



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Antal ord: 8189

”Man är ju svart i hela sitt liv.”

Afrosvenska kvinnors upplevelser av barnmorskans bemötande före, under och efter förlossning. – En kvalitativ intervjustudie.

”You are black all your life.”

Afro-Swedish women’s experiences of the midwife’s treatment before, during and after birth. – An interview study.

Författare: Nandi Zulu

Handledare: Eva Persson

Magisteruppsats

Hösten 2020

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

”Man är ju svart i hela sitt liv.”

Afrosvenska kvinnors upplevelser av barnmorskans bemötande före, under och efter förlossning. – En kvalitativ intervjustudie.

”You are black all your life.”

Afro-Swedish women’s experiences of the midwife’s treatment before, during and after birth. – An interview study.

Abstrakt

Bakgrund: Afrosvenskar är en utsatt grupp inom alla samhällssektorer med en ökad risk för komplikationer under graviditet. **Syfte:** Att belysa afrosvenska kvinnors upplevelser av barnmorskans bemötande före, under och efter förlossning. **Metod:** En kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. Tretton afrosvenska kvinnor intervjuades och innehållsanalys genomfördes. **Resultat:** Två kategorier och sex underkategorier framträdde: *Individcentrerat bemötande* med underkategorierna *Förmåga att skapa relation*, *Förmåga att ge vägledning* och *Oprofessionellt bemötande* med underkategorierna *Frånvarande och nonchalant attityd*, *Utnyttjar sin maktposition*, *Har förutfattade meningar och diskriminerande beteende* och *Negativa långsiktiga konsekvenser*. **Konklusion:** Individcentrerat bemötande är viktigt för kvinnans upplevelse av bemötandet. Afrosvenska kvinnor kunde uppleva att de bemöttes utifrån förutfattade meningar. Mer forskning kring afrosvenska kvinnors upplevelser i mötet med barnmorskan krävs.

Nyckelord

Afrosvensk, barnmorska, bemötande, eftervård, förlossningsvård, intervjustudie, mödrahälsovård, upplevelse

Innehållsförteckning

Problemområde.....	4
Bakgrund	4
Afrosvenskar.....	4
Mänskliga rättigheter	5
Vård och obstetriskt utfall	5
Barnmorskans roll.....	6
Mötet mellan barnmorskan och kvinnor med invandrarbakgrund	7
Syfte.....	8
Metod.....	8
Urval	8
Datainsamling	9
Analys av data	10
Förförståelse	11
Forskningsetiska avvägningar	12
Resultat.....	13
Individcentrerat bemötande	13
Förmåga att skapa relation.....	14
Förmågan att ge vägledning.....	15
Oprofessionellt bemötande	16
Frånvarande och nonchalant attityd.....	16
Utnyttjar sin maktposition	17
Förutfattade meningar och diskriminerande beteende.....	18
Negativa långsiktiga konsekvenser.....	19
Diskussion	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion	23
Konklusion och implikationer	27
Referenser.....	29
Bilaga 1 (1).....	33

Problemområde

Enligt Diskrimineringsombudsmannen (2012) upplever vissa patientgrupper inom sjukvården att de får ett sämre bemötande än andra patienter. Bemötandet som den vårdsökande får ger konsekvenser för personens benägenhet att söka vård (Diskrimineringsombudsmannen, 2012). Skillnader inom vården ses i tex. Storbritannien där Henderson et al. (2013) fann att kvinnor från minoritetsgrupper bland annat upplevde att de fick mindre smärtlindring under förlossningen och afrikanska kvinnor förlöstes i större utsträckning med kejsarsnitt. Socialstyrelsen (2016) fann i sin rapport att kvinnor som var födda i Afrika söder om Sahara fick ett sämre utfall inom kvinnosjukvården än kvinnor födda i andra länder. De tillstånd som granskades var graviditetskomplikationer, akut kejsarsnitt, perinatal död, låg Apgarpoäng och bristningar efter förlossningen. Dessa resultat kvarstod även efter det att justering gjorts för maternella- och övriga socioekonomiska faktorer. Det saknas kunskap gällande hur afrosvenska kvinnor upplever den svenska vården före, under och efter förlossning. För att afrosvenska kvinnor ska få adekvat och jämlik vård samt ett positivt bemötande är det av vikt att belysa afrosvenska kvinnors upplevelser i mötet med barnmorskan i den svenska mödrahälsovården, förlossningsvården och eftervården.

Bakgrund

Sverige har inom en generationstid gått från att vara det allra mest rasligt homogena och vita landet till att idag vara ett av i västvärldens mest mångfalds präglade länder tillsammans till exempel med Storbritannien och Nederländerna (Hübinette, 2019). Enligt SCB (2019) hade 24,9% av Sveriges totala befolkning på drygt 10,2 miljoner invånare utländsk bakgrund, det vill säga antingen vara utrikes födda eller inrikes födda med två utrikes födda föräldrar. I en rapport av Mångkulturellt centrum (2014) framkom att afrosvenskar har setts vara en speciellt utsatt grupp inom alla samhällssektorer, detta ses inom utbildning, hälsa, boende och arbetsliv.

Afrosvenskar

Av de utlandsfödda i Sverige var år 2018 totalt 188 079 (ca 1,8% av Sveriges befolkning) födda i Afrika söder om Sahara, och representerade 49 av totalt de 54 länderna på afrikanska kontinenten. Bland dem var den största gruppen födda i Somalia med 68 678 personer,

motsvarande ca 37 % av den totala gruppen utlandsfödda afrosvenskar. Dessa 188 079 inkluderar inte personer födda i Sverige med en eller båda föräldrar födda i Afrika söder om Sahara (SCB, 2019), det saknas siffror för inrikes födda afrosvenskar.

Inom gruppen afrosvenskar ingår inte bara de som är födda i afrikanska länder och har immigrerat till Sverige, utan även de med påbrå från Afrika söder om Sahara via en eller två föräldrar samt de som immigrerat till Sverige från Nord- och Sydamerika inklusive Karibien såväl som andra europeiska länder, inklusive deras barn och efterkommande barn.

Gemensamt för alla dessa individer är deras hudfärg som används som markör för härkomst, inte det land de är födda i. Uttrycket svarta svenskar används synonymt med afrosvenskar inom forskning, populärvetenskapliga texter och antologier (Mångkulturellt centrum, 2014).

Mänskliga rättigheter

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (Hälso- och sjukvårdslag [HSL], SFS 2019:996, 3 kap. 1 §) är målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Enligt Socialdepartementet (2012) innebär jämlik vård att bemötandet, behandling och vård ska erbjudas på lika villkor till alla oavsett personens egenskaper, bostadsort, ålder, kön, könsidentitet eller könsuttryck, funktionsnedsättning, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning, och oavsett kombinationer av dessa.

Vård och obstetriskt utfall

Utrikes födda har sämre hälsa än den svenskfödda befolkningen. Bemötandefrågor har stor betydelse, liksom sjukvårdens hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Personer som inte är födda i Sverige är bland de grupper som sägs avstå att söka vård trots ett upplevt behov. Detta på grund av en misstro till hälso- och sjukvården (Socialdepartementet, 2012).

Kvinnor födda i Afrika söder om Sahara och kvinnor födda i Mellanöstern har lägre andel elektiva kejsarsnitt vid sätesbjudning jämfört med svenskfödda kvinnor (Socialstyrelsen, 2016). Dock finns det en ökad risk för akuta kejsarsnitt om kvinnan är född i Afrika söder om Sahara. De barn som föds av kvinnor som själva är födda i Afrika söder om Sahara löper

en ökad risk för perinatal död (Socialstyrelsen, 2016; Ekéus et al., 2011). I Socialstyrelsens (2016) rapport framgick att barn vid sätesbjudningar hade mer än 5 gånger så hög risk att dö perinatalt om mamman var född söder om Sahara jämfört med en svenskfödd mamma. I kombination med observationen att signifikant färre kvinnor från Afrika genomgick elektivt kejsarsnitt vid sätesbjudning, kan detta enligt rapporten antyda en suboptimal förlossningsvård för dessa grupper av kvinnor. Orsaken till detta kan rapporten inte svara på. En kraftigt ökad risk för låg Apgarpoäng för barnen födda av dessa kvinnor sågs också liksom risk för att barnet ska födas SGA (small for gestational age). Jämfört med svenskfödda kvinnor har kvinnor födda i Afrikas söder om Sahara en dubbel så hög sannolikhet att föda barn med Down syndrom. De har även en ökad risk att utveckla preeklampsi under graviditeten. Preeklampsi är en av de vanligaste orsakerna till perinatal och maternell morbiditet och mortalitet (SFOG, 2014). Dessutom finns också en hög risk för sfinkterruptur i denna grupp (Socialstyrelsen, 2016; Ekéus et al., 2008).

Barnmorskans roll

Enligt Svenska Barnmorskeförbundet (2018) ska barnmorskan arbeta utifrån människors rätt till autonomi och rättvisa och i alla lägen respektera de mänskliga rättigheterna. Vidare utgår barnmorskan från professionens etiska kod som baseras på ömsesidig respekt och tillit samt ska ta hänsyn till varje människas eget värde. Barnmorskan ska ha kulturell kompetens och ett normmedvetet förhållningssätt.

Enligt Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) är barnmorskans professionalism viktig för att stärka patienten hen möter genom empowerment och stärka kvinnans självförtroende och därigenom underlätta för kvinnan att känna igen sin egen förmåga och kapacitet. Inom teorin finns fem olika faktorer som tillsammans utgör en bra barnmorskas professionalism och god omvårdnad. Dessa faktorer är barnmorskans professionella omvårdnad, visdom, kompetens, interpersonell kompetens samt den personliga och professionella utvecklingen. Om någon av dess fem områden saknas blir omvårdnaden barnmorskan ger sämre. Aktivt lyssnande samt att delge information och råd som kvinnan förstår är en del av att anpassa kommunikationen utifrån varje individ. Samarbetet mellan barnmorskan och kvinnan är i centrum av teorin och samarbetet är baserat på barnmorskans omsorg, kompetens och insikt.

Mötet mellan barnmorskan och kvinnor med invandrarbakgrund

I en svensk kvalitativ studie av Akhavan (2012) utforskades barnmorskors uppfattning gällande vilka faktorer som bidrog till ojämlik hälsovård hos invandrare. Barnmorskorna uppgav att kommunikation hade en central roll gällande ojämlikheter i vården. Kvinnans status som invandrare kunde påverka kvalitén av vården hon fick samt att invandrarkvinnor inte fick samma behandling och vård som svenskfödda kvinnor. Ingen hade fått utbildning gällande transkulturell vård under sin barnmorskeutbildning, och det fanns en önskan att få detta för att förbättra kommunikationen i mötet med invandrarkvinnor. I en intervjustudie av Robertsons (2015) med invandrarkvinnor från olika länder som fött barn i Sverige beskrevs upplevelser av misstro och fördomar i möten med vården. Det framkom att en del av kvinnorna kände sig ignorerade och saknade en omtänksam respons till deras oro under graviditeten.

I en intervjustudie med barnmorskor samt föräldrar födda i Somalia beskrev en del av föräldrarna att de upplevde diskriminering och att de möttes utifrån stereotyper inom mödrahälsovården och när de födde barn (Ahrnea et al., 2019). Detta ledde till vad informanterna beskrev som en känsla av att alltid behöva vara på sin vakt i mötet med sjukvården. Studier beskriver att negativa kommentarer relaterade till antalet barn eller tiden mellan barnen var något som flera upplevde, detta kunde resultera i att motvilja till att gå till mödrahälsovården (Ahrnea et al., 2019; Berggren et al., 2006). Vissa kvinnor upplevde att barnmorskor inte lät dem ta ut sina spiraler (Berggren, 2006). Enligt Råssjö et al. (2013) besökte kvinnor med somaliskt ursprung mödravården i mindre utsträckning än svenskfödda kvinnor.

I en svensk intervjustudie tillfrågades kvinnor från Sudan, Eritrea och Somalia, som genomgått kvinnlig omskärelse, om sina upplevelser inom den svenska sjukvården. Kvinnorna beskrev de svenska barnmorskorna som väldigt snälla och vänliga. De var måna om att berätta hur tacksamma de var att vara i ett fredligt land och få vård av så hög standard. De berättade också om hur de kände sig blottade i mötet med den svenska sjukvården för att de var i händerna av "de andra", de blev stirrade på och sågs ner på. Kvinnorna berättade om flera situationer då de inte kände sig respekterade av personalen. Eftersom de genomgått kvinnlig omskärelse kände de sig som studieobjekt för sjukvårdspersonalen (Berggren et al., 2006).

Den information som finns tillgänglig avseende upplevelser i mötet med barnmorskan fokuserar i många fall på afrosvenska kvinnor med somaliskt ursprung, och forskning med ett bredare urval ur den afrosvenska gruppen saknas. För att öka kunskapen gällande upplevelser de afrosvenska kvinnorna har i mötet med barnmorskan behövs studier som inkluderar kvinnor från den afrosvenska gruppen oberoende av födelse- och ursprungsland.

Syfte

Studiens syfte var att belysa afrosvenska kvinnors upplevelser av barnmorskans bemötande före, under och efter förlossning.

Metod

För att svara på studiens syfte utfördes en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats och narrativa intervjuer. I en narrativ intervju kan personen som intervjuar fråga direkt efter berättelser gällande en specifik episod (Kvale & Brinkmann, 2014). En induktiv ansats karaktäriseras av att söka mönster och förutfattningslöst analysera texter baserade på människors berättelser om sina upplevelser, där forskarna rör sig från data till en teoretisk förståelse enligt Graneheim och Lundman (2004).

Urval

Inklusionskriterier var kvinnor som identifierade sig själva som afrosvensk, vilket innebär att de har ursprung i Afrika och dess diaspora. De skulle ha sökt och fått vård av en eller flera barnmorskor i samband med att de fött barn inom den svenska mödrahälsovården, förlossningsvården eller eftervården. Möten till och med efterkontrollen på mödravården inkluderades. Kvinnorna skulle ha upplevt de senaste vårdtillfällena inom de senaste fem åren samt förstå och tala svenska eller engelska.

Datainsamling

Studiedeltagarna rekryterades genom sociala medier. Information om studien publicerades i ett flertal separatistiska grupper för afrosvenskar på Facebook, kontakt med Afrosvenskarnas Forum för Rättvisa (AFR) och Afrosvenskarnas riksorganisation (ASR) med förfrågan avseende tillåtelse att publicera information om studien på respektive Facebook sida. Därtill ställdes en direktfråga till Instagramprofilen barnmorskan Asabea Britton att dela informationen. Asabea Britton tillfrågades då hon själv är afrosvensk och har omkring 60 000 följare på Instagram och således når ut till många. En mailadress till studieförfattaren fanns med när information om studien delades. Intresserade deltagare skickades ett informationsbrev samt en samtyckesblankett. De första 15 intresserade som hörde av sig bokades efterhand in för intervju i juli-september 2020. Resterande 22 kvinnor tillfrågades via e-mail om de kunde tänkas bli intervjuade ifall någon av de 15 första föll bort. Kvinnan som var nr 15 kontaktades ett flertal gånger, då ingen återkoppling skedde beslutades i samråd med handledaren till studien att använda totalt 14 intervjuer.

Datainsamlingen gjordes via intervjuer. På grund av Covid-19 pandemi kunde studieförfattaren inte resa för att göra intervjuer i andra städer som först var del av planen, utan 13 av 14 intervjuer gjordes via Skype och 1 intervju utfördes på plats. Studiedeltagarna som bodde i Skåne fick själva välja om de ville intervjuas digitalt eller vid ett personligt möte på en självvald plats. Övriga studiedeltagare erbjöds intervju via Skype. Muntligt samtycke lämnades i de fall intervjun utfördes via Skype, och ett skriftligt samtycke inhämtades i samband med intervjun på plats. Inom ett dygn före intervjun skickades en unik Skypelänk till studiedeltagaren.

Intervjuerna genomfördes med en halvstrukturerad intervjuguide (bilaga 1). Varje intervju inleddes med att fråga demografiska frågor för att få en övergripande bild av studiepopulationen. Dessa frågor innefattade, ålder, om hon var född i Sverige eller inte, vilket/vilka länder hon har sitt ursprung, högsta utbildningsnivå, sysselsättning, vilken stad hennes upplevelser utspelar sig i, antal barn och år barnen föddes. Därefter inleddes intervjun med en öppenfråga: *Kan du berätta för mig om dina upplevelser när du mött en barnmorska inom mödravården, förlossningsvården eller eftervården.* Förtydligande frågor ställdes för att få tydlighet i det som sas. Exempel på förtydligande frågor: *Vad tänkte du? Vad kände du?*

Kan du förklara? I slutet på varje intervju ombads kvinnan berätta om hon upplevt att faktumet att hon är afrosvensk hade påverkat det bemötande hon fick.

Intervjuerna varade mellan ca 30–60 minuter, medel på 43 minuter. Intervjuerna spelades in och transkriberades av studieförfattaren. Intervju nr 4 uteslöts då intervjun inte svarade på studiens syfte, då studiedeltagaren hade fått större delen av vården i utlandet. Materialet från de återstående 13 intervjuerna användes för att svara på studiens syfte.

Analys av data

Intervjuerna transkriberades ordagrant. De transkriberade intervjuerna analyserades genom kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017). Den transkriberade texten lästes igenom flera gånger för att få fram det manifesta innehållet. Det manifesta innehållet är ordagrant och beskrivande och skapar underkategorier. Ur den transkriberade texten plockades meningsbärande enheter ut som var relaterade till studiens syfte, resterande text sorterades bort. Meningsbärande enhet bestod av meningar, fraser eller korta stycken som svarade på studiens syfte. Dessa meningsbärande enheter kortades ner, kondenserades, utan att förlora sin mening, därefter kodades de med nyckelord. Utifrån dessa koder bildades sedan underkategorier som därefter delades in i kategorier (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Dessa steg utfördes av studieförfattaren.

Tabell 1. Exempel på analys.

Meningsbärande enhet	Kondenserad text	Kod	Underkategori	Kategori
<i>... de tog sig tid att fråga, liksom, om det fanns något som vi hade planerat. De frågade [partner] "Är det nånting som [kvinnan] vill?" eller såhär. Men överhuvudtaget, fanns en såhär, de var måna om att anpassa den här stunden för oss och sådär, det var väldigt fint. (Intervju 3)</i>	De tog tid att fråga om de hade planerat något. De var måna om att anpassa stunden efter dem.	Sedd	Förmåga att skapa relation	Individcentrerat bemötande
<i>...de fanns där till hands när vi behövde fråga saker, och de gav liksom, de gav liksom ändå en tryggande hand för det vi behövde och det liksom räckte till, gott och väl. Jag tror inte det var nånting utöver det som jag kände fattades, eller att jag liksom kom hem och tänkte "Nämen Gud, det här var inte bra." Ah, det var nog ganska bra som det var ändå liksom. (Intervju 6)</i>	De fanns till hands när de behövde fråga saker eller en tryggande hand. Detta räckte, det kändes inte att något fattades.	Tillräcklig hjälp	Förmåga att ge vägledning	

Förförståelse

Lundman och Hällgren Graneheim (2017) menar att författaren till en studie har en förförståelse av det som ska studeras, dessa innefattar teoretiskt kunskap, tidigare erfarenheter och förutfattade meningar. Denna förförståelse kan påverka tolkningen omedvetet om den sätts i parentes. Det är möjligt att använda förförståelsen under forskningsprocessen för att det kan öppna upp för möjligheten att upptäcka ny kunskap och få en djupare förståelse. Den förförståelse som förekom hos författaren till denna studie är att vara en afrosvensk kvinna

och har vårdats av barnmorskor inom den svenska mödrahälsovården, förlossningsvården och eftervården samt att ha arbetat inom eftervården.

Forskningsetiska avvägningar

Innan studien påbörjas gjordes en ansökan om rådgivande yttrande (Diariernr 27-20) till Vårdetiska nämnden (VEN) i Lund. Därefter inhämtades godkännande av programansvarig för barnmorskeprogrammet i Lund. Efter godkännande att genomföra studien påbörjades rekrytering av studiedeltagare. Enligt Kvale och Brinkmann (2014) diskuteras fyra områden inom etiska riktlinjer för forskare: konfidentialitet, informerat samtycke, konsekvenser och forskarens roll. Medverkan i en studie ska vara frivillig och studiedeltagaren ska ges information om studiens syfte och upplägg, så att hen kan ge informerat samtycke att delta (World Medical Association, 2013). Informerat samtycke inhämtades i skriftlig form vid intervju på plats och muntligt i början på varje intervju som utfördes virtuellt.

Studiedeltagarna fick information om konfidentialitet och att endast studieförfattaren och eventuellt handledaren till studien kommer att ha tillgång till intervjun. För att studiedeltagarna inte skulle kunna identifieras märktes den transkriberade texten inte med namn utan med siffra på intervju i den ordningen de hade utförts. Namn på personer studiedeltagarna nämnde i intervjun skrevs inte ut under transkriberingens gång utan skrevs med initial för att vid genomläsning kunna förstå sammanhanget. Varje intervju påbörjades eller avslutades med att påminna studiedeltagaren om deras rätt avbryta sitt deltagande i studien när som helst under studiens gång. All information från studien sparades på en lösenordsskyddad extern hårddisk och dator. Materialet från intervjuerna förstörs efter godkänd examination. Autonomiprincipen, godhetsprincipen, principen att inte skada samt rättvisepincipen eftersträvades (Beauchamp & Childress, 2019).

Resultat

Kvinnorna var i åldern 23–38 år, medelåldern var 30 år. Deras högsta utbildningsnivå varierade från gymnasiet till universitet. Alla 13 studiedeltagarna hade fött barn de senaste 5 åren. Vissa av kvinnorna hade fött sitt första barn för mer än 5 år sedan, deras upplevelser valdes att inkluderas för att få en helhetsbild av deras möten med barnmorskor. Sammanlagt hade kvinnorna fött 20 barn mellan 2013–2020. Sex kvinnor var födda i Sverige och sju var inte födda i Sverige. De hade ett varierat ursprung från Afrika och dess diaspora. Kvinnorna befann sig på olika platser i Sverige och alla kvinnorna talade flytande svenska.

De kategorier som framkom under intervjuerna var *Individcentrerat bemötande* och *Oprofessionellt bemötande*. Det individcentrerade bemötandet innefattar två underkategorier och det oprofessionella bemötandet innefattar fyra underkategorier, demonstrerade nedan (tabell 2).

Tabell 2. Kategorier och underkategorier.

Kategori	Underkategori
<i>Individcentrerat bemötande</i>	Förmåga att skapa relation
	Förmåga att ge vägledning
<i>Oprofessionellt bemötande</i>	Frånvarande och nonchalant attityd
	Utnyttjar sin maktposition
	Förutfattade meningar och diskriminerande beteende
	Negativa långsiktiga konsekvenser

Individcentrerat bemötande

Det individcentrerat bemötandet handlar om positiva möten med barnmorskor och de egenskaper som gjort att dessa möten upplevdes som positiva. Det handlar om att kvinnorna upplevde en god relation till barnmorskan, de möttes med en öppenhet, kände sig sedda och barnmorskan skapade en trygg miljö för kvinnorna. Barnmorskans sätt att ge stöd, hjälpa

kvinnan och vägleda henne under graviditeten, förlossningen och första tiden med barnet var central för kvinnornas positiva upplevelse.

Förmåga att skapa relation

Studiedeltagarna beskrev att de kände en öppenhet från barnmorskan som gjorde att de kunde relatera till varandra. Denna öppenhet gjorde det lätt för kvinnorna att prata med barnmorskan och fick dem att känna sig sedda vilket skapade ett förtroende till barnmorskan. Detta förtroende var viktigt för att kvinnorna skulle känna att de kunde ställa de frågor de behövde. Ett mödrahälsobesök som avslutades med en fråga om kvinnan hade något mer att lyfta sågs som ett individcentrerat bemötande. Att få den information kvinnorna behövde under vårdtillfället var betydelsefullt under graviditet, förlossning och eftervård. Energin från barnmorskan och energin i rummet spelade roll. Då barnmorskan skapade en lugn miljö och behöll ett lugn kände kvinnorna sig trygga. Barnmorskans närvaro och tiden hen tog för att skapa en relation till kvinnan och dess närstående sågs som viktig. Barnmorskans närvaro i rummet under förlossningen skapade tillit till hen. När barnmorskan lämnade rummet och berättade varför och hur länge hen skulle vara borta ökade känslan av trygghet hos kvinnorna.

Att kvinnorna fick vara delaktiga och respekterades påverkade relationen till barnmorskan positivt. Kvinnorna kände att de kunde säga ifrån om de inte var redo för en vaginalundersökning eller fick bestämma när den skulle ske var viktigt, det upplevdes som om barnmorskan lät kvinnorna behålla kontrollen över sin egen kropp. Det var viktigt för kvinnorna att deras val respekterades och att barnmorskan hade ett icke-dömande förhållningssätt där hen inte blandade in sina egna åsikter i den vård som gavs.

”Men typ att hon var väldigt saklig i, i de alternativen som finns eller de vägar man kan gå eller om man behöver hjälp då tex med amning... ja utan, ja väldigt saklig framläggning utan nån underton av kanske egen, egen åsikt.” (Intervju 12)

Kvinnorna kunde uppleva att de var i en beroendeställning och detta gjorde det viktigt att barnmorskan lyssnade och trodde på dem. Det var en obekvämlig situation att vara naken och blottad som barnmorskan gjorde bekväm genom sitt individcentrerade bemötande. Kvinnorna kunde uppleva att det påverkade vården positivt när de själva eller partnern hade en bakgrund

inom vården. De kunde då ställa mer krav, förstod ”språket” inom vården och fick en annan respekt från personalen. Kvinnorna upplevde att detta påverkade det bemötande de fick i högre grad än något annat.

”...jag tror att det kan spela in, oavsett om du är barnmorska, sjuksköterska, läkare, att det kan spela in, att du ändå jobbar inom sjukvården och du har en viss kompetens inom området.” (Intervju 6)

Kvinnorna upplevde också att det kunde vara en fördel att ha en vit partner med sig vilket i sin tur ledde till bättre bemötande. Att kunna svenska språket var också något som kvinnorna upplevde påverkade det bemötande de fick positivt. De upplevde att det fick dem att vara tillräckligt bra och vara likställda de barnmorskor de träffade.

”... när folk bemöter mig så ser de, de ser mörk kvinna och så är det massa frågor som går i deras huvud ‘Vad är det för sorts mörk kvinna? Är hon adopterad? Eh, hur länge har hon bott här? Kan hon språket? Kan vi prata med henne?’ (..) så fort man börjar prata med dem så blir det ‘Ja men du är ju svensk,’ får man höra.” (Intervju 14)

Förmågan att ge vägledning

För kvinnorna var stödet från barnmorskan väldigt viktigt under alla delar av graviditeten och födandet. De nämnde barnmorskans vägledning och hur de fick hjälp av att barnmorskan gav dem konkreta tips när de inte själva visste vad de skulle göra. Det kunde handla om lägesändringar under förlossningens gång eller hur hon skulle handmjölka för att locka barnet till bröstet efter barnet var fött. Kommunikationen var viktig, det handlade om en tydlighet från barnmorska. Det gav kvinnorna trygghet när barnmorskan hade en tydlig plan och förslag på lösningar som kvinnorna fick ta del av. Kvinnorna kunde få hjälp att skriva ett förlossningsbrev inför sitt barns födsel tillsammans med barnmorskan vilket gjorde att de upplevde trygghet och blev bekräftade. Att få bli bekräftad i sin individuella upplevelse var viktigt, att till exempel att deras smärta, rädsla och känslor togs på allvar.

*”... Alltså hon tänkte lite ett steg längre ‘Känner du såhär, eller upplever det såhär då ringer du direkt hit, eller då gör du såhär eller så.’...”
(Intervju 10)*

”... det skulle bli ett snitt, vilket jag också tyckte var väldigt jobbigt. Då var hon ändå såhär: 'Ja men, nu har du gjort allt du har kunnat, liksom. Så, så, och det har varit jättebra. Och nu blev det snitt, men det är okej, liksom.' Och den typen av bemötande hade jag behövt mer första gången, liksom. Det kändes mycket mer personligt andra gången.” (Intervju 7)

Kvinnorna upplevde det vara positivt att ha personal som tydligt visade att de visste vad de gjorde och som hade erfarenhet inom sitt yrke. De fick den information de behövde för att känna trygghet, att barnmorskan delade med sig av information som kvinnorna själva inte hade men var väldigt viktig för dem att få. Tilliten inom teamet då kvinnorna kunde se att teamet lärde varandra och bad om hjälp av varandra när det behövdes påverkade också kvinnorna positivt.

Oprofessionellt bemötande

Det oprofessionella bemötandet innebar negativa möten och upplevelser med barnmorskor och de egenskaper som gjort att dessa möten upplevdes som negativa. Kvinnorna saknade information och stöd från barnmorskorna. De upplevde att barnmorskorna inte var närvarande eller att deras behov nonchalerades. Kvinnorna kunde uppleva att de blev bemötta med förutfattade meningar och diskriminerade beteende på grund av att de var afrosvenska. Kvinnorna kunde också uppleva att det oprofessionella bemötandet kunde påverka hur de gick in i nästa möte med barnmorskan, att de behövde vara förberedda och ha en plan. I de fall kvinnorna upplevt oprofessionellt bemötande av en barnmorska kom de ibland ihåg specifika ordval eller kroppsspråket hos barnmorskan, det rörde sig ofta om enstaka individer och ibland om en ospecifik grupp av personal.

Frånvarande och nonchalant attityd

En tydlig faktor som nämndes av kvinnorna var att avsaknad av information påverkade mötet med barnmorskan negativt. Kvinnorna kunde uppleva att de inte förstod vad som hände när de inte fick information. Bristen på information gällde både i de akuta lägen under förlossningen när snabba beslut fattades, men också under icke-akuta situationer som till exempel under mötet med barnmorskan på mödrahälsovården.

”Jag var inte riktigt förberedd, tror jag, på vad hon skulle göra och det... Jag har fortfarande upplevelsen av smärtan (...) så efter det så var jag

alltid rädd när de ska känna hur öppen man är. Och jag tänkte att det kanske hade, hon var jättestressad.” (Intervju 8)

De oprofessionella barnmorskorna beskrevs som icke-närvarande under förlossningen och eftervården, att de kom in gjorde det de skulle och gick sedan, vilket fick kvinnorna att känna sig utelämnade och bortglömda. Kvinnorna kände att de inte visste om allt stod rätt till när barnmorskan lämnade dem mycket ensamma. Barnmorskan kunde också komma in, titta på något eller gjorde en undersökning men förmedlade ingenting till kvinnorna, vilket upplevdes som om de inkräktade i parets ”space”. Barnmorskorna lyckades inte fånga upp kvinnornas oro när de behövdes eller så negligerades oron tydligt. Kvinnorna fick inte det stöd eller den vägledning de behövde och önskade. Kvinnor upplevde att de blev avfärdade och inte togs på allvar. Deras val ifrågasattes ofta upprepade gånger av barnmorskan till exempel avseende att avböja värkstimulerande dropp eller att inte amma. Barnmorskorna försökte övertala kvinnorna att göra det som de själva såg som bäst i situationen, oavsett kvinnornas val.

”... även om jag hade min partner och min mamma där så kände jag att jag hade velat ha sjukhuspersonalen där som kan det här och som kan bekräfta att det här jag känner är normalt och så. Jag tycker inte att de var där, det kändes som att jag bara ringde på dem hela tiden.” (Intervju 11)

Utnyttjar sin maktposition

Kvinnorna upplevde situationer där deras röst inte blev hörd, de blev överkörda av barnmorskan som inte tog hänsyn till deras önskemål eller när de gång på gång sa nej. Kvinnorna kunde uppleva att barnmorskan pratade över huvudet på dem. De fick utstå opassande kommentarer och förminskades. Kvinnorna upplevde att de inte fick bestämma över sin egen kropp, att barnmorskan inte respekterade de gränser som kvinnorna försökte sätt i form av ord, förlossningsbrev och kroppsspråk. De hade svårt att säga nej eller sätta gränser då de var i en position de inte var helt bekväma i. Kvinnorna kunde uppleva att de inte fick följa sin kropps signaler utan skulle göra så som barnmorskan önskade.

“...sa nej, men hon blev arg på det, för att jag vägrade. För det gick inte, jag hade jätteont.” (Intervju 2)

“... 'Ah men jag är övertygad om att det blir bäst både för barnet och mig att jag inte ammar.' och då såhär 'Nej, det bästa för barnet är att du

ammar.' (...) om man uttrycker sig så, då tänker jag att man kan inte ta hänsyn till precis allt annat som, som en person kan gå igenom eller har gått igenom i sitt liv, som inte har med just det här barnafödandet att göra...” (Intervju 9)

Förutfattade meningar och diskriminerande beteende

Kvinnorna kunde uppleva att det faktumet att de var afrosvenska påverkade bemötandet de fick och förklarade detta med konkreta exempel eller att det beskrevs som en känsla, en inre vetskap. Det handlade om opassande kommentarer med rasistisk klang eller att kvinnans hudfärg eller ursprung stod i fokus fastän det var irrelevant för vården som gavs. Kvinnorna kunde uppleva att barnmorskan frågade deras partner om kvinnan talade svenska istället för att vända sig direkt till kvinnan. Kvinnorna kunde uppleva att en del av de barnmorskor de mötte inte tog deras smärta eller symptom på allvar på grund av att de hade förutfattade meningar mot afrosvenskar. De kunde även uppleva att de på grund av barnmorskans förutfattade meningar utsattes för onödigt lidande och risker som de inte gjort om de varit vita.

”Hon sa varför jag skaffa barn så ung att hennes dotter inte hade barn och var äldre än mig och att folk från mitt land bara skaffar barn hela tiden och inte gör nånting med deras liv.” (Intervju 13)

*”Alltså man är ju svart i hela sitt liv. (...) alltså det kommer inte från ingenstans, det började inte vid graviditeten och det slutar inte heller där. (...) att det blev väl ett extra stresspåslag när man har en konkret erfarenhet som har varit väldigt dålig i exakt samma sammanhang. Det är klart att det kanske spär på en oro eller en känsla av att man måste vara beredd.”
(Intervju 3)*

Kvinnorna kunde uppleva att barnmorskans etnicitet spelade roll avseende bemötandet de fick, ibland var det en fördel att vårdas av andra icke-vita. Det kunde upplevas som en skillnad att befinna sig på en avdelning med personal med blandad etnicitet jämfört med en avdelning med majoriteten vita. Det kunde också vara en nackdel att vårdas av en annan afrosvensk då det kunde leda till att kvinnorna fick högre krav på sig, att förväntningarna blev

annorlunda just för att de hade samma hudfärg som barnmorskan. Kvinnorna upplevde att det inte spelade roll hur de själva betedde sig i mötet med barnmorskan, om hen redan hade förutfattade meningar mot afrosvenskar som skulle påverka hens bemötande negativt.

”...hon frågade bland annat om jag har genomgått några tidigare operationer eh och då sa jag nej. (...) “Så du är inte omskuren?” sa hon. Och det reagerade jag på så klart. (...) nästan alla mina kompisar har barn sedan tidigare och majoriteten av dem är vita och majoriteten har gått på samma mödravård och ingen har fått den frågan tidigare. Så då ah, då fick jag lite sådär ahap, jaja, då börjar det.” (Intervju 1)

Negativa långsiktiga konsekvenser

Kvinnorna pratade om hur negativa upplevelser inom vården i form av oprofessionellt bemötande påverkade dem i möten med andra barnmorskor därefter. Det rörde sig om barnmorskor men även annan sjukvårdspersonal. De tog med sig dessa upplevelser från det förflutna i nästa möte med sjukvården. Kvinnorna skapade olika copingstrategier för att kunna vara förberedda ifall de upplevde oprofessionellt bemötande igen, de försökte skydda sig själv. Det kunde handla om en smärtsam vaginalundersökning som de inte ville uppleva igen eller opassande kommentarer relaterat till deras ursprung. Kvinnorna förberedde sig på olika sätt genom att göra en plan med sin partner för att försöka ligga steget före så att det oprofessionella bemötandet inte hann ske. Om partnern var vit kunde hen få föra kvinnans talan. Det kunde också handla om att försöka bevisa för barnmorskan att hennes förutfattade meningar inte stämde.

”... Men det blev en liten tävling att jag skulle bevisa för den här barnmorskan... (...) det var också viktigt för mig att såhär att säga det till henne så hon skulle förstå, liksom.” (Intervju 5)

” Jag var nervös över bemötandet. Jag var nervös över om de skulle lyssna på mig, om jag skulle vara beredd och om jag skulle kunna hävda mig i vården. Det känns som man måste ha nåt [håller handen framför bröstet med handflatan utåt – avvisande] litet skal och man måste kunna trycka liksom på [trycker ifrån handen bort från kroppen]. Bara för att jag var rädd.” (Intervju 3)

Diskussion

Metoddiskussion

En kvalitativ intervjustudie är lämplig för en studie som fokuserar på studiedeltagarnas upplevelser, därför valdes denna metod (Kvale & Brinkmann, 2014). Ett annat metodval kan ha gett ett annat resultat i studien, till exempel hade en enkätstudie kunnat inkludera fler men inte ge ett lika ingående material. För att få en varierat urval valdes rekryteringen av studiedeltagare via sociala medier med målet att nå ut till afrosvenska kvinnor i olika delar av Sverige. En snöbollsrekrytering hade inte varit passande för denna studie då snöbollsrekrytering är passande för en specifik mindre grupp enligt Taherdoost (2016). En rekrytering via bekvämlighet hade kunnat begränsa urvalet då det hade kan medföra urvals bias och riskera att inte vara representativ för en större grupp.

Vid tiden då projektplanen skrevs var studieförfattarens avsikt att utföra majoriteten av intervjuerna på plats, dock var detta inte ett alternativ under den pågående Covid-19-pandemin. Eftersom 12 av 13 intervjuer gjordes via Skype var det inte möjligt att läsa av alla studiedeltagarnas kroppsspråk. En del av studiedeltagarna satt så att deras kroppsspråk kunde avläsas, andra inte. Trots att studieförfattaren hade på sin kamera valde vissa deltagare att inte ha på kameran, studieförfattaren lät deltagarna göra det som kändes tryggast för dem. Studiedeltagarna valde således också själva platsen där de blev intervjuade samt vilken tid som passade dem bäst.

Ett fåtal studiedeltagare lyfte händelser som skedde utanför mödravård, förlossningsvård och eftervården. För att begränsa materialet har till exempel kontakt med kvinnokliniken eller amningsmottagningen, valts att exkluderas. Om detta material istället hade inkluderats hade studieresultatet kanske blivit annorlunda. Denna begränsning resulterade i att fokus på mötet med barnmorskan blev tydligare. I de fall då studiedeltagarna inte specifikt nämnt barnmorskan utan använd termer som ”sköterskan,” ”personalen” eller liknande har materialet valts att inkluderas då studien fokuserar på bemötandet. Det inte går att veta med säkerhet om det var en barnmorska, en sjuksköterska eller undersköterska som kvinnan egentligen mött. I de fall studiedeltagarna mött en läkare har detta inkluderats i materialet om det anses ha bidragit till kvinnornas helhetsupplevelse av bemötandet.

Då några av kvinnorna fött sitt första barn för mer än 5 år sedan men fött sitt senaste barn inom loppet av 5 år valdes upplevelser från den första graviditeten och förlossningen att inkluderas i studien eftersom dessa upplevelser inte alltid kunde separeras från varandra genom kvinnornas berättelser. Tiden från upplevelsen kan påverka minnet, då det gått olika lång tid från kvinnornas upplevelser till att intervjun utfördes kan detta ses som en nackdel. Enligt Simkin (1992) minns kvinnor händelser som sker i samband med förlossning väl även flera år senare.

En kvalitativ studies trovärdighet handlar om författarens förförståelse, giltighet, tillförlitlighet, delaktighet och överförbarhet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Studieförfattarens förförståelse handlar om den bild som forskaren har om det fenomen som ska studeras. Förförståelsen inkluderar teoretiskt kunskap, tidigare erfarenheter och förutfattade meningar. Det kan ses som en fördel att studieförfattaren själv är afrosvensk då det ger en förförståelse för ämnet. Det ger också studiedeltagarna en trygghet att öppna upp sig avseende sina upplevelser till någon som de eventuellt känner kan ha upplevt liknande saker som de själva. Dock kan detta ses som en nackdel då förförståelsen kan ha gjort att följdfrågor som någon som inte är afrosvensk kunde ha ställt uteblev. Det kan också ses som en fördel att studieförfattaren själv vårdats av barnmorskor i den svenska mödrahälsovården, förlossningsvården och eftervården för att då ha upplevt bemötandet från barnmorskor i dessa olika vårdinstanser. Studieförfattaren har även arbetat inom eftervården. Då det är oundvikligt att författaren är delaktig i en kvalitativ intervjustudie bör författaren ta till åtgärder för att distansera sig för att inte påverka studiedeltagarna för att detta kan leda till att det påverkar resultatet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Studieförfattaren satte sin förförståelse i parentes under analysens gång för att påverka materialet så lite som möjligt och att få fram den information kvinnorna förmedlade.Handledaren till studien granskade delar av analysen för att få ge ytterligare styrka till tolkningen.

Giltigheten av ett resultat beror på om studiedeltagarna lyfter fram karaktäristiska som representerar eller är typiska för det studien avser beskriva (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Studiens giltighet stärktes av att det fanns en variation i datan som inhämtades. Detta gjordes genom att rekrytera deltagare via sociala medier och därefter välja de första 13 som fortfarande var intresserade att delta i studien. Studiedeltagarnas ålder, ursprung, var de bodde och hur många barn de hade varierade och ökar stärker därmed också giltigheten. Studiedeltagarna valde själva vilka upplevelser de berättade om. Vissa deltagare valde att

prata om alla barnmorskor de vårdats av under graviditet, förlossning och eftervård. Andra valde ut specifika barnmorskor de önskade prata om. Inga icke-svensk- eller engelsktalande kvinnor inkluderades i studien på grund av studiens storlek och tidsaspekten då planering med tolk hade varit mer omfattande. Detta kan tänkas ha påverkat studiens resultat då upplevelserna av icke-svensktalande kvinnor kan tänkas vara annorlunda än de svensktalande kvinnorna.

Totalt intervjuades 13 kvinnor, antalet var passande för att få svar på studiens syfte och studiens omfattning. Ett varierat material framkom under intervjuerna. Vid ett större antal intervjuer kunde resultatet ha sett annorlunda ut. Dock gav detta antal intervjuer en god variation i upplevelserna kvinnorna talade om. Studiens tillförlitlighet ökar om forskaren noggrant verifierar sitt ställningstagande under hela forskningsprocessen (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Ett annat sätt att styrka studiens tillförlitlighet är att använda ett varierat urval (Kristensson, 2014). Att få ett djupt och omfångsriktat material gynnar också tillförlitligheten. Intervjuerna varierade i längd beroende på vad kvinnorna valde att prata om men troligen också beroende på studieförfattarens följdfrågor. Varje intervju avslutades med att fråga studiedeltagaren om hon önskade tillägga något för att vara säker att hon berättat det hon önskat under intervjun. Då detta var studieförfattarens första intervjustudie kan intervjuernas kvalitet ha påverkats av studieförfattarens intervjuteknik. Att studieförfattaren själv utfört alla moment under studiens gång kan ses som en styrka då intervjuerna kunde utföras utifrån samma förutsättning. Detta kan ha bidragit till ett konsekvent fokus under intervjuerna och analysprocessen. Dock kan det ses som en nackdel då alla moment utförts av en person vilket kan medföra att studieförfattarens tolkning inte fått med alla delar ur materialet.

En studies överförbarhet handlar om i vilken omfattning resultatet kan överföras till andra situationer eller grupper (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). För att kunna avgöra en studies överförbarhet ska läsaren fått tillräckligt med information om urvalet, datainsamling, analysmetod och andra väsentliga omständigheter. Det är upp till denne att avgöra om resultatet går att överföras eller inte. Då denna studie är en kvalitativ studie anses resultatet inte gå att generalisera (Kristensson, 2014), dock ger det en inblick i ett ämne som det saknas forskning kring.

Resultatdiskussion

Studiens resultat visar att de afrosvenska kvinnorna upplevde många variationer av bemötande från barnmorskan. Det bemötande som upplevdes som positivt handlade om barnmorskans förmåga att ge individcentrerad vård genom att skapa en relation till kvinnan och vägleda henne. Kvinnorna beskriver dessa upplevelser utan att koppla det till deras afrosvenska identitet utan fokus var på mötet två personer emellan, oavsett ursprung. Enligt Fonteïn-Kuipers et al. (2018) karaktäriseras kvinnocentrerad vård av en relation mellan kvinnan och barnmorskan. Kvinnans upplevelse ses som viktig, inte bara de fysiska parametrarna spelar roll utan även de psykosociala. Olika faktorer bör sammanföras av barnmorskan för att ge en professionell och god vård till kvinnan enligt Halldorsdottir och Karlsdottir (2011). Barnmorskans professionalism som innefattar såväl som teoretisk kunskap, färdigheter och tekniker nödvändiga för att vårda kvinnan. Den goda barnmorskan har utvecklats personligt och professionellt, därmed lyckas att få kvinnan att känna sig omhändertagen och kommunicerar med henne på ett sätt som stärker henne samt har ett positivt partnerskap med henne. Den individcentrerade vården som studiens resultat visar följer World Health Organization (2018) rekommendationer att mödravården ska respekterar kvinnans värdighet, integritet och konfidentialitet, säkerställer frihet från skada och misshandel samt möjliggör informerat val och kontinuerligt stöd under förlossningen.

Studiens resultat visar också hur oprofessionellt bemötande kan framträda i mötet med barnmorskan. Studiedeltagarna kunde uppleva att barnmorskan inte var närvarande eller hade en nonchalerande attityd, att hen utnyttjar sin maktposition eller hade förutfattade meningar. Det som kan ses som unikt för de afrosvenska kvinnorna är den diskriminering och rasism de upplevde i mötet med barnmorskan. Det handlar inte om enstaka elaka personer utan detta är ett problem som ses inom alla samhällssektorer för afrosvenskar (Mångkulturellt centrum, 2014).

Studiedeltagarna upplevde att deras hudfärg och ursprung stod i centrum, det behövde inte vara att de utsattes för direktrasism eller diskriminering, det kunde handla om en känsla, en inre vetskap. Det beskrevs som mikroaggressioner eller opassande kommentarer med rasistisk klang. Mikroaggressioner består av incidenter som sällan är tydliga handlingar av illvilja, istället översvämmas individer med många små, nästintill omärkbara skador som tillsammans blir förkrossande för personen (Länsstyrelsen, 2019). Det handlar om "små" handlingar av

diskriminering och vardagliga kränkningar som lätt kan bortförklaras om de ses isolerat, vilket ofta sker i en miljö som inte är medveten om dessa. Kvinnorna i studien kunde uppleva att barnmorskan talade till partnern istället för direkt till kvinnan själv för att de inte var säkra på att hon förstod svenska. Om kvinnan varit vit hade barnmorskan inte frågat partnern om hon förstår svenska, utan pratat direkt till kvinnan.

De afrosvenska kvinnorna i studien kunde uppleva att deras smärta inte togs på allvar på grund av förutfattade meningar hos barnmorskan. Detta bidrog till att kvinnorna fick ojämlig vård, en negativ upplevelse och kunde skapa oro inför nästa möte med vården. I en kvantitativ studie av Hoffman et al. (2016) studerades om svarta amerikaner fick sämre smärtlindring än vita amerikaner och om det kunde kopplas till falska uppfattningar avseende biologiska skillnader mellan svarta och vita som påverkade hur de upplevde smärta. Studien visade att läkarstudenter trodde på dessa biologiska skillnader vilket ledde till att de uppskattade svarta som mindre smärtpåverkade och valde då sämre behandling till dem. Detta kan bidra till skillnaderna i hur svarta och vita behandlades när de hade smärta. Socialstyrelsen (2016) visar att kvinnor födda i Afrika söder om Sahara löper större risk för komplikationer i samband med graviditet. Dock ger rapporten ingen klarhet i vad de bakomliggande faktorerna är. En avhandling av Esscher (2014) visar att det i Sverige finns en ökad risk för att dö i samband med graviditet för kvinnor som är födda i låginkomstländer i jämförelse med svenskfödda kvinnor. Suboptimala förhållanden relaterade till vårdsökande, tillgången till vård och vårdens kvalitet var orsaker till detta (Esscher, 2014). Svarta kvinnor tycks ha ökade risker för dåligt obstetriskt utfall även i andra länder. Enligt Building U.S. Capacity to Review and Prevent Maternal Deaths (2018) löper svarta kvinnor i USA 3–4 gånger större risk att dö i samband med förlossning som vita kvinnor. I Storbritannien är siffran 5 gånger så stor som för vita kvinnor (Knight et al., 2019). I Storbritannien ses också en ökad risk för akuta kejsarsnitt bland kvinnor med afrikanskt ursprung (Henderson, 2013) samma utfall gäller kvinnor födda söder om Sahara i Sverige enligt Socialstyrelsen (2016).

De afrosvenska kvinnorna kunde uppleva att ett oprofessionellt bemötande av barnmorskan påverkade hur de kände inför nästa möte med vården. Studiedeltagarna upplevde att de behövde ha en plan och vara förberedda inför mötet med barnmorskan. Dock lyfte studiedeltagare att negativa upplevelser med sjukvårdspersonal påverkade framtida möten med annan sjukvårdspersonal oberoende av befattning. I en studie av Hamed et al. (2020) gjord i Sverige, Tyskland och Portugal fann de att personer med invandrabakgrund upplevde

att de utsattes för rasism och diskriminering när de sökte vård. Sjukvården utsatte dem inte för direktrasism utan diskrimineringen doldes med hur vården prioriteras. Detta gör det svårt, om inte omöjligt, för den vårdsökande att uttrycka eller anmäla när de känner sig bortprioriterade eller nonchalerade. Det resulterade i att de vårdsökande bytte sjukvårdsinstans eller lade ner mycket tid på att övertyga sjukvården att deras symtom var på riktigt (Hamed et al., 2020). De förlorade tillit till sjukvården och undvek att söka vård (Diskrimineringsombudsmannen, 2012; Hamed et al. 2020), samt att alltid ha en känsla av att behöva vara på sin vakt när de sökte vård (Ahrnea et al., 2019).

Resultatet av studien visade att de afrosvenska kvinnorna upplevde att de möttes med fördomar som inte var baserade på fakta utan redan var befintliga hos barnmorskan. Enligt Bredström och Gruver (2015) uppfattade barnmorskorna generellt den rasifierade personen som "den andra" vilket genomsyrade hur barnmorskorna tolkade och uttryckte sina erfarenheter gällande att arbeta med invandrarkvinnor. Etnicitet var en avgränsning som differentierade patienterna från andra patienterna och barnmorskorna alternerade mellan att prata om "invandrapatienter" som mer "spännande" än vanliga "svenska" patienter, och mer "problematiska". I Bredström och Gruver (2015) intervjuer märktes att informanterna ansåg att patienter med invandrabakgrund bör anpassa sig till den svenska kulturen, till exempel refererade flera av informanterna gällande integration att det ansågs vara viktigt att uppnå "svenska värderingar." De afrosvenska kvinnorna i studien upplevde olika bemötande kopplat till deras förutsättningar, tex att de själva eller deras partner arbetade inom sjukvården. Kvinnorna upplevde att när deras vita partner förde deras talan fick de ett bättre bemötande av barnmorskan.

De afrosvenska kvinnorna beskrev precis som informanterna i studien av Ahrnea et al. (2019) att de upplevde diskriminering och möttes utifrån stereotyper. Trots att Sverige har en lag mot diskriminering (SFS 2017:1128) där diskriminering inom hälso- och sjukvård förbjuds upplevde studiedeltagarna diskriminerande behandling ifrån barnmorskor. Barnmorskor behöver bli medveten om de strukturer och de förutfattade meningar hen tar med sig in i mötet med den afrosvenska kvinnan, endast då kan förändring ske och en likvärdig vård ges. Enligt Diskrimineringsombudsmannen (2012) är diskriminering inom vården inget nytt, dock är arbetet att kartlägga diskrimineringen något som ökat med åren. Mörkertalen är sannolikt stora inom vården. Det tycks finnas en princip i Sverige att alla människor är och behandlas lika, att erkänna att hudfärg spelar roll är att frånga denna princip (Adeniji, 2010). När det

handlar om till exempel kön så lyder diskussionen helt annorlunda. Det finns inget språk kring hudfärg i Sverige då istället för "ras" eller hudfärg endast finns en diskrimineringsgrund som är kopplad till etnicitet. Erfarenheter av rasism blir inte tagen på allvar utan bortförklaras med att personen inte "egentligen" var rasist utan bara inte vet bättre.

Studiedeltagarna upplevde det positivt när barnmorskan arbetade utifrån kvinnans egna individuella behov och mötet med barnmorskan beskrevs som en relation. Egna åsikter, fördomar och förutfattade meningar ingår inte i barnmorskans professionella roll och ska därmed inte påverka hens sätt att bemöta kvinnorna. För att barnmorskor ska ge jämlik vård bör de arbeta individ- och kvinnocentrerat, då finns det inget utrymme för ett oprofessionellt bemötande. Enligt Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) teori saknar dessa oprofessionella barnmorskor byggstenar som utgör den goda barnmorskan. Det saknas professionell omvårdnad, visdom, kompetens, interpersonell kompetens som tillsammans med den personliga och professionella utvecklingen utgör en god barnmorska. Vården på sjukhus behöver bli mer familjecentrerad och utformas utifrån patienternas behov enligt Socialstyrelsen (2017). En tydlig kvinnocentrerad arbetsmodell kan underlätta detta arbete för barnmorskan (Lundgren et al., 2020). Kvinnocentrerad vård som struktur ses i caseload modellen, partner modellen och den barnmorskeledda modellen av vård (Fontein-Kuipers et al., 2018). Samarbete och kommunikation är viktiga delar av den kvinnocentrerade vården. Kvinnan är experten avseende sitt liv och sin kropp, medan barnmorskan är den professionella experten avseende graviditet och barnafödande. Kvinnan tillåts behålla sin autonomi och barnmorskan uppger sig inte som en auktoritet.

Enligt Svenska Barnmorskeförbundet (2018) ska barnmorskan ha kulturell kompetens och ett normmedvetet förhållningssätt. Lika självklart som genuskunskap ingår i barnmorskeutbildningen borde kunskapen om rasism inom vården ingå. Barnmorskorna i Akhavan (2012) studie hade en önskan om att få kunskap om transkulturell vård under sin utbildning för att förbättra kommunikationen med de kvinnor de mötte. Hur rasismen påverkar kvinnan som utsätts för den ökar barnmorskans förmåga att ge kvinnocentrerad vård. I en amerikansk meta-analys av Paradies et al. (2015) sågs ett samband mellan att ha blivit utsatt för rasism och sämre psykisk hälsa, inklusive depression, ångest, psykologisk stress och en rad andra påföljder. Ett samband mellan rasism och sämre fysisk hälsa sågs också.

Afrosvenskar kan inte ses som en homogen grupp, många aspekter påverkar hur individer ser på världen. Denna studie har inte lyft aspekter som intersektionalitet där samspelet mellan olika aspekter som till exempel religion, socioekonomisk klass, och så vidare kan ha påverkat hur de afrosvenska kvinnornas blivit bemötta och upplevt bemötandet av barnmorskan. Dock kan detta ha påverkat samspelet mellan barnmorska och kvinna.

Trots att sjukvården har likabehandlingsplan och styrdokument som ska försäkra att patienterna får jämlik vård fungerar detta ofta inte i praktiken. För att skapa förändring krävs att verksamheterna ser över sitt arbetssätt och erkänner de brister som kan finnas. Att arbeta för jämlik vård bör vara något som genomsyrar det dagliga arbetet oavsett den kultur som finns på arbetsplatsen. Inom barnmorskeyrket har det lyckats arbeta på ett positivt sätt med andra minoritetsgrupper, till exempel samkönade par, vilket tyder på att mer anpassning för minoriteter är möjlig. Att uppnå jämlik vård handlar inte bara om att varje kvinna ska få ett bra bemötande, utan också få den vård hon behöver anpassad till hennes individuella behov. Denna studie ger inblick i de afrosvenska kvinnornas upplevelser, dock behövs mer forskning gällande konsekvenserna av förutfattade meningar och rasism inom vården. Detta krävs för att få en tydligare bild om afrosvenska kvinnor får en jämlik vård i före, under och efter förlossning eller inte.

Konklusion och implikationer

Av studien framkommer att afrosvenska kvinnor upplever barnmorskans bemötande både som individcentrerat och oprofessionellt. Det individcentrerade bemötandet kännetecknas av en barnmorska som har förmågan att skapa en relation till kvinnan och vägleda henne under graviditeten, förlossning och första tiden med barnet. Den oprofessionella barnmorskan kännetecknas av att ej vara närvarande och ha en nonchalerande attityd, att utnyttja sin maktposition och ha förutfattade meningar och ett diskriminerande beteende, denna oprofessionalism påverkar kvinnans framtida möten med sjukvården negativt.

Studiens resultat kan bidra till att uppmärksamma hur afrosvenska kvinnor kan uppleva bemötandet av barnmorskan och vilka delar av bemötandet som kan bli bättre. Afrosvenska kvinnor är en grupp som har ökad risk för medicinska komplikationer under graviditet och förlossning samt en ökad risk för att utsättas för rasism och diskriminering. Genom att medvetande göra de oprofessionella aspekterna av bemötandet kan barnmorskan se var hen

behöver arbeta för att uppnå jämlik vård för alla patienter. Med ett kvinnocentrerat förhållningssätt kan barnmorskan ge afrosvenska kvinnor bättre vård i det individuella mötet men också lägga en grund för att kvinnorna ska känna sig trygga i nästa möte med vården.

Referenser

Ahrnea, M., Schytt, E., Andersson, E., Small, R., Adana A., Esséne B. & Byrskog U. (2019). Antenatal care for Somali-born women in Sweden: Perspectives from mothers, fathers and midwives. *Midwifery* 74. 107–115.

Adeniji, A. (2010). “Jag har aldrig sett dig som svart”: Anna Adeniji läser Sara Ahmed. *Tidskrift För Genusvetenskap*, 1/2, 83–87.

Akhavan, S. (2012). Midwives’ views on factors that contribute to health care inequalities among immigrants in Sweden: a qualitative study. *International Journal for Equity in Health*, 11(1), 47–56. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1186/1475-9276-11-47>.

Beauchamp, T. & Childress, J. (2019). *Principles of Biomedical Ethics*. (8:e upplagan). USA: Oxford University Press.

Berggren, V., Bergström, S., & Edberg, A-K. (2006). Being Different and Vulnerable: Experiences of Immigrant African Women Who Have Been Circumcised and Sought Maternity Care in Sweden. *Journal of Transcultural Nursing*, Vol. 17 No. 1, January 2006 50-57 DOI: 10.1177/1043659605281981

Bredström, A. & Gruber, S. (2015). Language, culture and maternity care: ‘Troubling’ Interpretation in an Institutional Context. *Nordic Journal of Migration Research* 5(2), 58-66 DOI: 10.1515/njmr-2015-0010

Brandão, C., Silva, R., & dos Santos, J. V. (2019). Online recruitment in Portugal: Theories and candidate profiles. *Journal of Business Research*, 94, 273–279.

Building U.S. Capacity to Review and Prevent Maternal Deaths. (2018). *Report from nine maternal mortality review committees*. Retrieved from http://reviewtoaction.org/Report_from_Nine_MMRCs

Diskrimineringslag (SFS 2017:1128) Sveriges riksdag. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/diskrimineringslag-2008567_sfs-2008-567

Diskrimineringsombudsmannen, DO. (2012). *Rätten till sjukvård på lika villkor – rapport*. Hämtad från Diskrimineringsombudsmannen webbplats: <https://www.do.se/globalassets/publikationer/rapport-ratten-till-sjukvard-lika-villkor2.pdf>

Ekéus C, Nilsson E, & Gottvall K. (2008). Increasing incidence of anal sphincter tears among primiparas in Sweden: a population-based register study. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*. 2008;87(5):564-573. doi:10.1080/00016340802030629

Ekéus, C., Cnattingius, S., Essén, S. & Hjern, A. (2011). Stillbirth among foreign-born women in Sweden. *European Journal of Public Health*, Volume 21, Issue 6, December 2011, Pages 788–792, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckq200>.

Esscher, A. (2014). Maternal Mortality in Sweden. Classification, Country of Birth, and Quality of Care. *Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the*

Faculty of Medicine 970. 69 pp. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis. ISBN 978-91-554-8863-5.

Fontein-Kuipers, Y., de Groot, R., & van Staa, A. (2018). Woman-centered care 2.0: Bringing the concept into focus. *European Journal of Midwifery*, 2(May).
<https://doi.org/10.18332/ejm/91492>

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* (2004) 24, 105–112.

Halldorsdottir, S & Karlsdottir, S. I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian journal of caring science*, 24 (4), 806- 817. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00886.x.

Hamed, S., Thapar-Björkert, S., Bradby, H., & Ahlberg, B. M. (2020). Racism in European Health Care: Structural Violence and Beyond. *Qualitative Health Research*, 30(11), 1662–1673. <https://doi.org/10.1177/1049732320931430>.

Henderson, J., Gao, H., & Redshaw, M. (2013). Experiencing maternity care: the care received and perceptions of women from different ethnic groups. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 13(1), 1–26. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1186/1471-2393-13-196>.

Hoffman, K., Trawalter, S., Axt, J. & Oliver, N. (2016). Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and white. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. Apr 2016, 113 (16) 4296-4301; DOI: 10.1073/pnas.1516047113.

Hübinette, T. (2019). *Att skriva om svenskheten: studier i de svenska rasrelationerna speglade genom den icke-vita svenska litteraturen*. Malmö: Arx förlag.

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2019:996). Sveriges riksdag.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Knight, M., Bunch, K., Tuffnell, D., Shakespeare, J., Kotnis, R., Kenyon, S., Kurinczuk, JJ. (Eds.) on behalf of MBRRACE-UK. (2019). *Saving Lives, Improving Mothers' Care - Lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2015-17*. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford 2019. <https://www.npeu.ox.ac.uk/assets/downloads/mbr race-uk/reports/MBRRACE-UK%20Maternal%20Report%202019%20-%20WEB%20VERSION.pdf>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Kristenson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. (1 uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.

- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I Höglund Nielsen, B & Granskär, M. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (3:e uppl, s.219- 234). Lund: Studentlitteratur AB.
- Lundgren, I., Berg, M., Nilsson, C. & Olafsdottir, O. (2020). Health professionals' perceptions of a midwifery model of woman-centred care implemented on a hospital labour ward. *Women and Birth* 33 (2020) 60–69. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.01.004>.
- Länsstyrelsen. (2019). Vit, Svart eller Brun - Handbok om aktiva åtgärden kopplat till hudfärg. Rapport 2019:8 i Länsstyrelsens rapportserie ISBN: 978-91-7281-896-5 Länsstyrelsen, Stockholm.
- Mångkulturellt centrum. (2014). *Afrofobi. En kunskapsöversikt över afrosvenskars situation i dagens Sverige*. Hämtad från <https://mkcentrum.se/wp-content/uploads/2014/12/Afrofobi-20140203-f%C3%B6r-webben.pdf>
- Paradies, Y., Ben, J., Denson, N., Elias, A., Priest, N., Pieterse, A., Gupta, A., Kelaher, M., & Gee, G. (2015). Racism as a Determinant of Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 10(9), 1–48. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138511>.
- Robertson, E. K. (2015). “To be taken seriously”: women's reflections on how migration and resettlement experiences influence their healthcare needs during childbearing in Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare*. Volume 6, Issue 2, June 2015, Pages 59-65. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.srhc.2014.09.002>.
- Råssjö, E., Byrskog, U., Samir, R., & Klingberg-Allvin, M. (2013). Somali women's use of maternity health services and the outcome of their pregnancies: A descriptive study comparing Somali immigrants with native-born Swedish women. *Sexual & Reproductive Healthcare*. Volume 4, Issue 3, October 2013, Pages 99-106.
- SCB. (2019). *Befolkningsstatistik i sammandrag 1960–2018*. Hämtad från SCB webbplats 2019-12-28: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/pong/tabell-och-diagram/helarsstatistik--rikt/befolkningsstatistik-i-sammandrag/>
- SFOG. (2014). *Preeklampsi*. (Rapport nr 72). https://www.sfog.se/natupplaga/ARG72_komplett_LRbf4f5598-2309-4013-8dea-3cbb534708ee.pdf
- Simkin, P. (1992). Just another day in a woman's life? Part II: Nature and consistency of women's long-term memories of their first birth experiences. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 19(2), 64–81. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1523-536x.1992.tb00382.x>
- Socialdepartementet. (2012). Strategi för en god och mer jämlik vård 2012–2016. (Artikelnr: S2012.013). <https://www.regeringen.se/49bbd2/contentassets/cad6109c7db04b0088fd0816623da33b/strategi-for-en-god-och-mer-jamlik-var-d-2012---2016-s2012.013>
- Socialstyrelsen. (2016). *Socioekonomiska faktorerens påverkan på kvinnors och barns hälsa efter förlossning*. (Artikelnummer 2016-12-14).

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2016-12-14.pdf>

Socialstyrelsen. (2017). *Vård efter förlossning. En nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning*. (Artikelnummer 2017-4-13).

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2017-4-13.pdf>

Svenska Barnmorskeförbundet. (2018). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad 2019-12-27 från <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2018/05/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-2018.pdf>

Taherdoost, H. (2016). Sampling Methods in Research Methodology; How to Choose a Sampling Technique for Research. *International Journal of Academic Research in Management (IJARM)*. Vol. 5, No. 2, 2016, Page: 18-27, DOI: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3205035>

World Health Organization (WHO). (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization; 2018. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=48DDC4D85A097D1D1E01376FB43DBD6B?sequence=1>

World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad from WMA webbplats 2020-01-06: <https://pdf-it.dev.acw.website/please-and-thank-you?url=https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/&pdfName=wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects>

Intervjuguide

1. Inledande fråga

- Kan du berätta för mig om dina upplevelser när du mött en barnmorska inom mödravården, förlossningsvården eller eftervården.

2. Uppföljningsfrågor

- På vilken vårdinstans befann du dig?
- Vad tänkte du?
- Hur kände du?
- Vad sa du?
- Kan du ge ett exempel?
- Hur menar du då?

3. Direkta frågor

- Anser du att faktumet att du är afrosvensk spelade roll avseende det bemötande du fick?

4. Avslutade fråga

- Jag har inga fler frågor. Har du något mer att ta upp innan vi avslutar intervjun?