tillit till systemet som bör ge omsorg och skydd. Awates berättelse pekar på

en djup misstro gentemot sjukvårdspersonalen efter händelsen där hon tilldelats fel medicinering. Vännen som jobbade inom vården hjälpte Awate att inse misstaget, vilket understryker vikten av att ha en kunnig och pålitlig person inom vården som kan agera stöd. Awates erfarenhet speglar de systematiska problemen inom sjukvården där fel i behandling och medicinering kan ske. Det faktum att hon specificerar att medicinen var avsedd för "en svensk kvinna" kan tyda på en underliggande känsla av att vårdkvaliteten och noggrannheten varierar beroende på patientens ursprung. Detta kan spegla djupgående strukturella och rasistiska fördomar inom vården, där personer som rasifieras möter större vårdmissar. Awates slutgiltiga frågor - "jag vet inte hur det blev så här, eller varför det blev så fel, eller varför händer det här mig?" - uttrycker en fråga som söker efter rättvisa och förklaringar, vilket antyder att hon känner sig orättvist behandlad och iklädd en risk som inte borde vara en del av en trygg sjukvårdsupplevelse.

5.9.4 "Om du inte leker med dina tuttar, då ska de inte rinna"

"De skulle börja ge mig medicin för att bromsa mjölkproduktionen, efter att mitt barn hade dött efter förlossningen. Jag fick inte det. De ville inte ge mig den. De svarade, 'nej du behöver inte tablettorna. Om du inte leker med dina tuttar, då ska de inte rinna.' Men jag försökte förklara för dem, 'men det gör jätteont'. Det är fullt med mjölk. Brösten var jättespända. Det blev tjafs med personalen på avdelningen, och det tog två dagar innan jag fick medicinen." (Awate)

Awates erfarenhet är präglad av fysisk och emotionell smärta, förvärrad av sjukvårdspersonalens bristande lyhörddhet för hennes akuta behov. Hennes beskrivning av situationen inger en stark känsla av frustration och hjälplöshet. Grunden till dessa känslor är den medicinska personalens ovilja att lyssna på hennes specifika problem och symptombeskrivning, vilket ledde till onödigt lidande. Awate fick inte adekvat medicinering för att bromsa mjölkproduktionen efter att hennes barn hade avlidit. Trots hennes fysiska smärta och behov av medicin för att lindra hennes besvär, nekades hon detta av vårdpersonalen med nedlåtande kommentarer som "om du inte leker med dina tuttar, då ska de inte rinna." Genom

att neka Awate den nödvändiga medicin för att lindra hennes fysiska smärta efter en traumatisk händelse, visar vårdpersonalen på bristande empati och respekt för Awates lidande och behov. Att reducera den svarta kvinnans lidande till ett trivialt uttryck som "lek med [hennes] tuttar" visar på en brist på förståelse och medkänsla för hennes upplevelse. Detta avslöjar en förminskande och nedlåtande attityd som kan vara rotad i underliggande rasistiska fördomar och föreställningar.

När vårdpersonal inte tar den svarta kvinnans smärta och behov på allvar, utan istället ignorerar eller bagatelliserar dem, kan det tyda på att de omedvetet påverkas av rasistiska stereotyper. Dessa stereotyper kan få dem att se den svarta kvinnan som mindre värd respekt och omvårdnad jämfört med vita patienter.

Den kränkande upplevelsen för den svarta kvinnan ligger just i att hennes lidande och hennes kropp/känslor inte erkänns och behandlas med samma dignitet som förväntas för andra patienter. Detta mönster är vanligt i situationer där vårdgivare saknar medvetenhet kring de rasistiska fördomar som genomsyrar vårdssystemet. Sammanfattningsvis visar citatet på hur bristande förståelse, empati och respekt för den svarta kvinnans upplevelse kan hänga samman med underliggande rasistiska attityder och föreställningar inom vården. Detta osynliggörande av den svarta kvinnans behov är en form av rasism som kan drabba patienter som rasifieras. Awate kämpade för att få den grundläggande vården som förväntas efter att ha förlorat sitt barn och vara i behov av att stoppa mjölkproduktion. Att det "tog två dagar" innan Awate fick medicinen och att det "blev tjafs med personalen" tyder på en maktobalans där hennes krav och behov inte omedelbart togs på allvar. Det reflekterar en nedvärderande och trivialiserande syn på Awates fysiska och emotionella lidande.

Awates berättelse visar på försummelse i vården och bristfällig empati gentemot en svart kvinna i sorg efter att hennes barn avlidit. Det är en chockerande berättelse om bristen på förståelse och stöd från vårdpersonalen gentemot Awate. Det framgår tydligt att Awate inte bemöttes med den respekt och medkänsla som en individ i hennes situation bör ha erhållit. Den ovilja och det ointresse som vårdpersonalen visade kan tyda på djupare stereotyper där svarta kvinnors fysiska yttringar och

känslor inte tas på allvar. Det här förstärker en osynliggörande och marginaliserande hållning som tyvärr svarta kvinnor möter där vita normer och förståelser dominerar.

5.10 Bristande kunskap om och hantering av sicklecellanemi hos kvinnor med afrikansk härkomst

5.10.1 "Ingen har någonsin testat mig i Sverige".

"Det som har varit en grej för mig när det gäller just det där med Sicklecellsjukdom, att i alla andra länder nu som har en befolkning med afrikansk påbrå, som Storbritannien, USA, då testar man alla mammor med afrikansk påbrå, för om man har den där sicklecellsjukdom, så fort du blir gravid testas du för det, eftersom det är mycket vanligare bland en befolkningen med afrikansk påbrå, men i Sverige gör man inte det. Jag tror att sicklecellsjukdomsgenen har samband med min underliggande sjukdom. Därför gör man tester i England och jag tror de gör det i Tyskland också, alltså man testar mamman om man då har den där genen för sicklecellsjukdom. Min syster till exempel, som födde barn i England, på henne var det ju liksom en självklarhet, de testade henne, hon hade genen. Då var ju min syster såhär, men då måste du också ha den. Ingen har någonsin testat mig i Sverige. Man pratar inte ens om det." (Minda)

Mindas erfarenhet och frustration beträffande den brist på undersökning för sicklecellsjukdom hos personer av afrikansk härkomst i Sverige understryker en djupgående problematik i sjukvården som uppvisar strukturell rasism och upprätthållande av vithetsnormen.

I Mindas berättelse framträder en tydlig indikation på strukturellt och potentiellt rasistisk betingad ojämlikhet inom vården genom sin erfarenhet av bristen på tester för sicklecellsjukdom, som är vanligare i grupper med afrikanskt påbrå. Hon framhäver en tydlig diskrepans i hur vården i olika länder, som Storbritannien och USA, prioriterar tester för denna sjukdom beroende på om man har afrikanskt påbrå. Där är screening av sicklecellsjukdom standardiserad för svarta människor. Genom att jämföra hur hennes syster som födde barn i Storbritannien automatiskt testades för sicklecellsjukdom på grund av sitt afrikanska påbrå, medan Minda själv

aldrig erbjudits detta test i Sverige, belyser hon en potentiell diskriminering eller försummelse av patienter med afrikanskt påbrå inom den svenska vården. Denna brist på jämlika vådrutiner baserat på ursprung pekar på en normaliserad vithetsnorm som inte tar hänsyn till specifika hälsorisker och behov hos svarta. Mindas beskrivning av att ingen i Sverige ens har diskuterat eller erbjudit henne test för sicklecellsjukdom indikerar att det kan ha påverkat den medicinska vården hon mottagit, vilket kan kopplas till en rasifierad diskriminering inom hälso- och sjukvården. Denna nonchalanta inställning till att erbjuda adekvata tester och behandlingar baserat på ursprung kan resultera i försenad diagnos och otillräcklig vård, vilket i slutändan kan leda till onödigt lidande och komplikationer för patienter med specifika genetiska ärftliga riskfaktorer.

Mindas berättelse pekar på en bristande kunskap och medvetenhet när det gäller sjukdomar som primärt påverkar personer av afrikansk härkomst. Baserat på jämförelse mellan Sveriges och andra länders hantering visar på en ojämlikhet i sjukvården som kan bära på underförstådda budskap om vems hälsa som ges prioritet och vilka man förväntar sig ska ingå i den "normala" befolkningsgruppen. Hon uttrycker en känsla av att vara förbigången, vilket tyder på en djupare rasistisk diskriminering där vissa grupper prioriteras och andra negligeras. Detta förstärks av känslan av särbehandling och diskriminering just på grund av hennes afrikanska bakgrund, vilket både är smärtsamt och kränkande. Minda upplever en brist på kontroll och autonomi över beslut som rör hennes egen hälsa. Att inte ens erbjudas relevanta tester, trots hennes genetiska riskfaktorer, gör att hon känner sig oförmögen att vara beslutsfattare i sin egen vård. Detta kan upplevas som både förödmjukande och förtryckande.

Minda känner sig marginaliserad och ignorerad inom den svenska sjukvården. Upplevelsen hon beskriver om avsaknaden av tester för sicklecellsjukdom är en representation av hur ojämlikheter inom sjukvården normaliseras. Genom att inte ge alla individer lika tillgång till viktiga medicinska undersökningar, upprätthålls ett osynliggörande av rasifierade befolkningsgrupper.

5.10.2 "För i Sverige är det så smygrasistiskt"

"I USA gör man massor med studier på olika typer av människor, för de är så vana vid att de har olika grupper av människor. Det är ett sätt att kategorisera in människor i, men det finns en fördel. Man kan se i USA att den afrikansk-amerikanska befolkningen har större risk för hjärt- och kärlsjukdomar, så man ska kolla dem bättre. I Sverige är det ju liksom omöjligt. Här är fortfarande standardpersonen en vit svensk man. Och kvinna, när det gäller kvinnokroppen. För i Sverige, är det så smygrasistiskt. Folk går inte runt med redneckflaggor liksom, men jag tycker också att det är lömskare, alltså det är mer obehagligt, för att de smyger med sin rasism." (Minda)

Minda belyser en djupgående skillnad gällande medvetenheten om den rasifierade gruppen i medicinsk forskning och praktik i USA jämfört med i Sverige. Hon påpekar att i USA finns en större acceptans och tillämpning av forskning inriktad på grupper som inte är vita, vilket tillåter en mer målinriktad och möjligen effektivare vård, speciellt när det kommer till att adressera sjukdomar som har en högre prevalens inom specifika grupper, såsom hjärt- och kärlsjukdomar bland afrikan-amerikaner. I kontrast till detta beskriver hon en mer smygande rasism i Sverige, där sådan forskning är underutvecklad på grund av en rädsla för att öppet erkänna och debattera frågor om rasism och dess påverkan på hälsa. Detta hinder för en öppnare dialog och vetenskapligt utforskande hälsoskillnader bland grupper upplevs som kränkande i sig, då det fortfarande privilegierar "den vita svenska mannen och kvinnan" som norm i medicinsk forskning och praktik.

Hennes uttalande pekar på en djupare strukturell fråga där Sverige, enligt henne, inte fullt ut adresserar eller erkänner de särskilda behoven hos rasifierade individer, vilket potentiellt kan förstärka den ojämlika vården. Det här understryker en känsla av utanförskap och ignorans som många med rasifierad bakgrund kan känna i det svenska samhället, där problemen inte möts av hatfyllda symboler som en redneckflagga, men snarare en tystare, kanske lika skadlig, form av icke-erkännande och underlåtenhet att agera, vilket ibland diskuteras under begrepp som smygrasism. Denna dialog är central för att förstå hur djupgående och komplexa frågor om rasifiering och jämlikhet i sjukvården är. Minda belyser hur subtila former av rasism

och vithetsnormen manifesteras i det medicinska sammanhanget, även i ett svenskt perspektiv. När hon beskriver hur "standardpersonen" i Sverige fortfarande anses vara en vit svensk person, pekar det på en inbyggd förväntan och norm som inte tar hänsyn till mångfalden inom befolkningen. Det här kan ha negativa verkningar på sjukvård och forskning, genom att rasifierade grupper inte får samma uppmärksamhet eller vård baserat på stereotyper eller bristande kunskap om deras specifika hälsobehov.

Dessutom beskriver användningen av termer som "smygrasistiskt" och jämförelser med öppen rasism i USA hur rasism kan vara subtil, där denna form ibland kan vara svårare att identifiera och därmed bekämpa. Detta understryker att "smygrasism," även om den uppenbarar sig som en avsaknad av öppna rasistiska symboler (som "redneckflaggor"), kan den strukturella och kulturella rasismen vara djupt rotad och svårare att synliggöra och utmana.

5.10.3 "... i Sverige finns en så dumdristig rädsla..."

"Och jag tror faktiskt att i Sverige finns en så dumdristig rädsla för att kategorisera människor, men ändå frågar de om jag har afrikansk påbrå i förlossningsvården. Om de inte ens ska ta till exempel blodprov för sicklecellsjukdomen, när man ändå tar så mycket blodprov när man är gravid, då varför inte lika väl stoppa in ett blodprov på kvinnor med afrikansk påbrå för sjukdomar som är typiska för dem?" (Minda)

Den beskrivna situationen djupdyker i en viktig frågeställning gällande frågan om afrikansk härkomst och dess implikationer i medicinska sammanhang. Det avslöjar både en medvetenhet och motvillighet att direkt hantera hälsoproblem för befolkningsgrupper som faller utanför vithetsnormen på ett både öppet och inkluderande sätt.

Minda lyfter här fram en komplexitet i skärningspunkten mellan en allmän rädsla för rasifierad kategorisering i Sverige och en verklig medicinsk praxis som potentiellt kan bidra till hälsoförbättringar för specifika befolkningsgrupper. Hon pekar på en motsägelsefull hållning där svenska sjukvården drar sig för att göra medicinska tester

som riktar sig mot specifika rasifierade gruppers sjukdomar, samtidigt som man frågar henne ständigt om hon har afrikansk påbrå, på ett irrelevant sätt. Detta kan upplevas som kränkande och diskriminerande när det inte åtföljs av konkreta medicinska åtgärder som motiverar frågeställningen.

Denna typ av upplevelser kan kopplas till det som i forskningen beskrivs som "othering", där en individ kategoriseras som 'den andre' på ett sådant sätt att det förstärker en upplevelse av exkludering och marginalisering.

I USA, där det är vanligare att genomföra anpassade medicinska tester som test för sicklecellsjukdom bland individer med afrikansk härkomst, kan en sådan anpassning ses som en del av vad som kallas "*precision medicine*" – en medicinsk vård som syftar till att anpassa behandling baserat på individuella genetiska, miljömässiga och livsstilmässiga faktorer.

Minda pekar på att i Sverige finns en benägenhet att undvika öppna diskussioner om rasifiering och dess inverkan på individens hälsa, vilket kan ses som en del av en "dumdrigtig rädsla för att kategorisera människor." Denna rädsla kan bidra till en brist på adekvat medicinsk vård och forskning anpassad till rasifierade patienters särskilda behov.

Förslaget om att systematiskt inkludera tester för sjukdomar som sicklecellsanemi för individer med afrikanskt påbrå belyser en möjlig väg framåt för att övervinna denna rädsla och fånga upp allvarliga hälsotillstånd tidigt. Detta avspeglar en mer direkt adressering av hälsorisker som är mer framträdande inom vissa befolkningsgrupper, men framkallar också frågor om stigmatisering och respekt för individers integritet. Det finns en tydlig koppling till både strukturell och institutionell rasism när sjukvårdssystemet inte systematiskt inkluderar eller överväger skillnader i hälsa för olika befolkningsgrupper som inte tillhör den vita svenskheten och deras risker och sjukdomsprevalens. Denna bristande inkludering kan ses som en form av smygrasism där rasismen inte manifesteras genom öppna rasistiska praktiker men i genom dess osynlighet gömd i system och praktik.

5.11 Positiva upplevelser

5.11.1 “Med henne fick jag den här mänskliga kontakten”

”Vid en viss tidpunkt under graviditeten, hänvisades jag till en specialist, en gynekolog som skulle göra ultraljud. Och då var hon antingen kurdisk eller irakisk kvinna. En ”blatte”, du vet. Och då kommer jag ihåg att det var första gången som jag kände att jag fick någon form av känsla för mitt liv. Då kom det fram att jag var olycklig och väntade på en man som skulle få uppehållstillstånd. Jag ville inte ens ha barn med honom, jag ville skilja mig från honom. Hela den här grejen kom upp väldigt snabbt. Med henne fick jag den här mänskliga kontakten som jag inte fick med den svenska barnmorskan.” (Zuri)

Det är tydligt att när Zuri mottog vård från en rasifierad gynekolog upplevde hon en ökad känsla av förståelse och mänsklighet. Detta framgår som en signifikant och starkt positiv vändpunkt jämfört med hennes tidigare vårdupplevelser med den vita barnmorskan, där hon kände sig missförstådd och objektifierad. Det Zuri beskriver som mänsklig kontakt tyder på en vårdrelation där personliga och svåra delar av hennes liv, såsom personliga relationer och önskningar om framtiden, hanterades på ett respektfullt och förstående sätt. Denna erfarenhet är i stark kontrast till när hon blev objektifierad och inte kände sig lyssnad på.

Zuris tidigare negativa upplevelser där hon kände sig som en åskådare i möten med den svenska barnmorskan kan spegla hur djupt vithetsnormen och underliggande rasistiska strukturer är ingraverade inom svensk sjukvård. Detta understryker en metodisk försummelse och brist på verkningsfull kommunikation och stöd som ofta drabbar rasifierade patienter.

Den signifikanta förbättringen i hur hon upplevde vården när gynekologen var rasifierad tyder på vikten av representation och kulturell kompetens inom hälso- och sjukvård. Det indikerar att vårdsystemet kan behöva omvärdera och strategiskt anpassa hur de jobbar med etnisk och kulturell mångfald bland vårdpersonalen för att förbättra vården för alla patienter.

5.11.2 "... hon var helt fantastisk. Jag kände mig sedd"

"Jag hade en förlossningsplan och visste att, ja men okej jag har skrivit den här planen men det kanske inte kommer bli som jag vill. Men det här är i alla fall, ja, något som jag önskar liksom. Jag gav det till barnmorskan. Jag hade faktiskt tur för min barnmorska, hon var iranier, hon var helt fantastisk. Jag kände mig sedd. Så att, ja, jag hade en väldigt bra upplevelse. Jag kan känna ibland att vi utlänningar, vi förstår varandra." (Nakazzi)

Nakazzis uttryck ger oss värdefulla insikter i hennes förlossningsupplevelse, där hon kände sig stöttad och sedd av sin barnmorska. Trots de bakomliggande orosmomenten för huruvida hennes förlossningsplan skulle följas, resulterade interaktionen med en kulturellt förstående vårdgivare i en positiv händelse. Nakazzi uttrycker en blandning av hopp och realism när hon pratar om sin förlossningsplan. Hon är medveten om att allt kanske inte kommer att gå enligt plan, men väljer att framhålla det positiva i att åtminstone ha uttryckt sina önskemål. Hon uttrycker stark tacksamhet mot sin barnmorska, som hon beskriver som "helt fantastisk". Nakazzi kände att hon blev sedd och förstådd, vilket för Nakazzi är särskilt värdefullt. Hon känner en djupare koppling, inte bara på en professionell nivå utan även på en personlig nivå, vilket tyder på att gemensamma erfarenheter av "utlänningar" kan skapa en starkare känslomässig förbindelse.

Nakazzi betonar känslan av förståelse och samband hon upplevde med sin barnmorska på grund av hennes bakgrund. Detta understryker vikten av ökad representation i vården av rasifierade personer, där patienter kan känna sig mer förstådda och mindre marginaliserade.

Genom att ha en rasifierad barnmorska kände Nakazzi sig mer sedd och respekterad. Detta visar på hur ökad representation inom sjukvården kan förbättra patientupplevelser genom ökad empati och förståelse för olika bakgrunder, vilket bryter mot den vita homogeniteten.

Nakazzis erfarenhet lyfter fram både utmaningarna och potentialen i Sveriges sjukvårdssystem när det kommer till att möta behoven hos patienter från olika

bakgrunder. Hennes upplevelse ger inblick i hur patientengagemang i sjukvårdsplanering och kulturell förtroenhet spelar stor roll för att skapa en samtyckande och helande vårdatmosfär. Detta är viktiga aspekter att betänka i diskussioner om hur man kan minska rasistiska strukturer och främja inkluderande vårdpraktiker i sammanhang där vithetsnorm dominerar. Att främja en djupare förståelse och representation kan förbättra vårdkvalitet och på så sätt öka tillit och välbefinnande bland patienter från rasifierade minoritetsgrupper.

5.11.3 "... det blev en positiv stämning i förlossningsrummet"

"Och jag hamnade hos en jättefin barnmorska på förlossningen. En svensk tjej. Hon var så fin att jag ringde in dagarna efter födseln för att säga att hon var så fantastisk. Så himla positiv och det blev en positiv stämning i förlossningsrummet. Jag studsade på den här pilatesbollen. Och så fick jag berätta att jag håller på med yoga, pilates och sådant där." (Zuri)

Zuris beskrivning av sin förlossningsupplevelse ger en stark positiv bild av hennes möte med förlossningssjukvården, framför allt tack vare en empatisk och lyhörd barnmorska. Den erfarenheten framhäver hur positiv sjukvårdspersonalens inställning och handlingar kan påverka patientens upplevelse av en så betydelsefull händelse som förlossning.

Zuris berättelse är genomgående positiv och präglas av en stark uppskattning för den omsorg och stöd hon fick från sin barnmorska. Det råder en tydlig känsla av tacksamhet och glädje som lyfts fram när hon beskriver hur hon aktivt ringde upp förlossningen efteråt för att ge beröm. Detta beteende indikerar en djupgående positiv inverkan som sjukvårdspersonalen haft på hennes förlossningsupplevelse. Zuri berättar om den "positiva stämningen" i förlossningsrummet och hur personalens öppna och stödjande inställning till henne som individ bidrog till hennes välmående. Hon får möjligheten att dela med sig av sina intressen som yoga och pilates, vilket tyder på att samtalet och bemötandet hon fick var personligt och anpassat. Detta respektfulla och personcentrerade bemötande är avgörande i

förlossningssammanhang, där patientens känsla av att bli sedd och hörd kan ha stor betydelse för både fysiskt och psykiskt välbefinnande.

Att Zuri känner sig så pass bekväm och positivt inställd till sin behandling och vård under förlossningen pekar på en lyckad dynamik där hon känner sig både autonom och stöttad. Det är en viktig aspekt i förlossningsvården, där den födandes makt och kontroll över situationen ofta kan kännas begränsad på grund av fysiska och psykologiska påfrestningar.

Zuris upplevelse är ett strålande exempel på hur värdefullt och avgörande sjukvårdspersonalens inställning och bemötande kan vara för en patient under en vital och krävande händelse som en förlossning. Hennes berättelse visar hur rätt stöd och uppmuntran från vårdgivare kan transformera en potentiellt stressig situation till en uppmuntrande och stärkande upplevelse, vilket är speciellt betydelsefullt i kontexten av födande, där varje individuella behov och känslor bör erkännas och valideras.

5.11.4 "... kände att jag kunde påverka min förlossning. Och att jag blev lyssnad på"

*"Jag hade en jätteunderbar manlig barnmorska på förlossningen. Han var helt underbar och lugn. Han förklarade steg för steg vad jag gick igenom. Jag testade allt möjligt, för det tog tid för bebisens huvud att sjunka ner. Ja, så jag fick prova olika ställningar på bollen, var på huk, fick vara i duschen. Och kände att jag kunde påverka min förlossning. Och att jag blev lyssnad på. Ja, jag känner det. Jag hade min mamma där, hon hade en säng. Jag hade ett bra team."
(Namutebi)*

Namutebis erfarenhet från förlossningen är överväldigande positiv och präglas av en mycket stöttande och empatisk miljö som blev möjliggjord tack vare det vårdteam hon hade runt sig. Hon beskriver, med stor värme, dynamiken och supporten hon fick från barnmorskan och hur hennes mamma kunde vara involverad under förlossningen.

Namutebis berättelse uttrycker tacksamhet och lugn. Hon beskriver sitt förlossningsteam, särskilt den manliga barnmorskan, som *"helt underbar och lugn."* Detta tyder på en vårdpraxis där patientens välbefinnande och komfort prioriterades högt. Namutebis beskrivning av att barnmorskan "förklarade steg för steg" ger en bild av en vård där kommunikation och informationsutbyte står i centrum, vilket är avgörande för en tryggare förlossningsupplevelse.

Namutebi framhäver i sin beskrivning hur hon fick möjlighet att prova olika förlossningspositioner och på så sätt känna ett deltagande och inflytande över sin förlossning. Att få "prova olika ställningar på bollen, vara på huk, vara i duschen" betonar en personcentrerad vård där individens unika behov och önskemål tas på största allvar. Närvaron av hennes mamma och det faktum att även hon kunde vara bekväm ("hon hade en säng") understryker vidare hur vården lagt vikt vid även de anhörigas behov under förlossningen.

Framträdanden av att "känna att jag kunde påverka min förlossning" och "att jag blev lyssnad på" pekar på ett vårdande tillvägagångssätt som förstärker patientens autonomi och beslutskraft. Detta är synnerligen viktigt under förlossning, en tid när många kvinnor kan känna sig utsatta eller överväldigade. Namutebis positiva upplevelse länkar intimt till begreppen inom patientcentrerad vård där individer inte bara är mottagare av vård utan aktiva medbeslutare.

Namutebis beskrivning av sin förlossningsupplevelse belyser hur avgörande vårdpersonalens attityd, kommunikationsförmåga och tillmötesgående hållning är för en positiv förlossningsupplevelse. Detta exemplifierar betydelsen av god vårdpraxis som respekterar och främjar patientens välbefinnande och autonomi under en av livets mest kritiska stunder. Att Namutebi uttrycker sådan stark tacksamhet och uppskattning för sin barnmorska och teamet visar på djupet och effekten av en empatisk förlossningsvård.

5.12 Traumatiska upplevelser

5.12.1 Ett barn är nära att dö

*”Sen fick vi vårt tredje barn, vi åkte hem, men han kunde inte bajsas. Det var något fel på tarmen. Han gick lång tid utan att bajsas. Och vi gick till sjukhuset och de skickade hem oss gång på gång, hem, hem, hem, hem. Och till slut går jag till sjukhuset, och bara skriker på dem i hallen. Jag bara, det krävs inte en jävla utbildning för att fatta att något är allvarligt fel med mitt nyfödda barn. Är ni så jävla dumma i huvudet? Jag sa till henne “om mitt barn dör när jag går härifrån”. Jag började hota henne...Så då sa hon att hon skulle kalla på vakter. Men som tur kom min kompis, han är läkare där. Jag hade messat honom. Han var på väg till jobbet... Så kom han in. Och så han bara, vad fan Nzinga vad är det som händer? jag började förklara för honom. Och han öppnade min bebis mun. Och så luktade han in i munnen. Och så tog han honom och sprang iväg. Och det är den enda grejen man behöver göra om barnet inte bajsat på länge. Men det visste inte de. Man ska öppna barnets mun och lukta och se om du kan lukta bajs därifrån. För då blir det som att bajset tryckts upp, förstår du. Så då åkte han i väg med honom och satte igång att suga ut bajset och tvätta honom så att han inte skulle få infektioner. Efter det gjorde han en anmälan. Sen tog jag min son hem. Om inte jag kände på mig att något var allvarligt fel, om jag inte stod på mig, vad hade hänt? Och det är därför barnen dör. Det är därför det är hög barnadödlighet bland svarta kvinnor. För att de gör om det till en kulturgrej, att man är den arga svarta kvinnan som skäller och skriker på dem. Men vad ska man göra? Jag förklarar att mitt barn inte mår bra, men du ser inte. Jag pratar fint. Du lyssnar inte. Så vad är det jag ska göra; gå hem och bädda ned mitt döda barn eller? Vad är det jag ska säga?”
(Nzinga)*

Nzingas erfarenhet på sjukhuset speglar en djup oro över hur rasifiering och fördomar kan påverka vårdkvaliteten och vilka farliga konsekvenser det kan få. Hennes situation är en kraftfull illustration av de utmaningar svarta kvinnor kan möta inom sjukvården.

Trots att Nzinga flera gånger sökte hjälp och stöd från sjukvården, möttes hon med avfärdande attityder och blev upprepade gånger hemskickad utan adekvat

bedömning eller intervention. Tonen i berättelsen är av desperation och frustration för sitt nyfödda. Sjukvårdens initiala nonchalans illustrerar en djup, systemisk dysfunktion. Att skicka hem ett nyfött barn som inte kan bajsa efter ett flertal besök på sjukhuset är både medicinskt försumligt och potentiellt livshotande.

Nzingas känslor och agerande är präglade av en mors instinktiva behov av att skydda sitt barn och desperationen när hennes rädslor inte tas på allvar. När hon till slut måste "skrika på dem i hallen" blir detta en tragiskt talande bild för hur hon känt sig tvingad att agera för att få vårdpersonalens uppmärksamhet.

I Nzingas berättelse framkommer indikationer på att hennes angelägenhet om barnets hälsa inte tas på allvar och beskrivs gripande: "Och det är därför barnen dör. Det är därför det är hög barnadödlighet bland svarta kvinnor." Denna upplevelse kan tillskrivas en djupt rotad strukturell rasism där stereotyper om svarta kvinnor som 'arga och högljudda' kan användas för att underminera deras legitima oro. Nzingas intensiva uttryck i väntrummet, där hon utbrister att "det krävs inte en jävla utbildning" för att se att något var fel, understryker hennes försök att penetrera ogenomtränglig professionell distans och slentrianmässighet i bemötandet. Hennes motstånd och slutliga hot om ansvar om något händer barnet visar på en djup misstro mot systemet vilket i sin tur kunde eskalera situationen vidare till att vårdpersonalen hotade med att kalla på vakter i stället för att omedelbart undersöka barnet.

Nzingas upplevelse av att inte bli hörd eller trodd förrän en bekant läkarkompis intervenerade visar på en farlig maktdynamik där patientens omedelbara behov och bekymmer inte erkänns förrän någon inom systemet bekräftar dess giltighet. Det framhäver hur avgörande det är för svarta kvinnor att agera beslutsamt och orubbligt för att navigera i ett sjukvårdssystem som ofta kan vara avvisande eller skeptiskt till deras behov.

Nzingas berättelse är ett hjärtskärande exempel på de hinder svarta kvinnor kan stöta på inom sjukvården. Nzingas referens till "den arga svarta kvinnan" är ett tydligt exempel på hur djupt rotade stereotyper kan påverka sjukvårdens interaktion med minoritetsgrupper. Detta stigma gör att hennes legitima oro avfärdas som överspändhet eller emotionell instabilitet, vilket är en farlig reduktion som kan

förhindra adekvat medicinsk intervention. Denna rasistiska tendens attribuerar felaktigt emotionella drag till individens positionering som svart kvinna, vilket undergräver deras klagomål eller bekymmer som oväsentliga eller överdramatiserade. Det visar hur stereotyper och förutfattade stereotyper inte bara kränker den enskilda utan också kan hota liv.

5.12.2 Ett barn dör

”Men jag kan berätta från min graviditet, det här barnet som jag förlorade i förlossningen. Ja, det hände 2016, det var då jag förlorade mitt barn. Men under graviditeten var allt jättebra, det var inget fel på mig. Sen sista veckan när jag gick till barnmorskan, det var jättenära beräkningsdag, kanske två dagar gick jag till min barnmorska. Då såg hon att jag hade jättehögt blodtryck. Så hon sa till mig att det inte ser bra ut och att jag skulle åka in till sjukhuset direkt. Det här är farligt, du måste åka in så hon så ska de sätta i gång dig. De gjorde kontroll på sjukhuset, de såg att jag hade högt blodtryck. Jag svettades, hade massor med symptom som de såg var farliga. Sen kom barnmorskan, hon bekräftade att jag hade jättehögt blodtryck. Ja, jag hade träffat barnmorskan och blivit undersökt, fick de mig att känna hopp och trygghet att det är dags att föda, men sen sa kom de tillbaka och sa att vi har ingen plats. Den platsen som finns är till de som är sämre än dig. Du får vänta, vi återkommer. Vi väntade i nästan en timme, sen kom en undersköterska. Hon hade fått svar från barnmorskan att tyvärr fanns det ingen plats. Jag vill att ni ska åka hem sa hon. Jag kunde inte säga någonting, jag var helt trött. När man hör sådana saker, man blir mer rädd och trött. Men min kompis, hon sa, ’nej, jag ska inte ta henne hem. Men ni ser hur hon är, hur kan ni låta oss gå härifrån?’. Då hade jag feber, svettades också. Plus att det började också blöda från näsan. Min kompis, hon sa till mig, ’oavsett vad de säger tills de kastar ut oss, vi ska inte gå härifrån. Vi ska stanna. Om vi går ut, har vi inte en chans att göra någonting eller påverka på något sätt.’

Undersköterskan var svensk. Hon sa, ’men ni hörde vad vi säger, vi kan inte göra mycket, så ni får bara åka hem, men nu jag måste städa det här rummet för att det finns någon som ska komma in. Ni hindrar mig att göra mitt jobb.’ Det var negativ energi. Hon ville inte prata med oss med respekt. Hon var aggressiv, hon attackerade oss. Så jag ville bara gå. Jag bara, ’okej, vi går.’” Jag har sett många personer som jobbar inom

vård, men en sådan här behandling, har jag absolut inte sett. Hon har ingen kunskap att prata med folk med respekt.” (Awate)

Awates beskrivning av sin förlossningsupplevelse och det föregående omhändertagandet understryker allvarliga brister inom sjukvården, som kännetecknas av dålig kommunikation, nonchalans, samt tveksamhet gällande yrkesmässig respekt och kompetens. Hennes erfarenhet reflekterar ett åsidosättande som kan ha fördjupats av rasistiska fördomar och inrotade vithetsnormer. Hennes erfarenhet höjer frågor om hur svarta kvinnor behandlas inom hälso- och sjukvård, speciellt i kritiska och akuta medicinska tillstånd.

Det framgår tydligt hur hon och hennes sällskap behandlades respektlöst och kände sig osedda och ignorerade av sjukvårdspersonalen.

Awate beskriver initialt att barnmorskan på mödravården bedömde allvaret i hennes tillstånd, vilket framhäver hennes kapacitet att korrekt diagnostisera medicinska tillstånd som högt blodtryck, vilket är en fara både för henne och det ofödda barnet. Trots detta inkluderades Awate inte i kategorin för akutvård när hon tydligt och nödvändigt behövde det. Påståendet "Den platsen som finns är till de som är sämre än dig" och därefter uppmaningen att "åka hem" står i direkt motsats till de tidigare medicinska bedömningarna, vilket indikerar antingen en allvarlig missbedömning eller en misskötsel av tillgängliga resurser.

I Awates berättelse framgår att trots tydliga symptom på en potentiellt livshotande situation, såsom extremt högt blodtryck under graviditet, behandlades inte hennes tillstånd med det allvar och brådska som krävdes. I stället för att omedelbart tillhandahålla vård blev hon tillsagd att vänta, och hennes tillstånd nonchalerades av personalen trots tydliga symptom som feber, svettningar och näsblod, vilket kan vara indikationer på komplikationer under graviditet. Att bli skickad hem i sådant kritiskt tillstånd är inte bara en medicinsk miss utan visar på en bristande insikt och aktsamhet från vårdgivarna.

Awate beskriver upplevelsen på sjukhuset som både frustrerande och nedslående. Hon använder ordet "aggressiv" för att beskriva undersköterskans uppträdande,

vilket tydligt pekar på det negativa bemötandet hon fick präglat av känslan att inte bli tillräckligt respekterad eller hörd. Att undersköterskan betecknas som "svensk" och beskrivs hantera situationen med brist på respekt och tålamod kan antyda en djupare form av rasistiska och stigmatiserande fördomar hos sjuksköterskan. Awate nämner att hennes enda önskan blev att lämna platsen ("så jag vill gå bara"), vilket speglar en djup besvikelse och en känsla av maktlöshet. Detta tyder på en insikt om att hennes närvaro och behov inte är prioriterade eller ens uppmärksammas på ett meningsfullt sätt.

Undersköterskans tillsägelse "ni hindrar mig att göra mitt jobb" och markeringen av tidspress för att "städa rummet" ger en stark indikation på de strukturella problemen inom sjukvård där effektivitet prioriteras över patientvård, speciellt när det gäller interaktioner med rasifierade minoritetsgrupper. Detta förstärker bilden av en vithetsnorm där rasifierade patienters tid och välbefinnande värderas lägre. Dessutom kan sättet på vilket undersköterskan kommunicerade — att de "hindrar" hennes arbete och att de bör göra som hon säger trots Awates dåliga tillstånd — indikerar en brist på empati och respekt som kan vara förankrad i rasistiska attityder och vithetsnormen inom sjukvården. Att Awate och hennes vän upplevde undersköterskans agerande som "aggressivt" och respektlöst kan spegla djuptliggande attityder där svarta patienter inte tilldelas samma respekt och omsorg som vita patienter.

Beskrivningen om hur sjukvårdspersonalen behandlade Awate och hennes väninna kan tyda på djupt rotade fördomar som aktivt påverkar hur vårdpersonalen uppträder mot patienter som faller utanför vithetsnormen. Upplevelsen av att inte behandlas empatiskt, utan nästan som ett hinder i arbetets gång, pekar på en institutionell försummelse av vissa patientgrupper.

"Min kompis sa att jag måste få hjälp. Barnmorskan sa, 'ni får köra fem timmar till en annan förlossning, där finns det platser.' Min kompis sa att, 'hon kan inte köra fem timmar med mig.' Barnmorskan svarade, 'om du har klagomål, är det ingenting som vi kan göra. Men ring Stefan Löfven, han är statsminister för där är makten', sa hon. 'Det är politikerna som gör så här, så ni får prata med dem.' Och vi gick hem." (Awate)

Responser som Awate fick från barnmorskan, där hon uppmanades att rikta sina klagomål till politikerna i stället för att ge konkret medicinsk hjälp, illustrerar en avhumanisering som är kränkande. Det kan tolkas som sarkastiskt och avfärdande, och ger en känsla av total hjälplöshet inför systemets brister. Att lägga ansvaret för vårdkrisen på patienten och hänvisa dem till politiska instanser är både oprofessionellt och nonchalerande. Svaret från barnmorskan, "om du har klagomål, är det ingenting som vi kan göra", förstärker upplevelsen av viljan att hantera patientens omedelbara behov. Det skapar en känsla av isolering och brist på support i ett system som borde ge trygghet och stöd vid medicinska behov. Kommentaren om att de bör "prata med politikerna" speglar en djupare strukturell fråga där systemets oförmåga att tillhandahålla adekvat vård förtydligas. Svaret understryker dessutom känslan av vanmakt och avsaknad av ansvarstagande inom sjukvårdssystemet. Detta kan vara en spegling av bredare sociala och politiska strukturer som inte lyckas tillgodose behov av vård på ett jämlikt sätt, där rasifierade minoriteter ofta missgynnas. Det underliggande budskapet om att Awate och hennes vän tvingas köra fem timmar till en annan förlossning är chockerande med tanke på Awates akuta behov av vårdinsatser för henne och hennes barn.

Detta beteende kan rotas delvis i en vithetsnorm där det ofta finns underliggande fördomar mot svarta kvinnor, när det gäller deras krav på vård. Det faktum att denna typ av bemötande sker kan spegla djupare förankrade strukturella problem inom sjukvården som oproportionerligt påverkar rasifierade minoritetsgrupper. Awates berättelse från sjukvården när hon behövde akutvård är både upprörande och illustrativ för de strukturella och personliga bristerna inom svensk förlossningsvård, särskilt när det gäller omhändertagandet av gravida kvinnor från minoritetsgrupper. Detta visar på behovet av större medvetenhet, utbildning och resurser för att säkerställa god och jämlik vård för alla.

” Jag kom in till förlossningen kl. 11 på förmiddag. När värkarna började svimmade jag kanske tre, fyra gånger mellan värken. Jag fick blod. Efter en timme, var jag öppen 10 centimeter. Så jag kämpade, jag kämpade, det gick inte. Han kunde inte komma ut. Jag skrek, ni måste operera mig. Ta ut honom. Jag skrek, min man skrek. Min syster och min kompis var där också. Det gick inte. Jag sa tydligt till dem att min första vaginala förlossning var jättesvår, för jag är

smal om bäckenet. Jag var så nära att förlora mitt första barn. Så jag skrek, men de lyssnade inte mig. Nattpersonal kommer in vid kl. 21, och jag är helt slut, har hög feber, och har svimmat ett flertal gånger. Vid kl. 01.00, ger dem upp och det blir ett akutkejsarsnitt. De springer hit och dit, de fixade allt, de tog in mig till operationssalen. Jag hörde min sons röst när han kom ut, han skrek. Du vet det första när de gråter. Jag hade förlorat jättemycket blod. Jag svimmade, och var borta. Sen när jag vaknade, då, så de att de inte kunde göra mycket. Han var iskall. Han hade dött. Så min man gick ut, han ville inte höra, han ville inte se någonting. Jag svimmade igen. Jag vaknade på en annan avdelning. De förklarade att han var stressad. Det var bajs i fostervattnet och han sög in all bajs. Enligt min man, kunde de ha sugit upp det. Men apparaten som var där, de vägrar erkänna det, men apparaten funkade inte. Min man var i rummet och försökte förklara för dem. Gör det här, gör det här. Men nej, de lyssnade inte på honom. De sa bara till honom att vara tyst eller så fick han lämna rummet. Han satt där som ett litet barn, i hörnet och bara tittade på. Min son levde en timme, utan att andas eftersom de inte sög upp vattnet. Ingen människa kan leva en timme utan att andas. Alla som var där sa att de inte kunde hjälpa mitt barn eftersom det var akut. Och det var inte tillräckligt med resurser eller personal. Men vad min man säger, fungerade inte apparaten. De hade slarvat. En timme kan göra en stor förändring. De kunde ha försökt manuellt att få ut vattnet, men de gjorde ingenting. Eller de kunde ha tagit barnet, och slå på ryggen så att vattnet kunde rinna ut. Man kan prova allt möjligt, men jag vet inte varför min son dog. Det är oklart för mig och min man.” (Awate)

Awates tragiska berättelse om hennes förlossning, där hon förlorade sitt barn lyfter fram flera allvarliga problem inom förlossningsvården. Detta inkluderar både en brist på adekvat medicinsk insats och på empatiskt bemötande från sjukvårdspersonalen. Awate råkade ut för en extremt traumatisk förlossning som avslöjar djupgående systemfel, brist på lyhördhet och potentiell diskriminering inom sjukvården. Denna incident innehåller många aspekter som kan analyseras utifrån rasism och vithetsnormen, samt hur dessa strukturer kan ha påverkat vården hon fick. Awates skildring av de förfärliga smärtorna och de gånger hon svimmade visar en djupgående desperation. Även hennes rop på hjälp, som ignorerades upprepade

gångar, ger en bild av att hon kände sig övergiven i en extremt sårbar stund. Beskrivningen av skeendet efteråt, där hon förlorar mycket blod, svimmar och vaknar upp utan att kunna påverka situationen, förstärker känslan av hjälplöshet och sorg över förlusten av sitt nyfödda barn, vilket skär genom hela berättelsen.

Det framgår tydligt att Awate vid upprepade tillfällen påpekade att hon upplevde enorma svårigheter under förlossningen, vilket borde ha resulterat i ett tidigare beslut om kejsarsnitt. Hon påpekade sin tidigare svåra vaginala förlossning och uttryckte specifikt en oro över att hon är "*smal om bäckenet*", vilket tyder på potential för komplikationer som borde ha tydliggjorts och hanterats betydligt tidigare av vården. Trots detta försummas dessa varningssignaler, vilket försenade beslutet om kejsarsnitt till en kritisk punkt. Det finns en tydlig bild av att vårdpersonalen inte lyssnade på vare sig Awate eller hennes familj desperata uppmaningar att agera snabbare, vilket kan reflektera djupare systemiska problem där vissa patientgrupper inte ges samma uppmärksamhet eller värdighet. Vithetsnormens effekter kan göra att rasifierade personers gråt och rädsla inte tas lika seriöst, vilket kan ha förödande konsekvenser.

När vårdpersonalen till slut bestämde sig för att genomföra ett akutkejsarsnitt beskrivs situationen som kaotisk och panikartad, vilket antyder en bristande förberedelse och möjligen brist på resurser. Det råder också en tydlig brist på kommunikation och respekt i bemötandet, där hennes mans åsikter och förslag på interventioner inte bara ignorerades utan möttes med tillsägelser att vara tyst eller lämna rummet, vilket avhumaniserar familjen och marginaliserar deras upplevelse och inblandning under den akuta krisen.

Det framkommer att den apparatur som var avgörande för barnets överlevnad – apparaten som skulle suga upp fostervatten – inte fungerade korrekt vid tiden för förlossningen. Awates man vittnar om att apparaten inte fungerar, vilket väcker frågor om dess underhåll och sjukhusets ansvarighet i att säkerställa fungerande utrustning, vilket är graverande givet att det handlar om att rädda liv. Beskrivningen att vårdpersonalen inte agerade adekvat för att korrigera detta eller anpassa behandlingen manuellt är ytterst allvarlig. Det pekar på ett allvarligt systemfel som

kräver en omfattande granskning och förändringsarbete inom förlossningsvården för att förhindra liknande tragedier i framtiden.

5.12.3 Ett barn dör i magen

”Jag var gravid, 20 år och i femte månaden och förlorade barnet. Jag var ung och inte riktigt medveten om vad som hände. Jag visste inte att jag var gravid. Och sen när jag fick reda på att jag var gravid, var det för sent att göra abort. Jag kände inte att barnet rörde sig och när jag gick till sjukhuset hittade de inget hjärtslag. De visste inte vad som hade hänt barnet. Och då fick jag ju föda ut barnet. Så det var ju en jättetraumatisk upplevelse. Och hela den processen, de tänker inte på att det här är en 20-årig tjej. Som behöver ha stöd och hjälp. Och sen här, om du tänker på det, vi kommer från en annan kultur också. Förstår du? Vi är inte kanske, man är inte uppvuxen med föräldrar som man bara pratar med om sådana här saker.. Och det är ju så här att du får komma in och sen sätter vi igång dig och sen får du föda fostret. Jag gick dit. Det var jättejobbigt. Jag var där en vecka. Ingen kom in knappt. De kom in. Mat. Satte den där. Droppen. Och ingenting. Det är ingen som kom in och undrade hur man mår. Fick dropp och allting. Men jag hade jättesvårt. Alltså jag fick inga värkar. Ingenting. Så till slut efter en vecka så började jag få lite värk och så. Om jag försöker tänka tillbaka. Det var ju inte så mycket kommunikation. Alls. Och sen kom de in sista gången och bara. Ja nu ska vi dra ut fostret. Nu ska vi ta dig till operationssalen och så. Och sen ska du få krysta. Jag födde fram det. Och då kom ju det här fostret. Och sen sa jag, tycker du att jag ska se det? Så sa hon, nej det tycker jag inte. För det var ju missbildat. Så det var någon missbildning. Men de visste inte hur det kom till eller vad det var... Men jag hade ingen stöd. Jag hade ingen där heller när jag födde fram det döda fostret. Jag var ensam. Förstår du? Hade det varit någon annan så skulle någon säga så här. Ja men hon kanske inte ska se den, men någonting. Berätta vad ni kommer göra med det. Vad hände? Vad ska ni göra med fostret? För det är lite sådär för att det ändå är någonting som har kommit från mig och jag undrar. Ingen ringde. Ingen sa någonting. Ingen liksom, du vet, hörde av sig eller någonting efteråt... Och då vet jag inte om det var brist på kunskap från personalen. Du vet. Men jag tycker att man är en ung mamma så kan de följa upp och kolla. Eller hänvisa till någon samtalsterapi. Inte ens när jag

var där. En vecka fick jag inte en kurator. Jag bara låg i ett rum och väntade på att jag skulle... Fick dropp och så. Och sen väntade jag på att de här värkarna skulle komma.” (Amari)

Amari beskriver en djupt smärtsam och traumatisk erfarenhet i samband med förlusten av sitt barn under den femte månaden av graviditeten. Hennes berättelse avslöjar flera betydande och allvarliga brister i vården som hon mottog, vilket pekar på både personliga och systemiska brister. Amari var endast 20 år gammal och gick igenom en extremt känslomässigt påfrestande upplevelse som att förlora sitt barn under graviditet. Trots detta tecknar hon en bild av vården som extremt undermålig när det gäller emotionellt och psykologiskt stöd. Hon beskriver en märkbar frånvaro av empati och stöd från sjukvårdspersonalen, noterar att ingen "kom in och undrade hur man mår". Detta är anmärkningsvärt i en situation som kräver empati från vårdgivare, särskilt i en ung ålder där patienten kan ha begränsad erfarenhet och förståelse för hur man hanterar en så pass tragisk händelse. Amari blev inte bara lämnad ensam under en extremt traumatisk period utan kände sig också starkt försummad av sjukvårdspersonalen. Hennes erfarenhet lyfter fram grundläggande problem i vården gällande omsorg och medkänsla vid hanteringen av dödfödselar och ungdomsgraviditeter. Den ytterligare belastningen av att behöva föda ett dött barn sammanfattas tragiskt då Amari beskriver en brist på interaktioner med kompetent och omsorgsfull personal. Ingen tog sig tid att omsorgsfullt förklara vad som hände eller skulle hända, och ingen personal kom in för att försäkra hennes välmående och ge henne emotionellt stöd.

Amari lyfter även fram kulturella aspekter som påverkade hennes upplevelse och hur hon uppfattade vården. Hon antyder att skillnader i kulturell bakgrund och kommunikationsformer mellan henne och vårdpersonalen kan ha försämrat förståelsen och bemötandet hon fick.

Som någon från en annan kulturell bakgrund skulle Amari ha gynnats av en vård som tar hänsyn till hennes särskilda behov avseende kommunikation och stöd. Det rådde även brister i kommunikation och information om hennes medicinska tillstånd och processen i samband med dödfödelsen. Detta höjde hennes ångest, vilket är märkbart

då hon inte riktigt förstod eller fick förklarat vad som orsakade fostrets missbildningar och varför hon behövde genomgå förlossningsprocessen på detta smärtsamma vis. Amari beskriver den fysiska hanteringen av förlossningen av det döda fostret som abrupt och opersonlig, med kommentarer som skapar ytterligare smärta snarare än att erbjuda tröst eller förståelse. Exempelvis när hon anger att hon frågade om hon borde se barnet och fick svaret att hon inte borde det på grund av dess tillstånd. Detta påvisar en brist på vägledning eller förberedande samtal för att hjälpa henne genom processen.

Vidare påtalar Amari frånvaron av eftervård, så som samtalsterapi eller stöd från en kurator, vilket är en grundläggande del av vården i sådana här känsliga och kritiska situationer. Det förvärrar känslan av att vara övergiven och hanterad med nonchalans. Amari beskriver hur hon lämnades i total ensamhet vilket är ett misslyckande av sjukvården i att tillhandahålla grundläggande uppföljning för en patient som genomlevt en så traumatisk händelse. Detta förstärker bilden av avhumanisering inom sjukvården där kritiska emotionella behov ignorerades fullständigt.

Amaris erfarenhet pekar tydligt på de omfattande bristerna inom sjukvårdssystemet i hur man hanterar känsliga och komplexa fall som dödfödsel, speciellt hos unga mödrar. Det understryker behovet av omfattande förbättringar i vården - såväl strukturellt som i bemötandet där patienternas känslomässiga och psykologiska behov behandlas med den prioritet som de kräver.

5.12.4 En pappa dör under graviditeten

”Mina barns pappa dog när jag var höggravid. Han dog två veckor innan jag skulle föda. Det kändes som att allt bara stannade upp. Alltså min kropp bara stannade upp. Antagligen för att jag ska orka eller för att den fick en chock. För att jag bara, det blev liksom. Ja, allting bara stannade. För att orka med allting. Med ens egen sorg och barnens sorg och alla runt omkring. Ja, och då var det där på ABC. För då hade man ju mödravården där. Och barnmorskan sa att antingen kommer du föda för tidigt eller gå över tiden för att du är i chock. Hon var väldigt så här, men gud, hur mår du? Behöver du prata med någon? Men du vet,

jag var så här, nej, det behövs inte. Jag behöver inte prata. Jag klarar det här.” (Thandi)

I Thandis berättelse framträder en stark känsla av sorg och chock inför den tragiska förlusten av barnens pappa under en tidpunkt då hon var höggravid. Thandis beskrivning av att allting stannade upp efter barnets pappas död speglar en känsla av ofattbar sorg och förlust. Hennes känsla av att kroppen reagerade genom att stanna upp antyder en stark emotionell påverkan som kan ha fått henne att känna sig paralyserad av sorg och chock. Trots den överväldigande sorgen och traumat, framkommer Thandis beslutsamhet och självständighet i berättelsen. Hennes vilja att klara av situationen på egen hand och att inte vilja prata om det visar på en stark inre styrka och självbevaringsdrift mitt i den emotionella krisen. Förlusten av barnens pappa så nära inpå förlossningen skapar en oerhörd stress och trauma för Thandi. Kombinationen av sorg och den komplexa kroppsliga reaktionen hon upplever under graviditeten kan ses som en traumatisk händelse som påverkar hela hennes förlossningsupplevelse. Den mottagning och uppmärksamhet hon fick från barnmorskan vid ABC-kliniken tycks ha varit mycket medkännande, vilket är kritiskt och fundamentalt i en sådan förvirrande tid. Barnmorskans frågor och omsorg signalerar ett erkännande av Thandis komplexa emotionella behov och även ett försök att tillhandahålla adekvat stöd. Trots barnmorskans erbjudande om stöd och samtal är Thandi inte villig att prata om sin sorg och chock, vilket kan indikera en form av förnekelse eller en oförmåga att bearbeta den traumatiska händelsen mitt i ett ögonblick som ska vara glädjande - som att föda barn. Hennes reaktion på erbjudandet om psykologiskt och emotionellt stöd representerar en signifikant dimension som ofta kan observeras hos individer som genomgår stora kriser. Det finns också kulturella och samhälleliga dynamiker där svarta kvinnor specifikt väntas hålla masken i påfrestande tider, vilket kan resultera i en internalisering av sorg och stress. Att "klara av det" och att vara den "starka svarta kvinnan" är ett socialt sanktionerat beteende och förmåga som dessvärre också kan vara en psykologisk barriär för att ta emot hjälp. Det är därför viktigt att sjukvården håller en öppen kommunikation om möjligheter för stödsamtal och att upprätthålla en känsla för Thandi att hon är sedd och förstådd, vilket har en stark inverkan på förlossningsupplevelser bland svarta kvinnor.

Thandi kan ha haft en fortsatt inre kamp som påverkade hennes känslomässiga välbefinnande, vilket innebär att hon kan ha behövt stöd längre fram efter förlossningen. Thandis berättelse belyser det djupt personliga och känslomässigt komplexa i att hantera förlust och trauma under en så fysiskt och emotionellt krävande tid som en graviditet och förlossning. Det understryker vikten av att erbjuda stöd och terapeutiskt arbete för att hantera och bearbeta känslomässiga ärr som kan uppstå vid sådana traumatiska händelser. Att erkänna och behandla det emotionella traumat är avgörande för att främja en hälsosam återhämtning från en traumatisk förlust.

5.12.5 Psykisk misshandel under graviditet och förlossning

”Jag brukade gå till mödravården själv, och tog med mig barnen. Jag sa ingenting till barnmorskan om den psykiska misshandeln hemma, för att jag levde i hans bubbla. Jag var programmerad att verka oberörd på ytan, som att allting var ok. Jag brukade komma dit med min 2 åriga bebis som grät, jag var utmattad. Ingen frågade efter min man heller. Men barnmorskan var väldigt mekanisk och hon gick enligt rutinerna, ställde bara frågor om blodsocker, olika tester, blodtryck. Men jag tänker att de där barnmorskorna, om de var bra på att läsa av kroppsspråk. Om man bryr sig, och är utbildad, så kunde man se att det var någonting fel. De ställde inte frågorna som behövdes och de var inte tillräckligt uppmärksamma.” (Akini)

Akinis erfarenheter från mödravården lyfter fram en betydande brist när det gäller vårdpersonalens oförmåga att upptäcka och hantera icke-tydliga tecken på psykisk misshandel som hon utsätts för under graviditeten. Denna brist på omsorg och uppmärksamhet på hennes övergripande välmående understryker båda institutionella och möjligtvis kulturella brister inom vården. I Akinis berättelse framkommer en känsla av underlåtenhet och bristande empati från mödravårdspersonalens sida, vilket kan ha förvärrat hennes situation och lett till att de brustit i att tillgodose hennes behov. Akini beskriver en tydlig känsla av att dölja de psykiska misshandelsproblem hon upplevde hemma, vilket indikerar en stor börda av att inte kunna dela dessa svårigheter med vården. Akini beskriver mötet med mödravården som starkt rutinmässigt och mekaniskt där fokus lades endast på

fysiologiska aspekter som blodsocker och blodtryck. Denna typ av vårdhantering kan kännas avlägsen och opersonlig, vilket kan vara särskilt skadligt i sammanhang där extra känslighet behövs. Akinis beskrivning tyder på att hennes fysiska närvaro vid dessa besök inte åtföljdes av en djupare undersökning av hennes emotionella eller psykiska hälsa. Hon framhäver tanken att om barnmorskorna var bättre på att läsa av kroppsspråk och visa omsorg skulle de ha upptäckt att allt inte var okej. Att ingen frågade efter hennes partner eller läste av de möjliga signaler på en möjlig kris hemma kan indikera på underliggande förutfattade meningar eller stereotyper. Det som Akini beskriver - att barnmorskorna inte läste av hennes kroppsspråk eller visade tillräcklig omtanke, samt att de inte frågade om hennes partner eller andra möjliga tecken på en kris - skulle kunna indikera att det fanns underliggande förutfattade meningar eller stereotyper hos vårdpersonalen.

Genom att inte vara uppmärksam på Akinis beteende och situation, och inte ens fråga om saker som annars brukar vara en del av rutinen, tyder det på att vårdpersonalen kan ha haft en förvrängd bild eller stereotyp uppfattning om Akini.

De förutfattade meningarna skulle till exempel kunna handla om att de omedvetet bemötte Akini annorlunda på grund av att hon är en svart kvinna - kanske trodde vårdpersonalen att hon var "tåligare" (Campbell, 2021) eller inte skulle behöva samma stöd och omsorg som en annan patient.

Forskningen visar hur kontinuerlig övervakning och felaktiga antaganden om svarta kvinnors smärttålighet och medicinska behov bidrar till att fortplanta och upprätthålla rasifiering och diskriminering inom det medicinska området (Campbell, 2021). Forskning beskriver hur svarta kvinnors upplevelser inom sjukvården präglas av en syn på dem som avhumaniserade, där deras kroppar betraktas som "superkroppar" som är okänsliga för smärta (Campbell, 2021; Cooper Owens, 2017). Myten om att svarta personer upplever smärta annorlunda har länge använts för att förneka svarta kvinnors mänsklighet och rättigheter (Campbell, 2021; Cooper Owens, 2017).

Sådana stereotypa uppfattningar om svarta kvinnor kan leda till att vårdpersonal inte är lika uppmärksam eller bryr sig lika mycket om deras situation och behov. Detta

resulterar i en sämre vård som inte tar hänsyn till individens verkliga situation och behov (Campbell, 2021).

Inom ramen för Akini som en svart kvinna kan detta även reflektera en vithetsnorm där vissa aspekter av rasifierade kvinnors liv och hälsa inte ses som likvärdigt prioriterade eller undersökta. Genom att påpeka att barnmorskorna inte ställde de nödvändiga frågorna och inte visade tillräckligt med uppmärksamhet antyder Akini en brist på personlig och känslomässig bemötande i vården hon mottog. Det mekaniska sättet som barnmorskan utförde rutinerna förstärker känslan av avståndstagande och brist på engagemang. Den upplevda bristen på förmåga att läsa kroppsspråk och empati kan delvis härledas till en kulturell oförståelse eller brist på kulturell kompetens inom vården. Detta kan vara ett resultat av vithetsnormen, där rasifierade patienters behov och uttryck riskerar att ignoreras eller underprioriteras. Akini framhäver hur hon bar på sin börda själv och undvek att delge barnmorskan om hennes hemförhållanden, vilket framkallar en känsla av isolering och ensamhet i sin kamp. Det uppkommer en känsla av att inte bli sedd eller hörd, vilket bidrar till en negativ och kränkande upplevelse inom vården. Beskrivningen av barnmorskans mekaniska och rutinbaserade agerande, trots Akinis uppenbara stress och utmaningar, förstärker känslan av att inte få det känslomässiga stödet man kan förvänta sig i en sådan sårbar situation som mödravård.

Genom att betona att barnmorskan inte var uppmärksam på de icke-verbala signalerna och behoven hos Akini, lyfter berättelsen fram bristen förståelse. Erfarenheten som Akini beskriver kan peka på en bredare strukturell brist inom vårdssystemet där marginaliserade grupper, som svarta kvinnor, inte tillförsäkras respekten och stödet de förtjänar. Akinis situation avslöjar betydande brister inom mödravården som handlar om en oförmåga att se bortom den fysiska hälsostatusen och att inkludera en holistisk syn på kvinnors hälsa, särskilt under graviditet. Det specifika misslyckandet att upptäcka och ge utrymme för diskussion kring den psykiska misshandel hon utsattes för är ett svikande av vårdssystemets grundläggande ansvar att erbjuda skydd och stöd till alla gravida. Det är viktigt att vårdssystemet följer de rutiner som finns gällande våld i nära relationer (Socialstyrelsen, 2023).

5.13 Strategier: Att ta kontroll över sin förlossning

5.13.1 "Jag tror att man är mer utsatt om man inte känner till sina rättigheter, om man inte har koll"

"Jag tror att man är mer utsatt om man inte känner till sina rättigheter, om man inte har koll," säger Asante. Hon berättar att redan när hon kom till förlossningen, talade hon om för vårdpersonalen att hon och hennes man är välutbildade. "Då förstår de direkt att vi är personer som känner till våra rättigheter. Och kanske blir man inte lika utsatt för diskriminering på grund av sin bakgrund då," förklarar Asante.

Asantes erfarenheter från förlossningsvården belyser de komplexa samspelet mellan afrofobi, stereotyper och vithetsnormer och hur dessa faktorer påverkar svarta kvinnors upplevelser och strategier inom vården. Afrofobi och diskriminering framträder som centrala teman i hennes berättelse, vilket tydligt återspeglas i hennes valda tillvägagångssätt.

I ljuset av detta kan Asantes medvetna strategi att betona sin och makens utbildningsnivå tolkas som ett försök att motverka potentiell diskriminering och fördomar från vårdpersonalens sida. Detta återspeglar de upplevelser som många svarta kvinnor rapporterar kring upplevd diskriminering inom mödravården. Strategin är också nära knuten till stereotyper; genom att framhäva sin kompetens försöker Asante bemöta eventuella negativa föreställningar om hennes och familjens kunskap eller socioekonomiska status.

Vidare avslöjar Asantes agerande de underliggande maktstrukturer som existerar inom vården. Hennes uttalande om att vårdpersonalen "direkt förstår att vi är personer som känner till våra rättigheter" antyder att kunskap om rättigheter och förmågan att hävda dem kan påverka kvaliteten på vården. Detta pekar på en djupare problematik inom vårdsystemet.

Denna insikt leder till en annan aspekt av Asantes berättelse, som visar på en dubbel medvetenhet: hon är medveten om att hennes sociala och professionella status ger henne ett visst skydd, men hon är också medveten om att hennes position inte är

normen, särskilt inte för svarta kvinnor. Den underliggande tonen är en av strategisk självmedvetenhet, där kunskap och status blir verktyg för att navigera i ett system där rasifiering och klasstillhörighet alltför ofta påverkar vårdens kvalitet.

Asantes strategi att betona sin utbildning kan ses som ett proaktivt sätt att hantera den strukturella rasism som svarta kvinnor möter inom förlossnings- och mödravården. Hennes tillvägagångssätt belyser både de utmaningar som finns och de strategier som utvecklas för att hantera dem.

5.13.2 "Vad håller ni på med? Ingen bestämmer över hur jag föder!"

"Under min andra förlossning uppstod komplikationer för att barnets huvud var så stort. Trots detta tyckte jag att förlossningen i sig gick bra. De föreslog ett kejsarsnitt efter en lång stund. Jag vägrade bestämt. 'Nej, det är inte vad jag behöver för mitt barn som är i magen. Barnet mår bra, jag andas bra. Ett kejsarsnitt är inte det första ni ska föreslå', sa jag till dem. Jag stod fast vid mitt beslut då jag var väl informerad: 'Jag kommer inte att genomgå ett kejsarsnitt i onödan.' Trots flera försök att övertyga mig om annat fortsatte jag att insistera på att de skulle kontrollera barnets tillstånd i stället för att verkställa onödiga ingrepp. De fortsatte diskutera kejsarsnitt, men jag var beslutsam. 'Vad håller ni på med? Ingen bestämmer över hur jag föder!' utbrast jag. Slutligen, ställde jag mig upp, och så bara kom barnet, då kom huvudet ut." (Nzinga)

Nzingas upplevelse under förlossningen visar tydligt de svårigheter och fördomar som svarta kvinnor ofta möter inom vården. Nzinga stöter på bristande lyhördhet från vårdpersonalen, vilket tydligt visar att personalen inte är redo att anpassa sig till den födandes önskemål, i synnerhet när dessa önskemål kommer från en svart kvinna. Det finns en underliggande antydning om att Nzingas autonoma beslut inte betraktas som lika värdefulla eller förankrade i pålitlig kunskap, vilket visar på rasistiska strukturer och vithetsnormer som ofta förminskar svarta kvinnors kompetens och anspråk.

Det framstår tydligt att Nzinga kände sig pressad och inte helt lyssnad på av sjukvårdspersonalen, när de upprepade gånger föreslog kejsarsnitt. Även när hon

klart ifrågasatte vårdens förslag och informerade om sitt beslut, fortsatte pressen från sjukvårdspersonalen vilket ledde till en situation där Nzinga behövde försvara sin rätt kraftfullt. Hennes upprepade nej till kejsarsnitt är ett behov att återförhandla hennes position och självbestämmande över hennes förlossning.

Kommentarerna om att vidta ett kejsarsnitt kan även tolkas som en större tendens inom vårdpraxis att inte helt uppskatta eller erkänna svarta kvinnors förmåga att fatta informerade beslut om sin egen kropp. Detta innebär en maktobalans där vårdpersonalen antas veta mer eller anta att de känner patientens behov bättre än patienten själv - en attityd som kan vara djupt kränkande och bidra till en känsla av maktlöshet.

Detta får vården att framstå inte bara som övertygande om vad som är rätt, utan också som paternalistisk, där det antyder att personalen vet bättre än patienten vad som är mest lämpligt.

Det uppstår en tydlig kränkning av Nzingas autonomi när vårdpersonalen insisterar på ett ingrepp som hon varken önskar eller bedömer som nödvändigt. Trots tydliga signaler från hennes sida om att både hon och barnet mår bra, fortsätter diskussionen om kejsarsnitt vilket illustrerar en nonchalant inställning till hennes individuella behov och önskemål. Detta är särskilt kritiskt i en förlossningssituation där kvinnans förmåga att fatta egna beslut under press är vital. Nzingas orubbliga beslutsamhet och de starka orden, speciellt "*Vad håller ni på med? Ingen bestämmer över hur jag föder!*", utmanar en djupt rotad maktstruktur inom sjukvården som ibland kan marginalisera svarta kvinnors röster. Nzinga kämpar att få makt och kontroll över sin förlossning och hennes kropp. Hennes beslutsamhet att avvisa kejsarsnittet och hennes slutliga autonomi i processen då barnet föds när hon reser sig, speglar en djupliggande kamp för rätten till kroppslig autonomi. Denna sekvens symboliserar Nzingas outtröttliga kamp att ta kontroll över sin förlossning. Det är ett ögonblick av egenmakt vilket är en tydlig kontrast mot den tidigare upplevelse av maktlöshet, och ger röst till en ofta tystad minoritetsupplevelse inom förlossningsvården. Att känna behovet av att stadigt försvara sina val rörande sitt eget förlossningsförfarande kan vara starkt påfrestande och illustrerar ett djupt rotat

strukturellt problem inom medicinsk vårdpraxis – speciellt i relation till kvinnor och i synnerhet kvinnors autonomi över sina egna kroppar.

Genom att spegla situationen mot bakgrund av vithetsnormen, framstår det tydligt hur det kan finnas underliggande rasistiska antaganden som påverkar vårdpersonalens handlingar och beslut. Förslaget om kejsarsnitt kan spegla en implicit bias där svarta kvinnors kapacitet att föda naturligt eller deras smärttålighet undermedvetet ifrågasätts eller missuppfattas. Nzingas erfarenhet är en påminnelse om vikten av respekt och lyhördhet inom sjukvården, särskilt i förhållande till minoritetsgrupper vars erfarenheter och behov alltför ofta marginaliseras.

15.3.3 “För jag sa att jag inte kommer att ha något kejsarsnitt”

”För jag sa att jag inte kommer att ha något kejsarsnitt. Det är därför de hämtade läkaren. För jag sa till barnmorskan, 'jag vet inte vad ni snackar om, stick'. Då hämtade de läkaren. Och så tog de in läkaren att övertala mig. Men det gick inte. När allt var över, uttryckte en av läkarna sin uppskattning. 'Det var bra, tack för att du hade din egen plan,' sa hon. 'Det var bra att du visste hur det skulle gå.' Sedan tillade hon en ursäkt, 'Men förlåt, det var bra. Man måste göra så gott man kan och undvika kejsarsnitt när det är möjligt.' Jag svarade, 'Ja, det vet jag.' Och barnmorskorna som tvivlade stod bara där och tittade på, utan att säga ett ord.” (Nzinga)

Nzingas fortsätter att berätta om vad som hände efter att hon hade fött barnet. Hon framför en allvarlig kritik mot vårdsystemets hantering av patientautonomi, särskilt i samband med förlossning där beslut ofta kan kännas övermäktiga och interventioner som kejsarsnitt kan framstå som påtvingade. Fastän Nzinga visste vad hon ville när det gäller förlossningen och inte ville ha kejsarsnitt, så ifrågasätts hennes önskemål av vårdpersonalen, vilket resulterade i att fler vårdpersonal involverades för att försöka övertyga henne i början. Som tidigare nämnts illustrerar detta beteende ett underliggande antagande om att en svart kvinna kanske inte förstår sitt eget bästa när det gäller direkta medicinska bedömningar, vilket är en manifestation av vithetsnormen och rasistiska strukturer.

Den avslutande kommentaren från en av läkarna att *'Det var bra, tack för att du hade din egen plan,'* bekräftar att Nzingas beslut var korrekt, vilket indikerar att hennes insisterande på att undvika ett onödigt kejsarsnitt rent faktiskt var befogat. Läkaren uppskattar och erkänner Nzingas beslutsamhet och förberedelse, vilket visar sig vara avgörande. Samtidigt erbjuds en ödmjuk ursäkt, som antyder en tidigare underskattning av Nzingas förmåga att ta kontroll över sin förlossning. Detta "erkännande" efter att ha initialt ifrågasatts kan å andra sidan även upplevas som nedlåtande, då det förutsätter en förväntan att svarta kvinnors förmåga att fatta egna vårdrelaterade beslut kräver bekräftelse från vårdpersonalen för att anses giltiga. Detta belyses av Nzingas svar att *'ja, det vet jag'* - ett uttalande som lyfter fram hennes autonomi och det värde som ligger i att vara väl förberedd och kunna fatta egna välgrundade beslut.

Läkarens "uppskattning" och ursäkt reflekterar de komplexa maktdynamikerna i förlossningsrummet och potentiellt oförmåga från den medicinska professionen att helt och hållet på ett jämlikt sätt lyssna till en svart kvinnas individuella behov och önskemål. Att de andra barnmorskorna tyst stod och iakttog, utan att kommentera, pekar ytterligare på en kollektiv ovilja eller oförmåga att helt erkänna Nzingas autonomi.

15.13.4 "Tala om för mig vad du ska göra först"

"Jag var påläst inför min förlossning. Jag visste saker. Jag har kunskap. Jag är en utbildad person. Jag kommer att ta reda på alla saker. Så jag styrde över vad som ska göras med mig, inte tvärtom. Jag hade först gjort mina egna anteckningar och var beredd. 'Stopp, rör inte mitt ben,' sa jag. 'Berätta först vad du ska göra.' Jag fortsatte att fråga när jag behövde förståelse: 'Nej, vad är det där för något? Vad hände med det?' Så fortsatte det under hela förlossningen." (Nzinga)

Nzingas val visar att hon är kunnig och bestämd. Hon är välinformerad och tar medvetna beslut angående sin förlossning och utövar därmed sin autonomi på ett sätt som utmanar paternalistiska förhållningssätt inom vården. Genom att säga att hon bestämmer vad som ska hända med henne, och inte tvärtom, uttrycker hon ett starkt

självbestämmande och en avvisning av förväntningen om att hon ska vara passiv gentemot vårdpersonalens auktoritet.

Nzingas berättelse präglas av en känsla av självständighet och kontroll. Genom att betona hennes kunskap och förberedelser, signalerar hon en djupare konflikt mellan patientens självbestämmande och en medicinsk kultur som ofta kan uppfattas som överlägsen och förmyndaraktig.

När hon beordrar sjuksköterskor och läkare att förklara sina åtgärder innan de vidtas, utmanar hon en etablerad norm där vårdpersonal oftast styr förloppet. Att Nzinga behöver påpeka sin kunskap och utbildning pekar på en djupgående problematik inom vården; att svarta kvinnor ständigt måste bevisa sin kompetens och kunskap för att få ta plats och bli lyssnade på. Det är en direkt konsekvens av en rasistisk struktur som lägger en högre bevisbörda på svarta kvinnor – de ses inte bara som ovetande på grund av patientrollen, utan även på grund av sin hudfärg och kön. Nzinga berättar hur hon anstränger sig för att ha kontroll över den vård hon får under förlossningsprocessen för sin trygghet. Användningen av ordet "stopp" och behovet av hennes explicita samtycke tyder på ett behov att motverka kränkande behandlingar inom vården, där rasifierade speciellt kan bli förbisedda eller överkörda i vårdprocesser. Genom att förbereda sig för mötet med vårdpersonalen och kräva förklaringar för varje procedur – *"tala om för mig vad du ska göra först"* – svarar hon på vårdsystemets ofta implicita uppmaning att patienter ska underkasta sig utan att ifrågasätta. Nzingas berättelse är en stark skildring av hur kunskap, förberedelse och rättigheter kan konfrontera och utmana inbyggda maktförhållanden inom vården.

15.13.5 "För nu är det jag som ska föda barn och mina smärtor"

"Jag kände i alla fall att jag hade kontroll över läget. Jag hade bestämt mig i min 'mindset' att de ska lyssna på mig. För nu är det jag som ska föda barn och mina smärtor. Det finns inte att de kör över mig. Det var bara det. Jag hade den inställningen i bakgrunden, så då funkade det." (Adema)

Ademas upplevelse i förlossningssalen exemplifierar en proaktiv och beslutsam hållning för att säkerställa personlig autonomi och kontroll under förlossningsprocessen. Detta avslöjar också betydande underliggande strukturer av rasifiering och makt inom förlossningsvården. Adema uttrycker en stark och beslutsam röst för att motverka varje försök till paternalism eller att någonsin bli överkörd av vårdsystemet. Detta är särskilt uttalat där hon förmedlar att det är "[hon] som ska föda barn och [hennes] smärtor". Detta vittnar om en djupgående känsla av att behöva förbereda sig fysiskt och mentalt för att kämpa för sina rättigheter inom ett system där hon eventuellt blir marginaliserad på grund av hur hon rasifieras som en svart kvinna.

Att Adema upplever behov att "ställa in sig på" att vårdpersonalen kanske försöker dominera henne, tyder på hur hon som svart kvinna kan ha mött på bristande lyhördhet och respekt för hennes behov inom förlossningsvården. Det visar på att det föreligger en institutionell bias där det anses att svarta kvinnor behöver kontrolleras eller att deras smärtor och önskemål inte ges samma värde som för vita kvinnor (Davis, 2019).

Ademas påstående om att "*det finns inte att de kör över mig*" förstärker en reaktion mot den historiskt och socialt inbyggda maktdynamiken där medicinsk personal av tradition har kunnat agera med auktoritet som ofta inte ifrågasätts. Ademas attityd och fasthet speglar en viktig motståndsstrategi för att bevara kontrollen över sin kroppsliga autonomi och sina upplevelser i en situation där maktbalansen traditionellt lutar mot vårdsystemet. Tanken på att hon inte kommer att tillåtas "köras över" vittnar även om en förväntning hos henne på att behöva kämpa för grundläggande självbestämmande och respekt inom sjukvården. Detta pekar på en medvetenhet om vithetsnormen inom förlossningsvården, där svarta kvinnor kan känna sig extra utsatta för nedvärderande behandling eller att inte tas på lika stort allvar som vita patienter. Det finns en berättigad förväntan i Ademas ord om att hon som svart kvinna skulle behöva kämpa hårdare för att få sina önskemål och behov att tas på lika stort allvar som en vit kvinna under liknande medicinska omständigheter. Att hon specifikt förbereder sig för att försvara sin rätt till kroppslig autonomi är indikativt för hur djupgående vithetsnormen och rasism genomsyrar sjukvårdssystemet och dess praxis. Adema antyder inte explicit att upplevda

kränkningar föreligger men hennes förberedelser kan ses som en förebyggande strategi mot potentiell överkörning, vilket kan förekomma i system där vithetsnormerna och stereotypa föreställningar om rasifierade kroppar påverkar vårdbeslut. Detta är särskilt relevant i kontexten av förlossningsvården där känslan av att vara hörd och respekterad är avgörande för en positiv upplevelse. Genom att framhäva sin avsikt att inte bli överkörd, markerar Adema en kraftfull ställning mot potentiella överträdelser av vithetsnormer och förutfattade meningar som kan förekomma i förlossningssammanhang.

15.13.6 "Jag stod upp och födde henne"

"Ja, det var inte det här. Lagg dig nu på rygg. Världens mest onaturliga ställning att föda i. Jag stod upp och födde henne. Och så tog barnmorskan emot." (Thandi)

Thandis erfarenhet och rekommendation kan ses som ett exempel på en önskan om ökad flexibilitet och anpassning inom förlossningsvården för att bättre möta individuella behov och önskemål. Hennes val att stå upp under förlossningen och barnmorskans stödjande attityd visar på vikten av att respektera patientens autonomi och valfrihet för att skapa en mer anpassningsbar vårdmiljö. Thandis val att stå upp under förlossningen signalerar en känsla av egenmakt och kontroll över sin egen kropp och födande. Genom att göra detta uttrycker hon behovet av att känna sig delaktig och självständig i förlossningsprocessen. När Thandi betonar förlossningsställningen som hon kände sig mest bekväm i antyder hon en önskan om att förlossningsvården ska stödja och främja naturliga förlossningsmetoder och respektera individuella preferenser och behov. Thandis reaktion kan ses som en uppmaning till förlossningsvården att vara mer lyhörd och flexibel när det gäller patientens önskemål och behov. Det understryker vikten av att vården ska anpassa sig efter varje patients unika förlossningspreferenser och inte föreskriva en enhetlig metod för alla. Genom att beskriva barnmorskans stödjande attityd och mottagande av hennes val att stå upp under förlossningen vägleder Thandi en vårdmiljö som respekterar och stödjer patientens autonomi och valfrihet. Detta kan ses som en positiv modell för hur vården bör sträva efter att involvera och lyssna på patienterna i sina val.

15.13.7 Hemförlossning - "en så jävla annorlunda upplevelse"

*"Nej, det är en så jävla annorlunda upplevelse. Och bara så här, okej, så här, wow, nu svettas jag. Och bara, nu är det varmt. Och bara, okej, nu jobbar kroppen rätt hårt. Och jag hade barnmorskan på telefon då, för det var ju vad jag hade sagt, att så här, åk inte hit, vi har dig hellre på telefon och vet att vi har god tacksning. Så vi hade henne på telefon. Jag ringde henne första gången vid åtta. Min son var född tre minuter över tolv, alltså vid midnatt. Så det var ingen lång natt. Men Gud, alltså, va? Nej, så gjorde vi."
(Nambi)*

För Nambi tycks hemförlossningen ha varit en djupt positiv och kraftfull upplevelse, starkt kontrasterad mot tidigare erfarenheter i sjukhusmiljö. Hon beskriver den som "en så jävla annorlunda upplevelse," där hon tydligt kommunicerar det heltäckande intrycket händelsen hade på henne. Detaljer som hur hon kände sin kropp jobba hårt och att hon uppmärksammade sin svettning ger en bild av närvaro och förundran i processen.

Hjälpen från barnmorskan via telefon verkar ha väglett dem under processen, vilket visar på en förberedelse och tillförlitlighet i deras val att föda hemma. Detta föredrog de tydligen framför en direkt närvaro, vilket bekräftar en önskan att hålla sitt utrymme så personligt som möjligt – de ville ha hennes support snarare än hennes direkta närvaro.

Intressant nog illustrerar Nambis upplevelse också en stark känsla av autonomi och kontroll. Hon och hennes partner framstår gång på gång som beslutstagare, från valet att lämna sjukhuset till de kritiska ögonblicken av förlossningen. Detta står i kontrast till känslan av att ha förlorat kontrollen i den tidigare förlossningsupplevelsen. Nambis berättelse speglar en omvandling och upprättelse, där hon efter många om och men landar i en trygg hemmiljö som erbjuder en upplevelse helt på egna villkor. Detta efter den kritik hon riktade mot sjukvårdssystemets brister och hennes upplevelser av brist på lyhördhet och respekt, vilket verkar ha varit en signifikant

drivkraft bakom Nambis beslut att välja en hemförlossning.

15.13.8 "Och moderkakan grävde vi ner i trädgården"

"Ja, då trycker ju den kraften ner. Jättehäftigt. Och sen avnavling fick vi ju. För det var pappan som klippte navelsträngen när vi såg att den hade slutat pulsera. När moderkakan var ute. Det är en sån här drömförlossning, alltså på alla sätt och vis en fantastisk upplevelse. Och moderkakan grävde vi ner i trädgården." (Nambi)

Nambi valde att föda hemma och beskriver upplevelsen som både unik och mycket positiv. Hon lyfte fram att hon tagit till sig råden hon fått från hembarnmorskan om att inte krysta utan att låta tyngdkraften och kroppens egen förmåga att tygla vävnaderna göra jobbet. Att stå upp och hålla i kanten av badkaret medan hon andades djupt och långsamt, gav henne en känsla av tillit till både kroppen och förlossningsprocessen. Denna tillit och hennes aktivitet i förlossningen, kombinerat med det faktum att hennes partner var den som klippte navelsträngen, bidrog till en känsla av att det var en speciell och drömsk förlossning, vars minnen även omfattade efterarbete som att gräva ner moderkakan i trädgården.

6 SAMMANFATTNING AV DE CENTRALA INSIKTERNA I RAPPORTEN

1. Vithetsnormer, afrofobi och brist på representation

- Rapporten beskriver hur vithetsnormer, afrofobi och bristande representation av svarta personer präglar förlossnings- och mödravården.
- Detta tar sig uttryck genom diskriminering av svart vårdpersonal, upplevelsen av förlossningsavdelningen som ett "vitt rum" och en "vit blick" som exotifierar svarta kvinnor.

2. Upplevelser av osynliggörande, ignorering och diskriminering

- Rapporten redogör för berättelser om hur svarta kvinnor upplever att bli osynliggjorda, ignorerade och diskriminerade i förlossningsrummet.
- Detta leder till känslor av avhumanisering, isolering och brist på respekt.

3. Oro och rädsla inför graviditet och förlossning

- Rapporten undersöker den rädsla och oro som många svarta gravida känner på grund av farhågor om att bli försummade eller mistrodda av vårdpersonalen.

4. Afrofobiska stereotyper och fördomar

- Rapporten analyserar exempel på afrofobiska stereotyper och fördomar som svarta kvinnor möter, såsom antaganden om deras smärttolerans eller aggression.
- Dessa får allvarliga konsekvenser för den vård de får.

5. Bristande kunskap om svarta nyfödda

- Rapporten beskriver erfarenheter där vårdpersonal uppvisar bristande kunskap om eller hänsyn till nyfödda svarta barns normala hudtoner.

6. Upplevelser av kränkningar av kroppslig integritet

- Rapporten beskriver upplevelser av kroppsliga integritetskränkningar, som ignorerade önskemål, paternalistiska attityder och direkta fysiska övergrepp.

7. Nedlåtande och stigmatiserande bemötande

- Rapporten analyserar det nedlåtande och stigmatiserande bemötande som svarta kvinnor möter, inklusive rasism, sexism och brist på antirasistisk kompetens.

8. Brister i eftervård och koppling till strukturell rasism

- Rapporten utforskar bristerna i eftervården som svarta kvinnor upplever, kopplade till strukturell rasism, afrofobi och vithetsnormer.

9. Osynliggörande av specifika sjukdomstillstånd

- Rapporten belyser fallet med bristande kunskap och hantering kring sicklecellsanemi, vilket avspeglar osynliggörandet av svarta patientgrupper.

10. Positiva exempel på respektfull och inkluderande vård

- Rapporten lyfter även de positiva exempel där svarta kvinnor upplevt respektfull, inkluderande och stöttande vård.

11. Traumatiska erfarenheter och vikten av emotionellt stöd

- Rapporten avslutar med en djupgående analys av de traumatiska erfarenheter som svarta kvinnor delat, och diskuterar betydelsen av emotionellt stöd.

12. Strategier för att ta kontroll och utmana maktordningen

- Rapporten redogör för strategier som svarta kvinnor utvecklar för att ta kontroll över sin förlossning och utmana rådande maktordningar.

Sammanfattningsvis belyser rapporten hur strukturell rasism, afrofobi och vithetsnormer får omfattande konsekvenser för svarta kvinnors upplevelser och hälsa inom mödra- och förlossningsvården i Stockholms Region. Samtidigt pekar den även på betydelsen av att stärka representation, kunskap och respektfull vård.

7 VERKTYG FÖR SVARTA KVINNOR ATT HANTERA RASISM I FÖRLOSSNINGS- OCH MÖDRAVÅRDEN

Rekommendationer från de intervjuade svarta kvinnorna för att hantera rasism i förlossnings- och mödravården:

1. Var förberedd på att möta rasism och var mentalt rustad för det.
2. Ta med en stödjande person som förstår processen.
3. Skriv i förlossningsbrevet att du är orolig för att möta rasism.
4. Försök att föda på en plats där det finns svart vårdpersonal.
5. Besök sjukhuset i förväg för att ställa frågor och känna dig trygg.
6. Konfrontera personalen om du upplever rasism och berätta om det.
7. Var informerad om dina rättigheter och alternativ - kunskap är makt.
8. Ha en förespråkare som kan stötta dig och ge dig en röst vid behov.
9. Kommunicera tydligt och bestämt - dina behov är giltiga.
10. Dokumentera vad som sägs och görs under vårdtillfället.
11. Vet när du ska stå på dig och när du ska lyssna på medicinska råd.
12. Var beredd att säga nej, stopp eller på att kräva samtycke vid behov.

Dessa rekommendationer betonar vikten av att vara förberedd, ha stöd, hävda sina rättigheter och sin integritet, samt att våga konfrontera och dokumentera rasistiska beteenden i vården. Syftet är att ge svarta kvinnor verktyg för att hantera den strukturella rasism de riskerar att möta.

8 AVSLUTANDE REFLEKTIONER

Berättelserna från de intervjuade kvinnorna avslöjar systematiska brister i hur dessa diskriminerande föreställningar och normer påverkar kvaliteten och jämlikheten i den vård som svarta kvinnor får tillgång till. Fördomar, bristande professionalitet och strukturell —rasism fortsätter att allvarligt begränsa möjligheten till en säker, rättvis och respektfull vård för dessa kvinnor. Rapporten belyser de mycket allvarliga utmaningar och motgångar som svarta kvinnor möter inom förlossnings- och mödravården. Dessa problem har sina djupa rötter i en genomgripande vithetsnorm, strukturell rasism och afrofbiska stereotyper som genomsyrar det svenska vårdssystemet.

Berättelserna från de intervjuade kvinnorna avslöjar systematiska brister i hur dessa diskriminerande föreställningar och normer påverkar kvaliteten och jämlikheten i den vård som svarta kvinnor får. Fördomar, bristande professionalism och strukturell rasism fortsätter att allvarligt begränsa möjligheten för dessa kvinnor att få en säker, rättvis och respektfull vård.

Det är uppenbart att en genomgripande förändring krävs, en förändring som inte stannar vid att adressera individuella attityder. Det handlar alltså inte bara om individuella fördomar, utan om djupt rotade strukturella problem som kräver genomgripande förändringar inom vårdssystemet. De djupgående utmaningarna som svarta kvinnor möter i mödra- och förlossningsvården är nära kopplade till vårdssystemets vithetsnormer, afrofofi och bristande representation. Den systematiska bristen på representation av svarta personer inom vårdpersonalen skapar en tydlig känsla av att mödra- och förlossningsvården präglas av att vara ett "vitt rum". Detta gör att svarta kvinnor upplever sig tillhöra utkanten av dessa miljöer, snarare än att de utgör en naturlig del av dem. Både svarta barnmorskor och svarta patienter utsätts för rasistiska fördomar och afrofbiska attityder inom vården. Detta leder i sin tur till diskriminering, objektivering av deras kroppar och en försämrad kvalitet på den vård de får. Utöver dessa strukturella problem lyfter rapporten även andra allvarliga utmaningar. Svarta kvinnor kämpar regelbundet för att deras symtom och vårdbehov ska tas på allvar, något som direkt påverkar både

patientens och det nyfödda barnets hälsa. Stereotypiska uppfattningar om svarta kvinnors smärttolerans och känslomässiga uttryck leder till felaktig behandling och otillräcklig vård inom förlossnings- och mödravården. Detta ökar i sin tur risken för medicinska komplikationer hos dessa patienter. Rapporten visar alltså att afrofobi, i form av rasistiska stereotyper och fördomar, påverkar vårdpersonalens bemötande och vårdbeslut gentemot svarta kvinnor. Dessa afrofobiska attityder får allvarliga konsekvenser genom att de resulterar i bristfällig och otillräcklig vård, vilket i sin tur riskerar att skada patienternas hälsa och välbefinnande.

Enligt rapporten utgör kränkningar av kroppslig integritet och brister i eftervården ytterligare allvarliga problem som svarta kvinnor i Sverige möter inom förlossnings- och mödravården.

Dessa övergrepp mot den kroppsliga integriteten och den undermåliga eftervården som rapporteras är djupt problematiska. De vittnar om en total brist på respekt och hänsyn gentemot dessa patienters autonomi, integritet och unika behov.

Att svarta kvinnor utsätts för sådana integritetskränkningar, och samtidigt upplever stora brister i den vård och uppföljning de får efter förlossning, är oacceptabelt.

Dessa utmaningar är ytterligare exempel på hur strukturell rasism och afrofobi genomsyrar vårdsystemet och drabbar denna patientgrupp.

Det är särskilt anmärkningsvärt att dessa kränkningar och brister i eftervård inträffar under en period då kvinnorna är som mest sårbara - under graviditet och förlossning. Att de i denna utsatta situation inte ens kan känna sig trygga och respekterade i vården är djupt problematiskt.

Dessa insikter underbygger ytterligare behovet av genomgripande reformer för att uppnå en jämlik, respektfull och adekvat förlossnings- och mödravård för alla patienter, oavsett rasifiering. Vårdsystemet måste ta dessa utmaningar på allvar och säkerställa att svarta kvinnors kroppsliga integritet och unika vårdbehov möts med full hänsyn och omsorg. Rapporten lyfter specifikt fram att okunskap och misskötsel kring sjukdomen sicklecellsanemi, som drabbar personer med afrikansk härkomst, är ett exempel på hur vårdsystemet inte möter dessa patienters unika medicinska behov. Denna insikt understryker hur den strukturella rasismen och afrofobin som präglar

vården leder till ett osynliggörande av sjukdomar och hälsobehov som är vanligare bland svarta patienter. Detta är ett allvarligt problem som bidrar till försämrad vård och hälsa för denna patientgrupp. Rapporten belyser således att åtgärdandet av den bristande kunskapen kring sicklecellsanemi och liknande sjukdomar är en viktig del i arbetet för en mer jämlik och adekvat vård för afrosvenska kvinnor och andra svarta patienter i Sverige. Det handlar om att synliggöra och aktivt åtgärda de strukturella brister som upprätthåller diskrimineringen.

Sammantaget bekräftar dessa insikter behovet av genomgripande förändringar inom vårdssystemet. Antirasistiska utbildningar med fokus på afrofofi och vithet och strukturella reformer är nödvändiga för att säkerställa en jämlik, respektfull och adekvat vård för alla patienter, oavsett rasifiering.

Det är dags för vården att ta dessa utmaningar på allvar och agera för att förbättra förhållandena och utfallen för svarta kvinnor i förlossnings- och mödravården. Fortsatt passivitet är oacceptabelt - nu krävs handling för att uppnå en jämlik och inkluderande vård för alla.

9 FÖRSLAG PÅ ÅTGÄRDER

Baserat på de detaljerade beskrivningarna från de intervjuade svarta kvinnorna och rapportens nyckelpunkter, skulle vi rekommendera följande åtgärder för sjukvårdspersonalen i Region Stockholm för att motverka afrofofi och förbättra svarta kvinnors erfarenheter i förlossnings- och mödravården. Dessa rekommendationer har delats upp i två delar: rekommendationer som kan implementeras utan att det fattas strukturella beslut, och rekommendationer som behöver förändring på strukturell nivå.

Rekommendationerna som kan implementeras inom mödra- och förlossningsvården utan att det fattas strukturella beslut:

- Lyssna aktivt på svarta kvinnors berättelser om att bli osynliggjorda, ignorerade och diskriminerade. Åtgärda detta genom ett respektfullt, empatiskt och icke-paternalistiskt bemötande.
- Granska och åtgärda den bristande vårdkvalitén för svarta kvinnor, som riskerar att spegla djuprotade afrofofiska attityder. Säkerställ jämlik och rättvis vård.
- Respektera svarta kvinnors kroppsliga integritet och önskemål under vården. Motverka upplevelser av integritetskränkningar, paternalism och fysiska övergrepp.
- Säkerställ kvalitet och jämlikhet i eftervården för att förebygga allvarliga misstag och försummelse av svarta kvinnor.
- Minska svarta gravida kvinnors rädsla och oro inför vården genom att aktivt motverka misstänksamhet och brist på tillit gentemot vårdpersonalen.
- Identifiera och lär av de positiva exempel där svarta kvinnor upplevt respektfull, inkluderande och stöttande vård för att bygga vidare på

framgångsrika strategier.

- Erbjud emotionellt stöd och traumamedveten vård för de svarta kvinnor som har erfarenheter av traumatiska upplevelser, såsom försenade diagnoser, barnadödlighet och psykisk misshandel.
- Lär av de strategier som svarta kvinnor utvecklar för att ta kontroll över sin förlossning och utmana rådande maktstrukturer, som exempelvis bristande val av hemförlossningar.

Därtill behövs det även strukturella åtgärder:

- Öka medvetenheten och förståelsen för hur vithetsnormer, strukturell rasism och afrofobiska stereotyper påverkar svarta kvinnors erfarenheter inom vården. Genomför utbildningar och dialoger för att identifiera och utmana dessa barriärer.
- Bygg upp kompetens kring antirasism och jämställdhet inom hela vårdkedjan för att utmana nedlåtande och stigmatiserande bemötanden.
- Utbilda personal om afrofobiska stereotyper och fördomar som svarta kvinnor möter, såsom antaganden om smärttolerans eller aggressivitet, för att förändra dessa attityder.
- Säkerställ mångfald och representativitet bland vårdpersonal, både i yrkesroller och på ledningsnivå. Motverka diskriminering av svarta vårdanställda för att skapa en inkluderande arbetsmiljö.
- Arbeta aktivt för att göra förlossningsavdelningen och övriga vårdmiljöer mer representativa och kulturellt anpassade för svarta patienter. Utmana uppfattningen av vården som ett "vitt rum"
- Säkerställ grundlig kunskap om normal variation i nyfödda svarta barns hudtoner och undvik problematiska följder av bristande medvetenhet

- Öka kunskapen om specifika sjukdomar som är vanligare bland personer med afrikansk härkomst, såsom sicklecellsanemi, för att motverka osynliggörande av dessa patientgrupper.
- Genom att implementera dessa rekommendationer och reflektioner kan sjukvårdspersonalen och beslutsfattare i Stockholms Region aktivt arbeta för att motverka afrofofi och skapa en mer jämlik, respektfull och inkluderande förlossnings- och mödravård för svarta kvinnor.

10 REFERENSER

- Annborn, A. och Finnbogadóttir, H. R. (2022). Obstetric violence a qualitative interview study. *Midwifery*, 105, 103212.
- 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-behoover-nyanseras> (Hämtad 2024-07-20).
- Bethencourt, F. (2014). *Racisms: from the Crusades to the Twentieth Century*. Princeton University Press.
- Bhatia, V. K., Flowerdew, J. och Jones, R. H. (2008). Approaches to discourse analysis. I *Advances in discourse studies* (s. 11-28). Routledge.
- Björkman, M. och Söderfeldt, Y. (2023). Medicinhistoriens vägval. *Historisk tidskrift*, 143(3).
- Bonilla-Silva, E. (2006). *Racism without racists* (2:a uppl.). Oxford: Roman and Littlefield.
- 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.
- Broberg, G. (1995). *Statlig rasforskning: en historik över Rasbiologiska institutet*. Lunds universitet, Avdelningen för idé- och lärdomshistoria.
- Brooks, D. E. och Hébert, L. P. (2006). Gender, race, and media representation. I *Handbook of gender and communication* (Vol. 16, s. 297-317).
- Brå. (2022). *Hatbrott: En uppföljning av rättsväsendets insatser* (Rapport 2022:7). Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- 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.
- Christy, K. (2021). *Minimizing race through colourblind healthcare: examining Black women's experiences of medical racism during prenatal care* [Masteruppsats]. University of British Columbia.
- 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.
- 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.

- Danielsson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2:a uppl., s. 143–154). Studentlitteratur. (s. 163-173). Studentlitteratur.
- Davis, D.-A. (2019). Obstetric racism: the racial politics of pregnancy, labor, and birthing. *Medical Anthropology*, 38(7), 560-573.
- De los Reyes, P. (2005). *Bortom Vi och Dom: teoretiska reflektioner om makt, integration och strukturell diskriminering* [Rapport]. Norstedts Juridik AB.
- DiAngelo, R. (2018). *White fragility: Why it's so hard for white people to talk about racism*. Beacon Press.
- Dufberg, A. (2021). *Att prata om ras: En diskursanalys av rasbegreppet i nutida svensk dagspress* [Kandidatexamensarbete]. Samhällsvetenskapliga fakulteten, Umeå universitet.
- Ericsson, M. (2021). What happened to 'race' in race biology? The Swedish State Institute for Race Biology, 1936–1960. *Scandinavian Journal of History*, 46(1), 125-148.
- Essén, B., Hanson, B. S., Östergren, P.-O., Lindquist, P. G. och Gudmundsson, S. (2000). Increased perinatal mortality among sub-Saharan immigrants in a city-population in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 79(9), 737-743.
- FitzGerald, C. och Hurst, S. (2017). Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC Medical Ethics*, 18, 1-18.
- 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.
- Hagerman, M. (2017). Rasbiologin och forskningsperspektiven: genmäle till Andra Wasniowski. *Historisk tidskrift*, 137(3): 485–495.
- Hamed, S., Bradby, H., Ahlberg, B. M. och Thapar-Björkert, S. (2022). Racism in healthcare: a scoping review. *BMC Public Health*, 22(1), 988.
- 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.
- Hochman, A. (2019). Racialization: A defense of the concept. *Ethnic and Racial Studies*, 42(8), 1245-1262.
- 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.

- hooks, b. (1995). *Killing rage: Ending racism*. Henry Holt and Company.
- 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.
- Hübinette, T., Beshir, S. och Kawesa, V. (2014). *Afrofobi. En kunskapsöversikt över afrosvenskars situation i dagens Sverige*. Mångkulturellt centrum.
- Hübinette, T., Hörnfeldt, H., Farahani, F. och Rosales, R. L. (2012). *Om ras och vithet i det samtida Sverige*. Mångkulturellt centrum.
- Hübinette, T. och Lundström, C. (2014). Three phases of hegemonic whiteness: Understanding racial temporalities in Sweden. *Social Identities*, 20(6), 423-437.
- Jones, T. och Norwood, K. J. (2016). Aggressive encounters & white fragility: Deconstructing the trope of the angry black woman. *Iowa Law Review*, 102, 2017 – 2069.
- 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.
- Kalonaityte, V., Kawesa, V. och Tedros, A. (2008). Svarta (s) strategier: att hantera rasism och diskriminering som svart svensk. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 15(3-4), [sidnummer saknas].
- Kawesa, V. (2016). *En definition av Afrofobi*. Forum för levande historia.
- Kawesa, V., Knobbloch, 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.
- Körber, L.-A. (2019). Sweden and St. Barthélemy: Exceptionalisms, whiteness, and the disappearance of slavery from colonial history. *Scandinavian Studies*, 91(1-2), 74-97.
- Lamberson, J., Pearson, P., Crooks, N. och Ricca, P. (2021). Examining whiteness in obstetric and pediatric simulations: A content analysis. *Journal of Nursing Education*, 60(12), 690-696.
- Ljungdahl, J. (2021). *Afrofobi i den perinatala vården? Svarta kvinnors erfarenheter och upplevelser av afrofobi i den perinatale vården i Sverige* [Kandidatuppsats]. Sociologiska institutionen, Uppsala universitet.
- Loftsdóttir, K., Jensen, L. och Kershen, D. A. J. (2016). *Whiteness and postcolonialism in the Nordic region: Exceptionalism, migrant others and national identities*. Routledge, London.

- Lundström, C. och Hübinette, T. (2020). *Vit melankoli: En analys av en nation i kris*. Makadam förlag.
- Lundström, C. och Teitelbaum, B. R. (2017). Nordic whiteness: An introduction. *Scandinavian Studies*, 89(2), 151-158.
- Lundström, M. och Wendt Höjer, F. (2021). *Erfarenheter av rasism i kontakt med svenska myndigheter och andra offentliga verksamheter: en kunskapsöversikt*. Forum för levande historia.
- Lykke, N. (2003). Intersektionalitet - ett användbart begrepp för genusforskningen. *Tidskrift för genusvetenskap*, 24(1), 47-56.
- Mapedzahama, V., Rudge, T., West, S. och Perron, A. (2012). Black nurse in white space? Rethinking the in/visibility of race within the Australian nursing workplace. *Nursing Inquiry*, 19(2), 153-164.
- Mattsson, K. (2005). Diskrimineringens andra ansikte—svenskhet 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.
- Mattsson, K. och Pettersson, K. (2007). Crowning Miss Sweden—national constructions of white femininity. *NORA—Nordic Journal of Women's Studies*, 15(4), 233-245.
- Maurice, R. (2023). We bawl so we are heard: the stories we must tell about obstetric racism. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 31(1), 222-265.
- McEachrane, M. (2016). *Afrofobins historia i Sverige*. Forum för levande historia.
- 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.
- 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), 485-502.
- Miles, R. (1989). *Racism*. Routledge.
- Morning, A. (2007). "Everyone knows it's a social construct": Contemporary science and the nature of race. *Sociological Focus*, 40(4), 436-454.
- Nadal, K. L. (2010). Gender microaggressions: Implications for mental health. I M. A. Paludi (Red.), *Feminism and women's rights worldwide* (Vol. 2, s. 155-175). Praeger.
- Nationellt system för kunskapsstyrning Hälsa- och sjukvård, NPO Kvinnosjukdomar och förlossning. (2021). *Riktlinje för handläggning i graviditetsvecka 41*. <https://vardpersonal.1177.se/globalassets/nkk/nationell/media/dokument/kunskapsstod/vardriktlinjer/riktlinje-for-handlaggning-i-graviditetsvecka-41.pdf> (Hämtad 2024-08-20)

- Nayak, A. (2007). Critical whiteness studies. *Sociology Compass*, 1(2), 737-755.
- Nyborg, H. (2019). Race as social construct. *Psych*, 1(1), 139-165.
- Obach, B. K. (1999). Demonstrating the social construction of race. *Teaching Sociology*, 27(3), 252-257.
- Pierce, C., Carew, J., Pierce-Gonzalez, D. och Willis, D. (1978). An experiment in racism: TV commercials. I C. Pierce (Red.), *Television and education* (s. 62–88). Sage.
- Polaszek, A. (2010). *Systema Naturae 250-The Linnaean Ark*. CRC Press.
- Puwar, N. (2004). *Space invaders: Race, gender and bodies out of place*. Berg.
- Regeringen. (2022). Åtgärdsprogram mot afrofobi. <https://www.regeringen.se/informationsmaterial/2022/07/atgardsprogram-mot-afrofobi/> (Hämtad 2024-06-15)
- Rosenthal, L. och Lobel, M. (2011). Explaining racial disparities in adverse birth outcomes: Unique sources of stress for Black American women. *Social Science & Medicine*, 72(6), 977-983.
- Salinas, J. L., Salinas, M. och Kahn, M. (2022). Doulas, racism, and whiteness: How birth support workers process advocacy towards women of color. *Societies*, 12(1), 19.
- Serbin, J. W., & Donnelly, E. (2016). The impact of racism and midwifery's lack of racial diversity: A literature review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 61(6), 694-706.
- Socialstyrelsen. (2016). *Socioekonomiska faktorer påverkan på kvinnors och barns hälsa efter förlossning*. Artikelnr 2016-12-14. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2016-12-14.pdf> (Hämtad 2024-08-20)
- Socialstyrelsen. (2018). *Dödfödda barn: En inventering och förslag på åtgärder*. Artikelnummer 2018-12-36. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepointdokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-12-36.pdf> (Hämtad 2024-08-20)
- Socialstyrelsen. (2023). *Våld i nära relationer – Handbok för socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården*. Artikelnummer: 2023-6-8592.
- 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
- 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.

Sullivan, S. (2007). On Revealing Whiteness: A Reply to Critics. *The Journal of Speculative Philosophy*, 21(3), 231-242

Van Dijk, T. A. (2005). Discourse analysis as ideology analysis. I *Language & peace* (s. 41-58). Routledge.

Wekker, G. (2016). *White innocence: Paradoxes of colonialism and race*. Duke University Press.

Wolcott, H. F. (2002). Writing up qualitative research... better. *Qualitative Health Research*, 12(1), 91-103.

Yancy, G. (2016). *Black bodies, white gazes: The continuing significance of race in America*. Rowman & Littlefield.

Yearby, R. (2021). Race based medicine, colorblind disease: how racism in medicine harms us all. *The American Journal of Bioethics*, 21(2), 19-27.

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.

11 BILAGA (1) INTERVJUMALL

1. Kan du beskriva din första kontakt med förlossnings- och mödravården? Vilka var dina förväntningar och hur upplevde du mottagandet?
2. På vilket sätt upplevde du att bemötandet från barnmorskor, läkare och annan personal påverkade din upplevelse inom förlossnings- och mödravården?
3. Hur skulle du beskriva kommunikationen mellan dig och vårdpersonalen? Fanns det några särskilda utmaningar eller positiva aspekter?
4. På vilket sätt fick du information om din vård och dina valmöjligheter inom förlossnings- och mödravården? Hur upplevde du tydligheten och fullständigheten i denna information?
5. I vilken utsträckning kände du att du kunde påverka beslut om din vård? Kan du ge exempel på situationer där du kände dig delaktig eller utesluten?
6. Hur upplevde du personalens förmåga att lyssna på och ta hänsyn till dina önskemål och farhågor? Kan du ge konkreta exempel?
7. Upplevde du någon form av diskriminering eller kränkande behandling? Om ja, kan du beskriva situationen och hur den påverkade dig?
8. Finns det specifika aspekter av vården som du anser kunde ha hanterats annorlunda? Hur och varför?
9. Om du behövde språklig assistans, hur fungerade den? Hur påverkade det din förmåga att kommunicera dina behov och förstå vården du fick?
10. Vilka former av stöd eller resurser anser du är viktiga för att säkerställa en positiv upplevelse inom förlossnings- och mödravården?
11. Baserat på din erfarenhet, vilka förbättringar skulle du föreslå för att höja kvaliteten på vården inom förlossnings- och mödravården?
12. Vilka råd skulle du ge till andra kvinnor, särskilt svarta/afrosvenska kvinnor, inför deras kontakt med förlossnings- och mödravården?
13. Vilka specifika rekommendationer har du till vårdpersonal för att förbättra vården för svarta/afrosvenska kvinnor inom förlossnings- och mödravården?

14. På vilket sätt, om något, upplevde du att din identitet som svart/afrosvensk kvinna påverkade den vård och det bemötande du fick inom förlossnings- och mödravården? Kan du ge konkreta exempel?
15. Avslutningsvis, finns det något annat du vill tillägga om din upplevelse inom mödra- och förlossningsvården som vi inte har berört?

12 BILAGA (2) PROFIL INTERVJUPERSONERNA

Pseudonym	Tidsintervall förlossningar
1. Hellen	2014-2024
2. Nambi	2010-2013
3. Nzinga	2009-2014
4. Nakazzi	2012-2014
5. Lima	2006-2011
6. Alice	2022
7. Asante	2016-2022
8. Minda	2014
9. Farida	2009-2010
10. Fumi	2010-2024
11. Adema	2006
12. Awate	2015-2019
13. Thandi	1994-2009
14. Zuri	2005-2017
15. Nakato	2009
16. Namutebi	2016-2023
17. Kamia	2004-2016
18. Amari	1994-2009
19. Akini	2011-2017
20. Nora	2007-2011

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 intimitet, 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

Du kan läsa mer om RFSU:s verksamhet på
www.rfsu.se

Följ oss på sociala medier:



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

