

Bild 1: Regnbågsfamiljer i en svensk kontext – Anna Malmquist, Linköpings universitet. Fil. Dr., leg psykolog

Hej! Jag heter Anna Malmquist och är psykolog från början men arbetar nu som lärare och forskare på Linköpings universitet. Jag forskar på regnbågsfamiljer och haft ett forskningsprojekt om lesbiska mammor och nu har jag ett forskningsprojekt om gaypappor och tänkte berätta om de båda projekten idag, och lite annat också.

Bild 2: Dagens upplägg

Jag ska prata lite om bakgrund och historik, lesbiska mammor-projektet, gaypappor-projektet, kort om flerföräldraskap, transpersoners föräldraskap. Sedan skall jag prata om minoritetsstress och psykisk ohälsa och hur det hänger ihop med det här. Jag tror inte att vi hinner prata om rättsligt föräldraskap men jag har med det utifall att vi har utrymme för det.

Bild 3: Familjen med stort F.

Man kan säga att vi alla lever med två familjer. Dels så är det familjen med stort F. Det är idén om familjen, normer och föreställningar om familjer, som vi alla hela tiden förhåller oss till. Den här familjen med stort F är väldigt nära sammankopplat med heterosexualitet, med idén om det olikkönade parter som bildar familj tillsammans och får barn. Föräldraskap blir starkt förknippat med heterosexualitet och kärnfamiljen blir en bärare av hetero- och cisnormer. Men vi lever ju också med familjen med litet f.

Bild 4: Familjen med litet f.

Det som min familjelivsforskning beskriver som familjen, eller när en definierar vad en familj är så är en familj någonting som en gör i vardagliga handlingar. Familj är det som vi gör varenda dag när vi kramas, bråkar, klär på ungar, planerar barn och lever tillsammans. Det är det som är familjen med litet f. Om vi tittar på hur det ser ut i Sverige idag så lever 25% av alla 17-åringar i en annan familjekonstellation än just traditionella kärnfamiljer enligt statistiska centralbyrån (SCB). De flesta av de lever i andra familjeformer för att deras föräldrar har skiljt sig ifrån varandra, det är den vanligaste variationen. Men regnbågsfamiljer är också en del av den här mångfalden som är någonting annat än den heterosexuella kärnfamiljen.

Men oavsett hur min familj ser ut, eller din, eller din eller din så måste vi ändå alltid förhålla oss till familjen med stort F. Det vill säga att om en lesbisk kvinna ringer till mödravården, är gravid och vill boka en tid så säger barnmorskan: jättebra, du är välkommen den här och den här tiden och din man är också välkommen. Då måste hon förhålla sig till familjen med stort F. Hon måste hantera normen, föreställningen om familjen som är någonting annat än den hon själv lever i.

Bild 5: Regnbågsfamiljer under 1900-talet (bild med citat)

När man pratar om regnbågsfamiljer är det ofta lätt att föreställa sig att detta är någonting modernt eller nytt så jag brukar börja med det här citatet från Ruffa Alving Olin, stjärnjournalisten Bang Alvings dotter. Hon föddes 1938 och säger såhär om att växa upp med två mammor: "Nej, aldrig att jag förstod att det skulle vara något märkvärdigt. För mig kändes det fullt naturligt, något att bara avundas. Jag var så trygg. Älskad och omgiven av kärlek." Jag tycker att det ger en bra bild av att regnbågsfamiljer, långt innan begreppet regnbågsfamiljer kom, så fanns det regnbågsfamiljer.

Bild 6: Regnbågsfamiljer under 1900-talet (bild med tidslinje)

Men tittar vi och gör ett väldigt snabbt svep under historien under 1900-talet så ser vi första nästan halva 1900-talet, fram till 1944 så lever vi, eller levde de i en tid där homosexualitet, eller homosexuella handlingar, var kriminaliserade. Man kunde dömas till straffarbete för att man haft sex, eller misstänks ha haft sex med en person av samma kön. Det var framför allt män som dömdes, men även kvinnliga samkönade sexuella handlingar var kriminaliserade. Det avkriminaliserades 1944 och vi kommer istället in i en fas på ungefär ett kvarts sekel när homosexualitet främst betraktas som en psykisk sjukdom. Och som psykisk sjukdom också behandlades, så jag som är psykolog bär på en fruktansvärd historia av hur psykologer har behandlat homosexuella. Homosexuella har behandlats med avbetingningar, där man som man skulle onanera samtidigt som man skulle titta på porr, bilder av nakna kvinnor, för att man skulle väcka lustbetingelse till det och sedan tittade man på bilder av nakna män samtidigt som man fick elchocker, och sådana här fruktansvärda grejer. Men 1979 tog man bort sjukdomsklassifikationen, vilket är en fantastisk historia i sig som ni gärna kan googla på, men vi hinner inte prata om alltid idag. Det är först efter den här friskförklaringen av homo- och bisexuella personer, som sker 1979 i Sverige och i sker vid ungefär samma tid i andra länder i västvärlden. Det är först efter friskförklaringen som vi får den här positiva lagstiftningen som inkluderar samkönade pars relationer först, och senare samkönade pars familjer. Först 1988 kom lagen som homosexuella sambor, och 1995 kom lagen om registrerat partnerskap, när vi fick gifta oss på låtsas med en partner av samma kön. Eller, många av er har ingått partnerskap, jag har också ingått partnerskap en gång och det är lätt att raljera såhär i efterhand, 25 år senare eller 24 år senare och säga att det är att gifta sig på låtsas. Det var ju inte på låtsas då. Men att nästan få gifta sig.

Bild 7: ...och in i 2000-talet.

Lagstiftningen, som den såg ut, lagen om registrerat partnerskap så var den en copy-paste på äktenskapsbalken förutom att man hade exkluderat allt som rörde föräldraskap. För man tyckte vid den tiden att samhället var redo för samkönade pars relationer och kunde reglera de, men inte vår familjebildning. Man var även rädd för att det skulle bli ett sluttande plan, snart skulle det komma adoption och insemination... och det gjorde det! För när man kommer in i 2000-talet så är det precis kring de frågorna som lagstiftningen kommer. Så den

första lagstiftningen som möjliggör för två personer av samma juridiska kön att vara rättsliga föräldrar, om de inte båda var biologiska föräldrar och den ena har bytt juridiskt kön i en transition, utan två cispersoner som har samma kön. Nu har man för första gången möjligheten att dela det rättsliga föräldraskapet om ett och samma barn. 2003, i och med den här lagstiftningen som möjliggör att man antingen ansöker om adoption gemensamt. Det vet ni säkert, ni som sitter här, att i praktiken har det varit jättesvårt att adoptera gemensamt som samkönat par, det är ett fåtal än idag som har lyckats få igenom adoption gemensamt. Men närstående adoptionen öppnade en reell möjlighet, framför allt för kvinnliga par där den ena födde barn och den andra kunde adoptera barnet och så kunde man bli gemensamma vårdnadshavare och rättsliga föräldrar till det här barnet. Två år senare kommer möjligheten för samkönade kvinnliga par att få assisterad befruktning vid svenska fertilitetskliniker. De öppnar sina dörrar och välkomnar då även samkönade par för assisterad befruktning med donerad sperma. I och med det har i princip skillnaderna mellan äktenskapet och partnerskapet försvunnit så det könsneutrala äktenskapet kan ta form och lagstiftas då 2009. En annan viktig reform för hbtq-familjers möjligheter till familjebildning är att tvångssteriliseringarna av transpersoner tas bort 2013. Fram till 2013 fortsatte man att tvinga på människor sterilisering för att de skulle kunna få byta juridiskt kön. Det gör vi inte idag, åtminstone inte officiellt. Det kan ju finnas sådana påtryckningar fortfarande på människor. 2016 öppnas möjligheten för assisterad befruktning av ensamstående vid svenska kliniker.

Bild 8: Lesbiska mammor: Forskningsprojektet “En ny generation av regnbågsfamiljer”

Som sagt, ett kort svep över historien. Min forskning om lesbiska mammor som jag tänkte att jag skulle börja med att berätta om finns också att läsa i den, kanske lite tråkigare, akademiska formen i min avhandling som heter *Pride and Prejudice: Lesbian Families in Contemporary Sweden*. Sedan finns det, för den som vill läsa en lättsammare, trevligare variant på svenska *Lesbiska småbarnsföräldrar: Utmaningar i en tid av möjligheter*, som är en bok. Det här är en stor intervjustudie. Jag och mina studenter träffade 126 mödrar och 68 familjer, och pratade med de som deras vägar till föräldraskap och erfarenheter av att leva som småbarnsföräldrar.

Bild 9: Olika vägar till föräldraskap

De beskriver lite olika vägar till föräldraskap. Antingen delat föräldraskap med en pappa eller pappor, det handlar om heminsemination med känd donator och fertilitetskliniker

Ett delat föräldraskap beskrevs tidigare, när vi går tillbaka till 90-talet som en svensk regnbågsfamilj. Det skiljde sig från andra länder i västvärlden där det var mera vanligt med att lesbiska par bildade familj som två föräldrar och kanske använde en kompis, inte sällan en homosexuell man, som donator eller som, även om den hade epitetet pappa, inte tog del av den vardagliga omvårdnaden. Men det svenska sättet att bilda regnbågsfamilj på tidigare var att två samkönade par gick samman och bildade en familj på fyra föräldrar. De som har valt det i min studie argumenterar för att pappor är viktiga, inte bara som genetiskt ursprung

eller någon att känna till utan att en pappa är viktig att kunna relatera till och kunna leva tillsammans med, och att det är viktigt för mig att mitt barn har en pappa. De berättar även att, inte alla då men ganska många, är att det har varit svårt att komma överens när man är flera föräldrar, och föräldrar som inte lever tillsammans. Att det blev fler konflikter och krångligare än vad en hade tänkt sig. Alla lyfter även problemet med att det är begränsade rättsliga möjligheter, för vi kan bara ha två juridiska föräldrar. Sedan kan man lösa sådana saker praktiskt ibland genom att ge någon en fullmakt och så vidare, så länge man är sams kan en lösa det mesta, men om man blir osams så blir det mycket svårare att inte vara rättslig förälder. De är inte jättemånga i min studie, för de jag träffar här har fått barn efter 2003. Efter möjligheten att skaffa barn som samkönat par och dela det rättsliga föräldraskapet. De i studien har fått barn när den möjligheten finns, och det är inte så många som då har valt att involvera fler än bara paret i sin familjebildning.

Heminsemination är betydligt vanligare, men fertilitetsklinik är det som de allra allra flesta har valt. De som väljer heminsemination brukar resonera som så att det är viktigt att känna till sitt genetiska ursprung. Det känns även romantiskt, praktiskt eller enkelt att bli gravid hemma. Att slippa gå vägen via en klinisk kinik. För vissa är skillnaden mellan att vara en pappa eller en donator jätteviktig. En tycker inte om när andra benämner donatorn som pappa, utan tycker att en pappa är någon som är aktivt involverad, som tar hand om barnet, att en pappa är en som hämtar och lämnar på förskolan och läser godnattsagor. Inte den som bara har bidragit med sina genet för att skapa det här barnet. Det brukar jag alltid lyfta när jag pratar med vårdpersonal till exempel, att det är viktigt att ta reda på hur det ser ut i just den här familjen så att en inte slentrianmässigt benämner en donator som en pappa, för det är en jättestor skillnad. För andra är inte den här skillnaden mellan pappa och donator så himla viktig. De kan tycka att det kan vara lite bra för barnen på förskolan och i skolan att säga att de har en pappa, han heter Stefan och han bor i Katrineholm. Att det gör det enkelt och smidigt att kunna relatera, även om personen inte tar del i barnets vardagliga omsorg, att ändå kunna prata om den som en pappa. Alldeles oavsett så brukar en ofta göra en överenskommelse inför att en sätter igång med inseminationen. Hur en tänker sig att en skall lägga upp det, hur det rättsliga föräldraskapet ser ut och vilken kontakt en skall ha. Det tycker jag är jättebra att en pratar igenom det, men det en skall veta är att sådana överenskommelser inte rätt rättsligt bindande. De kan vara moraliskt förpliktande, men inte rättsligt bindande.

De flesta, som sagt, vänder sig till en fertilitetsklinik. De allra flesta vänder sig till svenska fertilitetskliniker efter att den möjligheten öppnades 2005. Det är det absolut vanligaste sättet för samkönade kvinnliga par att skaffa barn. De säger att de väljer det för att det är tryggt, det är säkert och för att det är billigt. Man litar på svensk sjukvård i hög grad, en känner sig trygg med att en blir kompetent, eller medicinskt proffsigt omhändertagen. Att det är säkert, och att det är skattesubventionerat. Om man lyckas få barn inom de försöken som är skattesubventionerade så blir det billigt för då går det på högkostnadsskyddet. Det som kan vara bra att veta om man skaffar barn på en svensk fertilitetsklinik är att man inte använder anonyma donatorer. Utan barnet har alltid rätt att få kännedom om donatorns identitet, om den så önskar. Det skall finnas en journal som barnet får tillgång till när den når mogen ålder som det står i lagen. Samtidigt som många väljer svensk sjukvård och säger att det känns som det självklara valet så är det samtidigt många som faktiskt berättar om brister i

bemötandet. Där man tycker att man blir okunnigt bemött eller där vårdpersonal förutsätter att man lever i en olikkönad relation eftersom det är de flesta av deras patienter på fertilitetsmottagningen så blir det information om slentrianmässigt kommer så som att din man kan lämna sin spermaprov där och där. Jaha, vart ska jag hitta min man? Sedan är det ofta lång kötid. Vill man exempelvis skaffa barn i göteborg idag så får man vänta i fyra år. Eftersom de flesta är i ungefär 35-årsåldern när man börjar planera familj som samkönat par så kan man tycka att jag inte kan vänta i fyra år. Göteborg har längst kötid

(från publiken) Får en ställa en fråga? Man har väl satt en åldersgräns nu? Att man inte får skaffa barn för tidigt? Att man måste vara 25.

Anna igen: Precis, det är en 25-årsgräns för svenska fertilitetskliniker nu. Man har satt den på samma som adoption, vilket är lite speciellt för man hindrar inte folk från att skaffa barn föra 25 i andra sammanhang. Sedan har Sverige satt ett ganska kort spann. Nu vågar jag inte säga exakt vad den övre gränsen är, jag tror att det fortfarande är lite olika vid olika kliniker men man kan vara betydligt äldre om man åker till Danmark eller andra länder än vad man kan vara i vid svenska kliniker. Jag tror också att det är lite olika hur gammal man får vara om man får barn via landstingsfinansiering eller egen finansiering. Allt sådant kan man självklart hitta information om på klinikernas hemsida.

Väldigt många vänder sig också till kliniker i utlandet, Danmark är det vanligaste resmålet. Fördelarna är att det finns fler möjligheter. Man kan reservera sperma om man vill spara sperma, för de flesta vill ha samma sperma till nästa barn om man vill ha fler barn. Du får också skaffa fler barn. Vid svenska kliniker får man ett barn om man bor i göteborg, två barn om man bor någon annanstans i landet. Vill man ha ett tredje eller ett fjärde, fler barn så finns den möjligheten utomlands. Det är även andra åldersgränser, det är ett större spann. Många tycker att det är fantastiskt att få ett kompetent bemötande. För de här klinikerna i Danmark är ofta riktade mot ensamstående och samkönade par så de har ett bemötande som är proffsigt, riktat mot den gruppen. Som nackdelar lyfter många då att det är dyrt och att det är påfrestande att resa. Särskilt om man inseminerar i sin naturliga cykel att behöva göra ägglossningstest tidigt varje morgon och sedan snabbt ta ledigt från jobbet och kasta sig på tåget till Köpenhamn kan vara stressande.

Bild 10: Graviditeten: En ny fas i livet och relationen

För de som blir gravida så börjar en ny fas. Många beskriver det som att när vi planerade barn så gjorde vi det tillsammans, vi var väldigt lika i den processen. Men när den ena plötsligt är gravid, kroppsligt, och den andra är gravid, och partner till den som bär barnet i magen, så upplever många att man får väldigt olika roller. Vilket man inte alltid är så förberedd på. Många lever i ganska nära, intima relationer, och så var man inte beredd på att man skulle uppleva situationen så olika som man kan göra under en graviditet. Den som är fysiskt gravid blir ofta väldigt upptagen av den kroppsliga graviditeten, av sin förändrade kropp, av illamåendet, av tröttheten och den kan behöva väldigt mycket stöd av sin partner i vardagliga sysslor. I allt från att inte ha lust att laga mat när man mår skitilla till att inte kunna bära tunga saker i slutet av graviditeten och så vidare. För den som inte bär barnet innebär

det ofta att en dels övertar en massa hushållsarbete, dels måste man hitta andra sätt att göra graviditeten konkret. Att göra den verklig, vilket många beskriver som att de börjar "boa". Att man beställer en barnvagn i vecka 12, att man inreder barnkammare, läser en massa graviditetstidningar eller böcker. Båda brukar beskriva att det är en tid av oro, men det är ganska olika saker som en är orolig för. För den som bär barnet handlar oron ofta om hur skall den här graviditeten gå, man är ofta rädd för att få missfall, åtminstone i början av graviditeten. För den som inte bär barnet är rädslan ofta fokuserad kring huruvida jag också kommer att bli sedd som förälder, kommer mina föräldrar också att se sig som morföräldrar till det här barnet, kommer mina jobbarkompisar att köpa en present till mig med så som de gjort när mina kollegor fått barn, kommer jag att bli inkluderad och sedd som förälder fast jag inte har en mage. En av de jag intervjuade sa att: ibland kände jag att jag skulle vilja ta på mig en plastmage och bära under kläderna för att alla skulle se att jag också är gravid, jag väntar också barn.

Bild 11: Att komma till mödravården

Så kommer man till mödravården. Där upplever de flesta att bemötandet är varmt och positivt. Barnmorskor är bra på att inkludera och få en att känna sig sedd. Men samtidigt är det påtagligt många som säger att det finns bristande kunskap, att man måste vara informationspelare eller att man måste lära ut och berätta för barnmorskor som man inte tycker har gått grundkurs 1A i hbtq-kunskap. Barnmorskor som inte vet hur samkönade par går tillväga för att skaffa barn vilka rättsliga regler som gäller. Alltså, om jag lever ihop med en man, och så är vi sambor och så kommer vi till mödravården så får vi en lapp med ett telefonnummer och så förklarar barnmorskan att det här numret skall ni ringa för att få det rättsliga föräldraskapet fastställt, det här är ett nummer till familjerätten och så här funkar det. Men om jag kommer med en samkönad partner så kan barnmorskan istället fråga oss: hur fungerar det nu? Blir du också rättslig förälder till det här barnet? Måste du adoptera då? Kunskapen finns inte alltid, och så måste man ägna tiden som en som patient skulle få åtnjuta, möjligheten att bli omhändertagen och få svar på sina frågor åt att istället utbilda den som borde ha de där kunskaperna. De som har varit på hbtq-certifierad mödravård, vilket när jag gjorde min studie handlade om regnbågsverksamheten på Mama Mia i Stockholm. Det finns fler hbtq-certifierade mödravårdsenheter idag, de vågar jag inte säga någonting om hur man har upplevt. Men de som hade varit via Mama Mia i Stockholm uppskattade det väldigt mycket.

Bild 12: Förlossningen

Förlossningen är en stor livshändelse för alla inblandade. Det finns det en rädsla för den som skall föda barn, det är flera som beskriver att en kommer med garden uppe, att man är stressad inför att komma till förlossningen. Hur skall det gå? Kommer vi att bli sedda som föräldrar båda två? Kommer jag att bli väl omhändertagen i den här stora livshändelsen? Även om väldigt många livmoderbärare kommer att föda barn så är det en stor händelse när en gör det, både första, andra och tredje gången. För den som inte bär barnet handlar rädslan ännu mer om att i den här väldigt utsatta och utlämnade situationen när barnet föds

att då inte bli sedd som förälder av personalen. Eller, att man bara ska komma, när man kommer dit, och så hälsar man på de som kommer i korridoren och så hälsar de: och vem är du? Är du syster eller? och så känner man sig redan där väldigt osynliggjord. Även om man kan ta det när det är en granne det gäller, jaha är det din syster du bor ihop med?, för man är kanske van vid att hantera det i sin vardag, så är det inget roligt att komma till förlossningsituationen där en är väldigt sårbar och utsatt, och att få antagandet att man är en syrra, eller frågan om vem man är som följer med. Jag berättar mer om förlossningsrädsla mot slutet sedan.

Bild 13: Upplägg av föräldraledighet

Jag vill säga någonting om hur man tänker kring föräldraledighet innan jag släpper lesbiska mammor. Det finns tre typer av upplägg, och ungefär 70 % av valt det som jag har döpt till det homonormativa upplägget. Det vill säga det som är ett allra vanligaste bland homo-paren. Sedan är det ungefär 15 % som valt det heteronormativa, som jag valt allt kalla det, och 15 % som valt det icke-normativa.

Det homonormativa är det allra vanligaste. Det homonormativa upplägger innebär att båda tar långa föräldraledigheter men att den som burit barnet är hemma först. När jag under intervjuerna frågat varför var det du som var hemma först? så är responsen att det var ju självklart, eller jag skulle ju amma. Det är ingenting som en funderat eller klurat så mycket på utan det känns som ett givet koncept, att vi gör det jämställda föräldraskapet på det här sättet. Jämställdhetsidealen är oftast väldigt starka hos samkönade kvinnliga par. I det lesbiska communityt över huvudtaget är jämställdhetsidealet väldigt starkt. Så båda skall vara hemma för att det är viktigt för att ha en jämställd relation och ett nära föräldraskap, men det är en självklar ordning på det att jag är hemma först och sedan är du hemma. Det är det homonormativa upplägget. Jag kallar det homonormativt inte enbart för att det är det vanligaste, utan för att det pratas om det som att det är så man gör, det är tydligt att det finns en sådan norm. Normen finns ju inte enbart bland lesbiska par utan den finns ju även bland olikkönade par som vill se sig som jämställda, att en skall vara hemma och ha långa föräldraledigheter båda två.

Det heteronormativa upplägger kallar jag det för det speglar hur de allra flera olikkönade par, om en tittar på statistik, gör. Då tar mammor ut väldigt mycket mer, och pappor väldigt mycket mindre. Som sagt, ca 15 % av de jag intervjuat har det här upplägget. Den biologiska mamman tar hela, eller nästan hela föräldraledigheten och den icke-biologiska mamman tar de reserverade eller ingenting alls. När man argumenterar för varför man gjorde som man gjorde så är det den icke-biologiska mammans jobb som man lyfter fram, enbart. Antingen för att hon har ett sådant privilegerat jobb så som lärare, så jag är ju hemma så länge ändå för att jag har långa sommarlov, jag har ett jobb där jag kan styra mina tider så bra eller för man har ett sådant viktigt eller ansvarsfullt jobb som man inte tycker att man kan vara föräldraledig i från. När det däremot är den biologiska mamman som exempelvis är egenföretagare så anstränger man sig för att lösa det så att hon kan vara föräldraledig även om det blir krångligt och meckigt. Men på samma sätt gör inte alla de ansträngningarna för att den icke-biologiska mamman skall kunna vara föräldraledig. Det liknar hur olikkönade par

gör. När en tittar på studier kring hur olikkönade par resonerar kring föräldraledighet så lyfts oftast mannens jobb fram som förklaring till att han inte tog föräldraledigt. Till exempel, man kan alltid argumentera för att pappan inte skall vara hemma. Pappa är student och mamma jobbar, då säger man att det är bättre för han är ju hemma så mycket ändå när han pluggar och har fria tider, så då behöver han inte ta studieuppehåll. Men om mamma är student och pappa jobbar så måste han ju fortsätta jobba för det är han som drar in inkomsten. Man kan alltid vända på det så att man får hem argumenten för varför man har gjort som man har gjort. Men det finns tydliga heteronormativa mönster i det.

Det icke-normativa upplägget, som då är ungefär lika vanligt som det heteronormativa, handlar om att båda är hemma och turas om men båda är hemma redan tidigt i barnet liv, när den är en liten bebis. En familj arbetade varannan vecka, och var hemma med barnet varannan vecka. Så båda arbetar deltid, eller så finns det ett gäng där båda är hemma på heltid för att den ena har föräldrapenning och den andra är arbetslös, sjukskriven, sjukpensionär eller liknande. De här, de som arbetar deltid båda två, säger att matningen går att lösa. Det finns de som har fortsatt att amma även om de har arbetat genom att man ammar när man är hemma och man pumpar och partnern ger bröstmjolk när den ammande föräldern arbetar. Eller icke-normativt, för de pratar om det som att vi gör någonting som inte är så himla vanligt. Det finns inget färdigt script, det finns ingen färdig mall utan det var någonting som vi tänkte ut själva. Man har hittat ett eget sätt.

Bild 14: Erfarenheter av förskola

Jag tänkte nämna ett par ord om förskola bara innan jag går över till gaypapporna. Jag vet att det är många som inför förskolestarten är oroliga för hur det skall gå, hur skall vårt barn bli omhändertaget i förskolan? Jag vill dra ner eventuell sådan oro, för det brukar bli jättebra i förskolan. Om vi tittar på vart en upplever dåligt bemötande och fördomsfullhet så finns det enstaka erfarenheter från förskolan, men det är vården som mängden av exempel kommer ifrån. Sedan även från socialtjänsten i samband med närståendeadoption, myndighetskontakter. Förskolan brukar vara jättebra. Sedan är det ändå skillnad mellan att ha ett hbtq-kompetent tänk och som vissa tänker att vi behandlar alla barn lika. För om vi behandlar alla barn lika, då behandlar vi alla barn lika heteronormativt. Då man kan låta barnen leka mamma- pappa- barn och tycka att det är en bra lek istället för att få barnen att döpa om leken och kalla det för att leka familj eller leka hushåll, som blir ett mycket mer inkluderande sätt att leka precis samma grej. Så om man behandlar alla lika finns risken för att man missar det normkritiska tänket. Om man har det hbtq-kompetenta så har man tänkt mer kring det. Då har man kanske inkluderande böcker, sagor eller har kanske familjetema. Alltså, familjetema, att man har ett tema där man arbetar kring olika familjer och lär barnen tidigt att familjer ser ut på olika sätt. Att man lär barnen att man kan vara två mammor, att vissa har tre syskon och några har inga syskon. Att man har olika antal föräldrar och föräldrar av olika kön. Det hbtq-kompetenta handlar också om att hålla koll på andra barns reaktioner. Då kom den mamman och hämtade, och sedan kom det en annan mamma och hämtade, har du två mammor? Att man är med där. Som någon sa, att jag har ett vakande öra, jag kan vara med och hjälpa till snabbt om de inte hittar svaren själva. För om det behövs skall man finnas det. Men också att man har ett vakande öra med hur

regnbågsbarnet reagerar. För det man ofta tänker på, och funderar kring som föräldrar det är hur andra barn skall reagera på att mitt barn har två mammor, eller två pappor. Men det många inte tänker på är att när mitt barn kommer i den där åldern när de ska börja förskolan så kommer de första då upptäcka att jädrigt många andra barn har en mamma och en pappa. Det är då, om man har två mammor, de där pappa-frågorna kommer. Var är min pappa? Har jag en pappa? Så man måste också finnas med, och även som förskolepersonal, då finnas med och lyssna kring regnbågsbarnets reaktioner på att möta heteronormen på ett sätt som den kanske inte gjort riktigt innan. Det var det som sagt, mitt stora projekt om lesbiska familjer.

Bild 15: Gaypappor med barn: Forskningsprojektet "Pappa, pappa, barn"

Nu håller jag på med ett projekt om gaypappors familjer som jag kallar för "Pappa, pappa, barn". Det är också en intervjustudie, den är betydligt mindre, vi har gjort intervjuer med 30-pappor och handlar om vägar till föräldraskap och erfarenheter av familjeliv som småbarnsföräldrar. Publikationerna är ännu kommande, så den som är intresserad av att läsa får gärna kontakta mig så kommer jag att skicka dem när de är publicerade men de finns inte publicerade än.

Bild 16: Olika vägar till föräldraskap

Papporna berättar också om olika vägar till föräldraskap. Dels delar föräldraskap med mamma/mammor, dels surrogatarrangemang och dels familjehem.

De som har valt att bilda familj tillsammans med mamma/mammor tycker att det är en fördel att barnet får en relation till båda sina biologiska föräldrar. Det liknar tanken som de lesbiska paren har som skaffar barn med manliga gaypar beskriver. Det är samma typ av argument som en använder. Möjligheten till att inseminera hemma är en smidig och enkel väg till att bli förälder. Men att det ställer höga krav på samarbete. Papporna i vissa familjer upplever att de blir sedda som, både av barnets mammor och av omgivningen, som andrahands föräldrar. Att man inte är lika viktigt och central som en mamma är. Det märks, inte minst i synen på hur redo barnet är. Det finns en ide när man planerar det här gemensamma föräldraskapet, att när du är en liten bebis skall du bo hos mammorna och när du blir lite större skall du även börja bo hos papporna. När barnet väl finns där så börjar den här dragkampen där mammorna säger att du är fortfarande en liten plutt och du skall nog mest vara hos oss och papporna tycker att nu är du nog stor och skall börja bo hos oss också. Att man ofta har olika bild av när det är dags att börja göra den där förändringen. Sedan är det åter det här att bara två kan vara rättsliga föräldrar. Vilket gör att de flesta i min studie säger att nej, nu hade vi inga lesbiska par omkring oss som vi kände att vi hade en sådan relation med att vi ville dela ett föräldraskap, eller så ville vi inte ha det där krånglet. Vissa säger att det blir som en inbyggd skiljsmässosituation, att man då tänker att det skulle vara någonting dåligt att man bor på två olika ställen.

Så då väljer man surrogatarrangemang istället, vilket inte är möjligt att göra via svensk sjukvård utan man får vända sig till kliniker i utlandet istället. De flesta jag har pratat med har vänt sig till USA. Så de har använt sig av amerikanska agenturer och amerikanska bärare och amerikanska äggdonatorer. Det innebär ett två föräldraskap i vardagen, och det innebär också att en har, eller kan skaffa fram, fett mycket pengar. Ett surrogatarrangemang via en amerikansk klinik kostar otroligt mycket pengar. En liten slant går till den som bär barnet, en liten slant går till den som bidragit med sina ägg och väldigt stor del går till vårdkostnader, juridiska kostnader och till kliniken/agentur och så. Alla som har valt surrogatarrangemang resonerar eller diskuterar kring etiska dilemman. Alla är väldigt måna om att göra någonting som blir etiskt bra, de har tänkt igenom hur jag gör det här på ett sätt som blir etiskt bra. Sedan har man väldigt olika idéer om vad som etiskt bra där de som har valt amerikanska surrogatmödrar betonar att detta är självständiga, starka kvinnor som visserligen vill ha en extra slant som det här ger men också gör det för att man verkligen vill ge någonting till någon annan eller tycker om att vara gravid eller så. Så man har hittat ett sätt att skaffa barn på som en själv tycker är etiskt bra, men man förhåller sig också aktivt till att det finns starka tongångar och en stark debatt i samhället som fördömer surrogatarrangemang. Exempelvis i TV-dokumentärer och i diskussioner och debatter i media så lyfter man ofta fram utsatthet, exploatering och man måste också aktivt förhålla sig till det och de förklarar att de har gjort någonting som de inte tycker är exploatering eller att utsätta fattiga människor för någonting. Sedan kommer man hem till Sverige, till ett stort juridiskt krångel där lagen tycker att den som fött barnet är barnets mor. Den som är genetisk pappa av männen kan ta på sig faderskapet och kan bli fastställd som far till barnet, men det kan vara omständigt och det kan ta flera månader innan man får det där faderskapet fastställt när det är någon som har fött barnet i ett annat land. Det är ingenting som myndigheter plockar upp och vill jobba med spontant. Oftast gör man så att den biologiska pappan får sitt faderskap fastställt och när han väl har det kan han också få vårdnaden av barnet. Genom att surrogatmammans intyggar att hon inte gör några anspråk på barnet kan han få ensam vårdnad och efter det kan hans partner ansöka om att adoptera så att han också blir rättslig förälder. Det kräver en utredning och det tar ytterligare ganska många månader att genomföra den där närståendeadoptionen.

Sedan har vi också några stycken som har valt att bli familjehem och som beskriver det som en win-win därför att det är ett barn som behöver föräldrar. Trygga och stabila föräldrar, för föräldrar har ju barnet i någon form, och så finns det barnlösa som längtar efter barn. Så barn får föräldrar och föräldrar får barn. Oftast vid en familjehemsplacering är det så att de biologiska föräldrarna, eller en av de biologiska föräldrarna har fortfarande vårdnaden om barnet och den svenska praxisen säger att när barnet har varit placerat på samma ställe i tre år så skall en överväga vårdnadsöverflytt men det är ett domstolsbeslut. Det kan vara så att det tar längre tid, men det kan också vara så att det går fortare. Men praxis är efter tre år. Vilket innebär att man står som förälder i vardagen men inte kan fatta rättsliga beslut kring barnet utan det ligger hela tiden hos någon annan. Så man måste ha ett gott samarbete med de biologiska föräldrarna oavsett hur deras situation och svårigheter ser ut. Så man måste ha ett samarbete med socialtjänsten och ursprungsfamiljen och det kan vara mer eller mindre krävande. Dessutom tar man emot ett barn som blir familjehemsplacerat av en anledning. Barnen har ofta med sig svåra eller traumatiska erfarenheter som man också behöver hantera som föräldrar. Men de som har valt att bli familjehem betonar verkligen den

här win-win-känslan. De har ju fått världens bästa barn. Alla som får barn får ju världens bästa barn, det är ju den lyxiga delen att oavsett hur vi får barn så får vi alltid världens bästa barn. De är väldigt tacksamma att de fått just dessa barn, och tycker att det fungerar bra i vardagen att vara familjehems familj.

Bild 17: Föräldraskapet förändrar relationer

Föräldraskapet förändrar ju också relationer. Många beskriver att man får andra relationer. Identiteten flyttas från att vara gay i första hand till att vara pappa i första hand. Att man blir mer vanlig i andras ögon när man är småbarnspappa än när man är den där bögen. Det finns också amerikansk forskning som visar att kärleksrelationen förbättras hos gaypar som får barn tillsammans. Att känslan av välbefinnande och mening ökar när gaypappor får barn. Här skiljer sig gaypapporna från både de lesbiska mammorna och de heterosexuella paren som beskriver att känslan av mening ökar men känslan av välbefinnande ökar inte, utan snarare tvärt om, att välbefinnandet minskar när man får barn. Det sa jag inte om lesbiska mammor. Lesbiska mammor lever mest jämställt, eller rättare sagt, samkönade kvinnliga par lever mest jämställt. Sedan kommer samkönade manliga par och sist heteroparen.

Bild 18: Mammanormer

Sedan finns det mammanormer som man måste hantera om man är en pappafamilj. Omsorg av små barn är någonting vi associerar med kvinnlighet. Man kan vara med om att ens barn ramplar i lekparken, slå sig och är ledsen. Då kan det komma fram en främling och säga "oh, ville du att mamma skulle komma?". Det förväntas att det skall finnas en mamma och att det är mamman som står för omsorgen. Så vissa av de jag intervjuar berättar att andra blir förvånade och reagerar med "va! klarar ni av att hålla ett barn levande", lite så. Som någon sa "vad fint ni flätar håret, att ni kan!". Man har låga förväntningar på män som föräldrar vilket syns i de här familjerna. Vissa kan beskriva att de blir extra noga med att välja kläder, namn och så som är tydligt könande, som passar med rådande genusnormer. Man vill inte sticka ut mer, det räcker att vi är pappor. Vi vill inte att folk ska reagera på att vi klär vår son i rosa. Mammanormer blir synliga i prat om surrogat och äggdonatorer också, där vissa är tydliga med att markera att det är inte att vara mamma utan vårt barn har två pappor. Medan andra tycker att vårt barn har två mammor och två pappor där papporna tar hand om barnet i vardagen medan äggdonatorn och surrogatmamman är mammor som vi vill ha en nära och varm relation till.

Bild 19: Betydelsen av biologiskt faderskap

De som blir familjehem, om man tittar i internationella studier så är det samma för de som adopterar barn. De brukar framhålla det som helt irrelevant att vara biologisk förälder eller inte. De som får barn via surrogatarrangemang eller värdgraviditet brukar också framhålla att bådas föräldraskap är lika mycket likvärdigt, och att det inte spelar någon roll vem som är

biologisk förälder, men de brukar turas om, om de skaffar två barn, att vara biologisk förälder varannan gång. Så någon form av betydelse har man lagt i det eftersom man gör det valet. Däremot brukar det inte spela någon roll vem som är biologisk pappa när man lägger upp föräldraledigheten. Det har vi inte tittat statistiskt på, men det är ingen som lyfter det som att jag var hemma först för jag var biologisk förälder. Man lyfter istället andra typer av praktiskt skäl till att den ena är hemma före den andra.

Bild 20: Transpersoners föräldraskap

Det finns väldigt lite forskning om transpersons föräldraskap. Jag har inte forskat på transpersoners föräldraskap själv. Det pågår en svensk studie om transpersons erfarenhet av graviditet som inte har några publicerade resultat än men det vi kan se från internationell forskning är att när man som genomgår en transition som förälder så är det en stressor för hela familjen. Transmän som själva föder barn har, i internationella studier, beskrivit känslor av ensamhet inför graviditeten och svårighet att navigera i relation till omgivningen och de könande normer som finns kring föreställningar om graviditet och gravida kvinnor.

Bild 21: Transition och fertilitet

Många transpersoner genomgår inte någon medicinsk könsbekräftande behandling och då har man samma förutsättningar som cispersoner att få biologiska barn. För den som har hormonbehandling så leder det till nedsatt fertilitet, men genom att sluta med hormoner går det att få igång både möjligheten att bli gravid igen för den med livmoder och få igång spermieproduktionen för den som egen spermieproduktion. Vissa könsbekräftande behandling, exempelvis underlivsoperationer, brukar medföra sterilitet eller nedsatt fertilitet. Det finns möjlighet att inför sådana behandling frysa ner sina könsceller, men de juridiska begränsningarna är ganska stora i huruvida man sedan får använda sina frusna könsceller när man senare vill bli förälder. Så för den som spermier är vägarna hyfsat bra. Har man en partner som kan tänka sig att bära ens barn så kan man använda sina egna spermier för att inseminera eller göra en IVF-behandling. För transpersoner som har ägg är möjligheterna att använda de här könscellerna jättesmå om man har tagit bort sin egen livmoder för man får inte stoppa in ägg från en person i den andra personen i paret. De har blivit möjligt med embryodonation från och med i år, men vem som får göra det och huruvida det kommer att vara möjligt med donation inom paret är det ingen som riktigt vet ännu. Det finns ingen praxis kring det, så vi vet inte om man kommer att kunna använda de där äggcellerna till några bebisar.

Bild 22: Minoritetsstress

Det här att bryta mot normen ger konsekvenser. Det kallar vi ofta för minoritetsstress. Minoritetsstress är den extra stressor, förutom alla andra saker som är påfrestande. Stress betyder inte att man är jäktad i det här sammanhanget i första hand utan påfrestningar. Påfrestningar kallar vi för stressorer. Förutom alla andra påfrestningar som alla människor

har eller möter i livet så har personer som tillhör utsatta minoriteter av ytterligare stressorer, och det kallar vi för minoritetsstress. Det handlar om diskriminering, fördomsfullhet, våld, hot om våld eller andra hot, kränkningar och om mikroaggressioner som jag snart skall prata mer om. Förväntan på eller erfarenhet av att bli avvisad, om att ens hbtq-identitet döljs eller osynliggörs. Minoritetsintressen kan leda till hypervigilans, det vill säga att man är på tårna hela tiden, att jag förväntar mig att jag kommer att bli dåligt bemött bara för att jag tillhör den här hbtq-minoriteten. Det kan också leda till internaliserad hbtq-fobi, det vill säga att jag gör de här fördomsfullheten eller negativa synen till min egen. Att jag som bisexuell bär på internaliserad bifobi, att jag till exempel attraheras av en kvinna och känner att det här är på riktigt och att det här är bra, men när jag attraheras av en man så kan jag tänka att detta är väl ändå lite mer riktigt, eller? Det är internaliserad bifobi. Att jag tänker och värderar bisexualiteten som inte lika riktigt och verklig som heterosexualiteten skulle ha gjorts. Så många av oss, och alldeles oavsett hur mycket pride och queeraktiviteter vi är så bär vi ofta på en portion av internaliserad hbtq-fobi. Sedan har man en massa andra stressorer och påfrestningar av olika slag i livet, när man blir arbetslös, ens mamma dör eller vad det nu må vara som också är stressorer i livet. Minoritetsintressen blir som en ytterligare belastning ovanpå allt annat som kan hända i livet. Den är kronisk, det vill säga att det händer i sociala strukturer, i möten mellan människor och det händer hela tiden. Det är inte så att en kommer ut en gång och möter fördomsfullhet utan man möter det hela tiden i olika instanser.

Bild 23: Mikroaggressioner

Mikroaggressioner är de här subtila kommentarerna, fördomsfullheten i form av okunniga frågor, plumpa frågor, plumpa kommentarer, gester, blickar. Ni känner säkert igen den där reaktionen av att en inte fattar eller är med på tåget direkt. Men också exotifiering: "jaha, du är bög, vad kul! Jag har en kompis som också är bög, ni kanske känner varandra?" eh, ja, det kanske vi gör, jag har en granne som är hetero, ni kanske känner varandra? Det vill säga, "olyckliga" komplimanger som någon som fick höra "gud vad roligt att se dig med dina barn du ser ju inte ut som en mamma" nej, just det. Det går att dela in mikroaggressionerna i olika underkategorier. Det handlar om mikroangrepp som är medvetna och avsiktliga handlingar, men det handlar också om mikroförelämpningar som snäsningar, gester och om mikroinvalidiseringar som ofta inte är illa ment men som skaver ändå då det blir som nålstick som kommer hela tiden av att ens man också är välkommen, vilket inte alls är illa ment, som man inte gör för att vara taskig. Precis som när jag blev inbjuden till att föreläsa här idag och inte tänkte på att fråga om lokalen är tillgänglig för folk som skall komma in i den med rullstol, för att jag går på två ben och behöver inte tänka på eller fundera på den frågan. Då har jag också privilegiet att glömma bort. På samma sätt kan personer som är heterosexuella cispersoner glömma bort att det finns någonting annat än heterosexuella cispersoner i världen och missar att vara inkluderande, missar att ställa öppna frågor och så vidare. De här mikroförelämpningarna och mikroinvalidiseringarna är svåra att upptäcka hos sig själv, och många blir ganska stötta när man påtalar det för dem för de menade ju ingenting illa. Men de blir väldigt jobbiga för de som får de där nålsticken gång på gång.

Bild 24: Mikroaggressioner leder till ökad psykisk ohälsa

Grejen med minoritetsstress och anledningen till att jag lyfter det är att det leder till psykisk ohälsa. Den som upplever mycket minoritetsstress i vardagen har ofta en påtagligt sämre psykisk hälsa om man inte har hittat väldigt bra strategier för att hantera minoritetsstress och möta det. Exempelvis att ha många bra, validerande, positiva kompisar som ett hbtq-community kan ge, det kan absolut göra att man skyddar sig mot minoritetsstress. Kunskaper om hur stressorer och skyddsfaktorer är viktiga för att kännedom om för att vi ska förstå hur det spär på ohälsan.

Bild 25: Suicidtankar och suicidförsök (diagram)

Jag ska visa den här bilden bara för att ni skall förstå allvarstygden i det, vad det är som händer med människor som utsätts för minoritetsstress. Det här är siffror från nationella folkhälsoenkäten som folkhälsomyndigheten gör. Här har vi kvinnor och här har vi män, och här har vi suicidtankar och suicidförsök. Sedan har vi heterosexuella, bisexuella och homosexuella. Kvinnor som är bisexuella sticker ut något enormt. Det är fyra gånger så vanligt med självmordtankar, och det är tio gånger så vanligt att göra självmordsförsök i den gruppen jämfört med heterosexuella kvinnor. Det här handlar om människor som mår så jävla dåligt att man tänker att jag ska nog inte fortsätta leva, och så pratar vi om var fjärde bisexuell kvinna. Vi pratar om 14 % av de homosexuella kvinnorna, och 17-18 % av homo- och bisexuella män. De bisexuella kvinnornas psykiska ohälsa sticker ut i alla, inte bara kring självmord utan även kring ångest och kränkning. Det är i väldigt många sammanhang gällande psykisk ohälsa så sticker bisexuella kvinnor ut. Homo- och bisexuella män är det inte så stor skillnad på, men de ligger ofta snäppet högre än homosexuella kvinnor. Så det här är de som tänkt någon gång de senaste 12 månaderna att man inte vill leva längre.

Bild 26: Stor utsatthet, stor psykisk ohälsa, samtidigt är hbtq+-kompetensen låg i sjukvården

Det är det minoritetsstress gör med väldigt många av oss. Samtidigt är det viktigt att också känna till att de flesta hbtq-personer, en klar majoritet, har god hälsa och god livskvalitet. Så det är inte så att vi kan tänka att jaha, du är bisexuell du mår säkert dåligt. De flesta gör ju inte det. Men gruppen som mår dåligt är betydligt större än hos heterosexuella cispersoner. Nu hade jag inte med transpersoner på den bilden, jag ville visa en glimt av det. Transpersoners psykiska ohälsa är oftast i nivå med bisexuella kvinnor eller högre. Det är den grupp inom hbtq som också har stor psykisk ohälsa.

Så vi har en stor utsatthet, vi har en stor psykisk ohälsa och samtidigt är hbtq-kompetensen låg i sjukvården. Det handlar om över- och underfokusering. Det vill säga att överfokuseringen är att vården gör hbtq-grejen till en grej. Om jag söker till en psykolog därför att jag har ångestproblematik som inte är relaterad till min hbtq-identitet, då kan psykologen göra hbtq-identiteten till "grejen" som den vill att vi skall fokusera kring, då har den överfokuserat det. Underfokuseringen, som tyvärr ofta är nog så vanligt, är att

hbtq-identiteten blir som att man tassar kring het gröt. Det är någonting som man inte vågar närma sina frågor kring för att man vill behandla alla lika. Det gör att man missar att undersöka erfarenheterna av minoritetsstress och huruvida det också är en del av de problemen som man söker för och behöver hjälp med. Det finns en stor kunskapsbrist, så att man själv måste utbilda vårdgivare och det här heteronormativa bemötandet som gör att det blir ansvarsförskjutningar där jag själv behöver utbilda vårdgivaren eller göra det, som man inom psykologvärlden kallar för alliansbrott, för att man säger väldigt hetero- och cisnormativa plumpa grejer som väldigt invaliderande för personen.

Bild 27: Vad innebär hbtq+-kompetens?

När jag föreläser för vårdpersonal så brukar jag prata om att man behöver tre saker för hbtq-kompetens: Adekvat kunskap, öppna frågor och ett öppet språk och behandlarfärdigheter. Vill man läsa mer och fördjupa sig så har vi en bok som jag tillsammans med flera kollegor har skrivit som heter HBTQ+, psykologiska perspektiv och bemötande

Bild 28: Adekvat kunskap

Den adekvata kunskapen handlar om att man måste gå grundkurs 1A i hbtq-kunskap. Man kan inte gå några omvägar kring någon sorts tanke eller idé om att jag behandlar alla lika eller att jag har ett öppet sinne. För då kommer man att ställa alla de där plumpa och okunniga frågorna och man kommer att ägna hela eller en stor del av patientens tid till sin egen fortbildning för att den måste berätta för en hur saker fungerar, hur det är att gå igenom en transition, vad det innebär att vara icke-binär eller hur det fungerar när två kvinnor eller två män skall skaffa barn. Jag brukar säga till vårdgivare att du skall lära känna hbtq-området, gå inga omvägar kring det utan ge sig tid att lära känna det. Läs vår bok HBTQ+ till exempel, eller gå till RFSLs hemsida och hitta jättebra information. Du behöver veta vad som ingår i akronymen hbtq eller hbtq+. Du behöver ha grundläggande kunskap om och känna till bredden av levd erfarenhet som finns inom det här stora paraplyet hbtq. Du måste man ha förståelse för hur minoritetsstress påverkar måendet för många hbtq-personer och vad det innebär för den situationen som du befinner dig i och som du skall behandla. Sedan måste man ha specifik kompetens som utgår från just det området som jag arbetar. Jobbar jag som barnmorska på mödravården så måste jag veta jättemycket om hur lesbiska par skaffar barn. Jag måste ha detaljkunskap om det. Arbetar jag inom geriatriken behöver jag kanske inte veta det, men då måste jag veta hur det är för äldre homosexuella som har levt ett långt liv under en tid där man har varit sjukdomsförklarad, där man inte tillåts leva tillsammans med sin partner på ett öppet sätt eller fått de mänskliga rättigheterna som vi har idag, och vad det gör med människor i förhållande till att känna sig trygg i äldreomsorgen och så vidare. Så jag behöver hitta den specifika kunskapen utifrån mitt område, där just jag jobbar.

Bild 29: Öppet språk, öppna frågor

De öppna frågorna och det öppna språket handlar om att ställa öppna och inkluderande frågor som blir bra för personen som jag möter, till exempel "lever du tillsammans med någon?" är mycket bättre än "vart är din man då?". Eller som jag har fått i väntrummet när jag suttit själv där "jaha, din man kanske kommer snart, skall vi vänta på honom?", det är inte en öppen fråga. "Väntar du på något sällskap, eller ska vi köra igång nu?" kan man ju ställa som fråga istället, eller "vilka är ni i din familj?". Sluta frågor och sluta påståenden gör att den som har andra erfarenheter än de som förutsätts i påståendet kommer att känna sig exkluderad eller osynliggjord. Jag riskerar också som vårdgivare i det sammanhanget att inte få tillräcklig information. Om jag jobbar på en könsmottagning och frågar "har du haft samlag?" och personen tänker att samlag betyder penis i slida och den inte praktiserar sex på det sättet så svarar den nej, då är det inte säkert att jag får någon information om att personen är sexuellt aktiv överhuvudtaget. Då har jag missat något jätteviktigt i den situationen som jobbar med. Använd könsneutrala ord som närstående, partner eller förälder till jag har fått veta. Om jag möter dig som patient och jag frågar om du lever tillsammans med någon och du svarar att du har en partner och vi skall prata vidare om din partner så kan jag säga han, hon eller hen när jag vet. När du säger "Min man Arne bla, bla, bla" så kan jag också säga man, istället för att fortsätta använda det könsneutrala partner.

Bild 30: Behandlarfärdigheter

Sedan handlar det om behandlarfärdigheter. Att om man har kunskaper om mikroaggressioner så kan man också lättare förstå sina klienters eller patienters reaktioner. Jag förstår varför det blir problematiskt när man möter alla dessa mikroaggressionerna för jag förstår att de kommer hela tiden, i alla olika kontexter till exempel. Man kan hantera sina kunskapsluckor på andra sätt än att låta klienter eller patienter vara informationskälla. Står jag där och har min första patient som identifierar sig som icke-binär så ska jag ju inte säga "oh vad spännande, jag har inte träffat någon som är icke-binär förut men det är det många som är nuförtiden, kan inte du berätta?", det är jätteoproffsigt. Däremot är det ju dig jag som jag skall vända mig till för att fråga "vad innebär det att vara icke-binär för just dig?". Sedan skall jag ha en massa annan kunskap som jag redan har läst på andra håll. Vi skall även reparera misstag, för alla gör misstag. Alla gör misstag, men det är väldigt få som reparerar dem. För många vill släta över och gå vidare som snabbt som möjligt, och det är inte särskilt validerande för patienten eller klienten. Kan man stanna upp och be om ursäkt på ett proffsigt sätt så blir det mycket bättre inför den framtida vårdkontakten än om man inte gör det. Reparera misstag, det kan bli läkande och alliansstärkande.

Bild 31: Forskningsprojektet "Förlossningsrädsla hos lesbisk/bisexuella kvinnor och transpersoner"

Vi har gjort en kvalitativ intervjustudie. Det är 15 personer som var förlossningsrädda och två av deras partners som inte var förlossningsrädda som vi har intervjuat. Lesbiska, bisexuella och transpersoner.

Bild 32: Är inte förlossningsrädsla densamma som för heterosexuella cispersoner?

När jag har pratat om det här projektet så är det första folk har frågat, förlossningsrädsla, skulle det vara någonting annat bara för att jag är lesbisk? Vad menar du? Min förlossningsrädsla är väl som alla andras? Och det är det ju, och ändå inte. Men är rädd för samma saker som heterosexuella kvinnor, all forskning som finns om förlossningsrädsla är gjord på heterosexuella kvinnor, innan vårt projekt. Internationellt så hittar jag ingenting. Jag kan inte lova att det inte finns någonting i hela världen men jag hittar ingenting när jag scannar av forskningen som är gjord. De beskriver samma typ av rädslor som andra, som att man är rädd för den oerhörda smärtan, för att man ska bli skadad, för att dö eller för att barnet ska dö eller så. Men utöver det så kommer det fler lager av oro som läggs till det här. Det handlar om minoritetsstress. Ett exempel på hur minoritetsstress konkret påverkar människor. Är man förlossningsrädd är man absolut för det första rädd för att utstå smärta, se blod eller vad man är rädd för specifikt inför förlossningen. Men sedan är man även rädd för utsatthet, diskriminering och dåligt bemötande i samband med förlossningen. Det blir ju ännu värre om för det första är rädd för att föda barn, om man också är rädd för att inte bli sedd eller väl omhändertagen. Så det är minoritetstressen. Sedan är det också för många känslan av att man inte passar in i normativa idéer eller föreställningar om urmodern, att man som gravid sammankopplas med idéer om femininitet som man känner att det här är inte min kropp eller att jag inte passar in i det. Det blir också en extra stressor att förhålla sig till, att de här normerna och förväntningarna läggs på en samtidigt som man förbereder sig på förlossningen som man är skiträdd inför. Detta gäller inte enbart transpersoner utan flera av de lesbiska och bisexuella känner inte heller att de passar in i femininitetsnormer och därför blir det en extra påfrestning. Sedan handlar det också om traumatisering vad partners förlossning, som inte alls är särskilt ovanligt. Det är flera som berättar att partners förlossning var startpunkten för min förlossningsrädsla. De som är experter på förlossningsrädsla vet att det går att uppleva en förlossning som traumatisk även om den är medicinskt okomplicerad. Upplevelsen av förlossningen behöver inte överensstämja med vad som står i den medicinska beskrivningen av hur förlossningen gick, hur mycket man blödde eller hur mycket man sprack. Men, upplevelsen av förlossningen är viktig att man fångar upp därför att på det sättet kan man hitta den som är traumatiserad efter en förlossning. Men oftast ställer man bara frågan till den som fött barnet, och om vi är två kvinnor som lever tillsammans och tanken var att min partner skulle bära och föda första barnet och sedan var det min tur efteråt och så står jag där och blir traumatiserad när jag ser min partner föda barn, ser henne ha ont och tycker att det här är obehagligt. I det läget vågar många inte ta plats med sin egen rädsla, det var ju hon som gick igenom det här svåra, vem är jag att komma och säga att jag är skiträdd. Man får inte heller frågan av personalen på förlossningen som det ser ut idag, hur man själv upplevde det. Då kan man ha blivit traumatiserad och rädd för att själv föda barn, det är också en situation som blir annorlunda när det finns två potentiella bärare av barn i relationen. Om det bara är en potentiell bärare, att partnern som inte är en potentiell bärare av barn kan ju också bli traumatiserad vid förlossningen men det kastar inte omkull den framtida familjeplaneringen. Den kommer inte att ställas inför att den faktiskt behöver konfrontera den rädslan genom att föda barn själv.

Bild 33: Hur rättsligt föräldraskap regleras

Vi hoppar de rättsliga bitarna, jag kan lägga på den så att den syns i bild.

Bild 34: Antal rättsinstitut för att fastställa eller ändra föräldraskap

Bild 35: Tack för mig!

Så avslutar vi. Tack för att ni lyssnat. (applåder)

(anmärkning: om syntolkning av bilderna önskas, vänligen skicka ett mail till regnbagsfamiljer snabel-a rfsi punkt se)