



HBTO-KOMPETENS

För dig som
arbetar med
blivande och
nyblivna
föräldrar



RFSL

RFSL, Riksförbundet för homosexuella, bisexuella, transpersoners, queeras och intersexpersoners rättigheter, är en ideell organisation som grundades 1950.

RFSL verkar för mångfald och respekt för människors olikheter, där alla människor, oavsett sexuell läggning och könsidentitet och oavsett hur de väljer att uttrycka denna, ska ha lika rättigheter och skyldigheter samt lika möjligheter att leva och verka.

Det övergripande syftet med RFSL:s verksamhet är att förbättra helhetsituationen för hbtqi-personer i Sverige och internationellt.

RFSL är en feministisk och antirasistisk organisation, och vi vill aktivt motverka genusstrukturer, patriarkala strukturer, rasism, vithetsnormer och andra begränsande normer som till exempel funktionalitetsnormer.

När du blir medlem, månadsgivare eller ger en gåva gör du skillnad för hbtqi-personer i Sverige och världen!

blimedlem.rfsl.se

Innehåll

Förord	4
1. Inledning	6
2. Bra att veta om regnbågsfamiljer	14
3. Att stödja och stärka hela regnbågsfamiljen	21
4. Inkluderande språk och bemötande	28
5. Dokumentation	36
6. Amning och matning	40
7. Trygg graviditet	52
8. Tryggt födande	59
9. Avslutning	62
Checklista för att inventera er verksamhet	65
Begreppsordlista	70
Referenser	72
Tack	75

TEXT Therese Sandin, Sofia Klittmark, Filippa Barfvestam
och Anna Nordqvist

FAKTAGRANSKNING OCH REDIGERING Karin Lenke, Cal Orre,
och Jonas Jonsson

ILLUSTRATIONER Bitte Andersson

GRAFISK FORM Graphera

FINANSIÄR Allmänna Arvsfonden

ISBN 978-91-986796-3-2

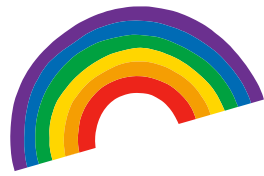
UTGIVNING RFSL 2021

Förord

Detta kunskapsstöd har tagits fram av barnmorskor och sakkunniga på RFSL, *Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas, transpersoners, queeras och intersexpersoners rättigheter*, som en del av projektet *Regnbågsfamiljer i väntan*. Det riktar sig i första hand till barnmorskor, men även annan vårdpersonal som möter hbtq-personer inom graviditets- och förlossningsvården. Vi har sett att okunskap och brister i bemötande och kring språk är återkommande teman som lyfts av regnbågsfamiljer efter kontakt med vården. Därför vill vi erbjuda fördjupad kunskap om hbtq-personers specifika behov av stöd i samband med graviditet och förlossning.

Du som barnmorska behöver grundläggande kunskaper om hur olika familjekonstellationer kan se ut och vilka förutsättningar regnbågsfamiljer har för att bli föräldrar. Du får i detta kunskapsstöd råd kring hur du kan tänka inför mötet med patienterna, samt hur du i praktiken kan arbeta individanpassat och familjecentrerat. Vi kommer även erbjuda tips kring hur du skriver journal och hur du på bästa sätt pratar inkluderande om amning och matning.

Språket gällande hbtq utvecklas kontinuerligt av hbtq-personer själva, och RFSL uppdaterar sin begreppsordlista online kontinuerligt. Ickebinära personer identifierar sig inte som kvinna eller man och vissa ser sin könstillhörighet som något mer flytande. Ickebinära ingår i paraplybegreppet transpersoner. För dig som är osäker på hbtq-begrepp finns även en begreppsordlista längst bak i detta kunskapsstöd. Citat som använts i texten är, om inget annat anges, från deltagare i våra



föräldraförberedande grupper.

Inom projektet *Regnbågsfamiljer i väntan* har vi hållit barnmorskeledda föräldraförberedande grupper och utifrån dessa utformat ett föräldrastödjande material. Blivande och nyblivna familjer kan själva använda materialet, men det kan även användas inom graviditetsvården, i individuellt stöd till blivande regnbågsfamiljer och i föräldraförberedande grupper och föreläsningar. Vi har jobbat nära samordningsbarnmorskor i landet och även skapat ett hbtqi-nätverk för barnmorskor på Facebook. På vår hemsida finns material vi tagit fram, bland annat filmer till blivande föräldrar om amning, flaskmatning, närhet samt inför förlossningen med ett inkluderande språk. Dessa finns tillgängliga för fri nedladdning och användning på bliforalder.rfsl.se.

Vi utgår från forskning och våra erfarenheter från möten med hbtq-personer och familjer, genom enkäter, mail, samt från samtal med barnmorskor. För källhänvisningar, se referenslista längst bak. RFSL har nyligen börjat arbeta med intersexpersoners behov och rättigheter.

Vi tar i detta kunskapsstöd inte upp information om intersexpersoners specifika behov, då vår kontakt i projektet varit med hbtq-personer. Socialstyrelsen har utformat ett kunskapsstöd om intersex som finns på deras hemsida för dig som vill lära dig mer.

Detta kunskapsstöd kan med fördel användas som del av ett förändrings- och utvecklingsarbete på er arbetsplats för att bredda hbtq-kompetensen. Vi har även utformat en checklista som kan användas för att inventera er verksamhet för att göra er arbetsplats mer inkluderande.



På bliforalder.rfsl.se finns material vi tagit fram för fri nedladdning. Här finns bland annat filmer till blivande föräldrar om amning, flaskmatning, närhet samt inför förlossningen.

1 Inledning

Hbtq-personer tillhör en minoritetsgrupp och med det kommer en utsatthet som kan yttra sig i bland annat psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa är en riskfaktor i samband med familjebildande och du som barnmorska behöver ha kunskaper kring hur man bäst bemöter utsatta grupper och hur man kan skapa en trygghetsingivande relation med regnbågsfamiljer. Kunskap är inget man passivt får, utan är något man själv kan behöva arbeta för att få.



Graviditetsvård – syftar till all vård under graviditeten, alternativt till “mödrahälsovård” (som exkluderar transpersoner och den som inte är kvinna/blivande mamma).

Vi använder **födande, bärande** eller **den gravida**, då det är könsneutralt och även förtydligar vilken av föräldrarna i exempelvis ett samkönat kvinnopar som åsyftas. För den som inte föder eller bär barnet använder vi oss av den **icke-bärande** eller den **icke-födande**. Den personen kan vara icke-genetisk förälder, men kan också ha bidragit med spermier eller ägg till graviditeten. Det går även att vara icke-genetisk och bärande om man blivit gravid genom en dubbeldonation eller med en partners ägg.

Vi har valt att använda medicinska begrepp kopplade till förlossningssätt

som kan upplevas könade (vaginal förlossning). Det har vi gjort för att texten ska bli lättare att förstå, även om vi vet att inte alla benämner sitt underliv med dessa ord.

Bemötande och stöd

Du som barnmorska behöver hålla dig uppdaterad kring forskningsrön och ändrade riktlinjer. Fokus från arbetsgivare i förändringsarbete hamnar ofta på mätbara mål, medicinska interventioner och det praktiska arbetet kring patienten, men vi pratar sällan specifikt om hur patienterna och deras nära upplever vårt bemötande. Att arbeta som barnmorska kan ibland upplevas väldigt ensamt. Du är ofta ensam i mötet med de blivande föräldrarna och det finns inte alltid tid för reflektion eller handledning tillsammans med dina kollegor. I den bästa av världar skulle barnmorskor under arbetstid få prata med varandra kring bemötande och språk. Språket är ständigt under förändring och utveckling och vi som arbetar inom

sjukvården behöver ges möjlighet att hänga med i den utvecklingen. Ibland känns det lite övermäktigt med de "krav" som ställs av våra arbetsgivare och patienter. Glöm inte att ingen kräver av dig att du ska vara perfekt. Vi är alla bara människor och kan ibland tänka eller göra fel. "Learning by doing" leder till utveckling. Blir något fel, påminn dig om att dina intentioner är goda och att det nästa gång kommer att gå bättre.

Du är skyldig att erbjuda alla patienter och deras närmaste ett gott bemötande, inte utsätta någon för diskriminering och att söka information i de fall du saknar kunskap och erfarenhet. För att kunna ge hbtq-personer ett gott bemötande behöver du medvetenhet kring normer i samhället gällande familjebildning, föräldraskap och amning/matning. Normen är kärnfamiljen med två föräldrar, en mamma och en pappa som har en kärleksrelation med varandra, där barnet har gener från båda sina föräldrar. Mamman har ofta en tanke på att amma och är fullt mottaglig för den information sjukvården ger kring det. Den traditionella

graviditets- och förlossningsvården är uppbyggd utifrån denna norm. Man kanske inte tänker så mycket på normen om man själv inkluderas i den, men de som inte passar in i normen påminns ständigt om detta.

Ditt ansvar

Barnmorskans kompetensområde är sexuell, perinatal och reproduktiv hälsa. Det är ett stort och brett område. Ingen av oss "kan allt". Alla har vi varit nya i vår yrkesroll. Barnmorskor hamnar ständigt i nya situationer, vilket gör att vi hela tiden utvecklas. Som barnmorskor kan vi genom att vara lyhörda skapa förutsättningar för trygghet hos personerna vi möter. Detta genom att utstråla säkerhet, trots att vi kanske inte alltid behärskar situationen. Ingen barnmorska skulle uttrycka att den inte vet något om tvillingförlossningar. En barnmorska bör inte heller efterfråga kunskap om hbtq från sin patient, eftersom hbtq-kompetens ingår i barnmorskans yrke. Ibland kan rädsla eller osäkerhet hindra oss från att växa. Ingen vill göra fel eller känna sig misslyckad, men



Bilden är utvecklad tillsammans med barnmorskorna Lotta Andréasson Edman och Karin Wrangsell Mama Mia Söder.

ibland är det nödvändigt att kasta sig ut på nya okända marker. Kom ihåg att det alltid går att be om ursäkt, och att du är modig som försöker.

Hbtq-kompetens

För att öka din hbtq-kompetens behöver du som vårdpersonal ökad kunskap, men du kan också behöva arbeta med dig själv kring normer, föreställningar, attityder, värderingar, tankar och känslor. Du kan behöva utmana

dig själv, vilket kan vara krävande. I mötet med hbtq-personer kan en del komma i kontakt med homofoba och transfoba tankar och känslor. Våga bearbeta eventuella tankar och känslor som hindrar dig från att ge hbtq-personer ett gott stöd.

Svensk sjukvård regleras av bland annat hälso- och sjukvårdslagen och diskrimineringslagen. Trots dessa lagar upplever hbtq-personer negativ särbehandling i sitt möte med vården.



Familjecentrerad vård

Se hela familjen. Inkludera alla vuxna som ska bli föräldrar. Vad har familjen framför dig för behov för att kunna känna trygghet i mötet med vården och vad kan du göra för att minska deras minoritetsstress? Stötta den vuxna relationen om du ser en relation som verkar ansträngd eller konfliktfylld.

Individanpassad vård

Se varje individ i familjen. Vad har de enskilda individerna för behov för att kunna bli trygga i sin identitet som förälder och tillsammans jobba för att alla ska kunna få vara så involverade som de önskar?



Hälso- och sjukvårdslagen

(2017:30): målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen, **med respekt för alla människors lika värde**. Vården ska vara av god kvalitet, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet och **bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet**. Den ska även förebygga ohälsa och främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Enligt **diskrimineringslagen (2014:958)** är det olagligt att **diskriminera** (behandla någon sämre än någon annan i jämförbar situation) eller **trakassera någon** (kränka någons värdighet) **på grund av sexuell läggning, kön, könsöverskridande identitet eller uttryck**.

Ur Folkhälsomyndighetens mål om sexuell och reproduktiv hälsa (SRHR)

För att uppnå sexuell och reproduktiv hälsa krävs erkännande av sexuella och reproduktiva rättigheter, som baseras på mänskliga rättigheter för alla att:

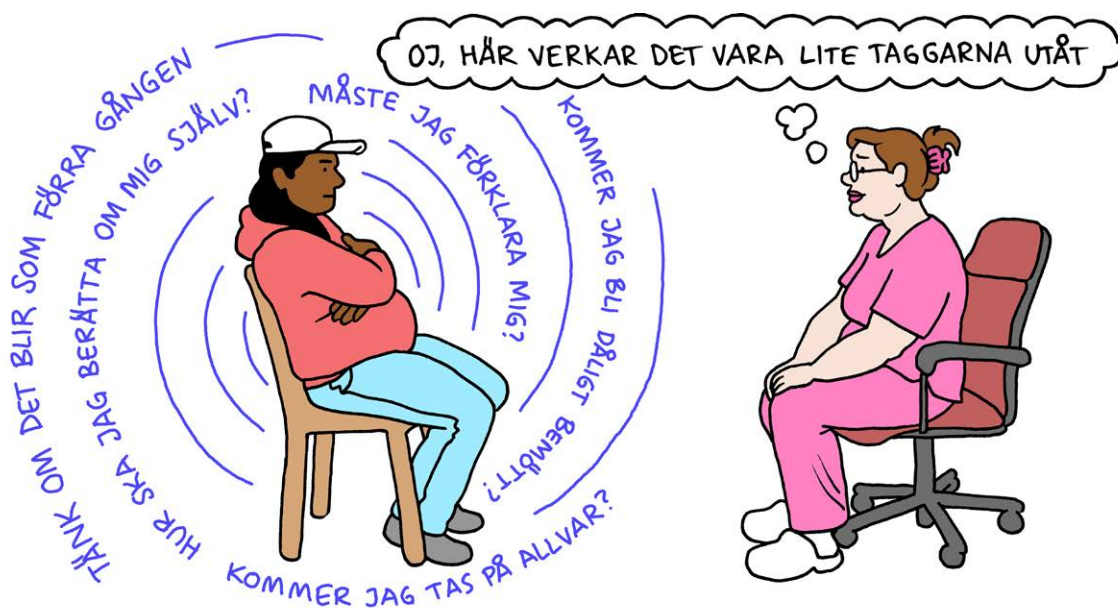
- respekteras i sin kroppsliga integritet, sitt privatliv och sitt personliga självbestämmande
- fritt få definiera sin egen sexualitet, inklusive sexuell läggning, könsidentitet och könsuttryck
- under hela livet ha tillgång till information, resurser, tjänster och det stöd som krävs för att uppnå det ovanstående, utan risk för diskriminering, tvång, utnyttjande och våld.



Jag tänkte att jag kan ta på mig pedagog-kepsen. Kan det underlätta för nästa regnbågsfamilj barnmorskan möter, kan jag ta en för laget.

Minoritetsstress

Att tillhöra en minoritetsgrupp innebär en ökad utsatthet och en risk att bli måltavla för diskriminering, hot, trakasserier och våld. Denna utsatthet och att ständigt ha en känsla av att inte passa in i normen kan leda till en förhöjd stressnivå som kallas minoritetsstress. Familjer kan se olika ut. Alla har samma rätt till individanpassat stöd och familjecentrerad vård under väntan på barn. Hbtq-personer blir ständigt påmind om att de inte passar in i normen för hur en familj vanligtvis ser ut, och särskilt i mötet med sjukvården. Utöver hbtq-personer påverkas även exempelvis personer som kan utsättas för rasism och personer med funktionsvariationer av minoritetsstress. Minoritetsstress kan leda till fysisk och psykisk ohälsa (Meyer, 2003).





När jag såg filmen ni gjort om minoritetsstress kändes det som att så mycket föll på plats. När jag började på ett nytt jobb försökte jag avgöra om det är tryggt att berätta att jag och min fru snart ska få barn, liksom avgöra om det är tryggt att vara homosexuell här eller inte.

Medvetenheten om risken att utsättas för klumpiga kommentarer, oförstående frågor eller homofobi/bifobi/transfobi kan göra varje nytt möte laddat. I vissa fall undviker hbtq-personer att söka sjukvård, vilket i sin tur ökar risken för sämre fysiskt och psykiskt mående (Lundberg et al, 2017). Oro över att mötas av bristande kunskaper och kränkningar kan ge lågt förtroende för vården. Det behöver inte utgå från faktiska erfarenheter, utan kan baseras på berättelser från andra ur samma minoritetsgrupp eller egna tankar kring vad som skulle kunna hända i mötet. Alla påverkas inte av minoritetsstress, och alla är inte medvetna om att de påverkas av det. Många skapar strategier för att minska stressen. Strategierna kan vara både konstruktiva och skyddande, men ibland destruktiva och inte bra för personen. En strategi kan vara att komma ut direkt för att

undvika risk för missförstånd, medan andra hellre låter bli att komma ut. Vissa tar på sig "pedagog-kepsen" och ser till att göra allt i sin makt för att utbilda vårdpersonal. Andra använder humor för att undvika att det blir dålig stämning. Man kan ha byggt upp murar för att skydda sig och det kan uppfattas som att man har taggarna utåt. Oavsett hur den du träffar väljer att göra är det bra att du vet varför, så att du kan hjälpa personen att känna sig så trygg som möjligt.

Är man inte medveten om att man påverkas av minoritetsstress inser man det kanske först då man hamnar i ett sammanhang där man kan slappna av. Många blivande föräldrar som gått i våra föräldraförberedande grupper påpekar just detta. Att få vara i ett tryggt sammanhang med andra gör att man kan slappna av och inte behöver dölja delar av sig själv.

Mikroaggressioner är en vanlig form av negativt bemötande. Det kan handla om blickar, klumpiga kommentarer, nyfikna och opassande frågor eller annat som pekar på att personen bryter mot normen. Det är troligen inte första gången personen möter mikroaggressioner och dessa skilda situationer samlas på hög och blir en större sak. Personer som aldrig utsatts för mikroaggressioner kan tycka att det är petitesseer och att den utsatta överdriver eller är "lättkränkt", men hans upplevelser är förmodligen många och personen kan vara trött på att behöva försvara och förklara sin identitet eller sitt sätt att leva.

Tips



- Se en kort film om minoritetsstress på [rfsl.se](https://www.rfsl.se).
- Hör forskaren Anna Malmquist prata om minoritetsstress på [rfsl.se](https://www.rfsl.se).

Psykisk ohälsa

En större andel hbtq-personer mår generellt sämre psykiskt än heterosexuella cispersoner. Minoritetsstress är en bidragande faktor, vilket kopplas till risk för att utsättas för fördomar, diskriminering, hot och våld. Vissa använder mer eller mindre destruktiva copingstrategier för att hantera detta, och det är vanligt med en bakomliggande historia med ätstörningsproblematik, missbruk, självskadebeteende och suicidförsök i gruppen hbtq-personer. Transpersoner och bisexuella kvinnor står för en särskilt stor andel psykisk ohälsa.

Vi vet att en anamnes med psykisk ohälsa leder till en ökad risk för förlossningsrädsla, postpartumdepression och PTSD, vilket i sig påverkar barnets start i livet negativt. Förlossningsrädsla i sig ökar risken för ett förlängt förlossningsförlopp, akuta kejsarsnitt och en traumatisk förlossningsupplevelse. Upplevt kontinuerligt stöd under en förlossning bidrar till färre negativa/traumatiska förlossningsupplevelser (Bohren et al, 2017) men det stödet kan vara svårare att ta emot för en person med minoritetsstress och leda till att den födande inte känner sig trygg under förlossningen. Därför kan man anta att hbtq-personer har en ökad risk för en negativ förlossningsupplevelse, vilket kan öka risken för negativa konsekvenser för hälsan även på längre sikt.

Minoritetsstress kan tänkas ha samma effekt som generell stress under en graviditet som påverkar den gravida kroppen negativt, men det saknas forskning specifikt utifrån minoritetsstress som stressfaktor. Generell stress under graviditeten däremot kan leda till tillväxthämning hos barnet, prematur förlossning och hypertoni. Man har även sett ökade risker för akuta kejsarsnitt, sugklocka, större blödningar och komplicerade bristningar. Alla dessa faktorer kan i sin tur kan leda till en traumatisk förlossningsupplevelse och postpartumdepression, vilket ökar risken för en tidigt nedlagd amning eller en komplicerad sådan. I en studie av Everett et al

(2019) såg man att det fanns en ökad risk för intrauterin fosterdöd, prematur förlossning och låg födelsevikt hos barnet bland lesbiska och bisexuella kvinnor i jämförelse med heterosexuella. Bisexuella kvinnor hade även en högre förekomst av kejsarsnitt. Orsaken till detta framgår inte i forskningen i nuläget, men en hypotes är att detta är kopplat till minoritetsstress.

På barnmorskemottagningen Mama Mia Söder (pers. komm. Lotta Andréasson Edman) som erbjuder hbtq-kompetent graviditetsvård i över tjugo års tid, har barnmorskor noterat en högre grad av akuta kejsarsnitt i hbtq-gruppen, men ingen forskning finns ännu gjord på det i Sverige.

Förlossningsrädsla

I en ännu opublicerad svensk studie (pers. komm. Anna Malmquist, 2021) ses en signifikant ökad prevalens av förlossningsrädsla bland hbtq-personer än hos övriga gravida. Var femte gravid hbtq-person och var tionde partner till en gravid har enligt studien en förlossningsrädsla. Bland de gravida med psykisk ohälsa var andelen med förlossningsrädsla nära hälften. Rädslan handlar om samma saker som andra förlossningsrädda uppger: smärta, skada, blod, att barnet eller föräldern ska dö,

men i den här gruppen tillkommer även minoritetsstress som ett ytterligare lager (Malmquist et al., 2019). Hos samkönade kvinnor är det inte ovanligt att föräldrarna går igenom en varsin graviditet. Erfarenheten att stå vid sidan av när ens partner föder, kan leda till förlossningsrädsla, vilket gör att kvinnan då kan sägas ha både en primär och sekundär förlossningsrädsla. I Malmquists ännu opublicerade studie var prevalensen förhöjd hos de som varit med på sin partners förlossning.

Transpersoner kan ha en ökad risk för att utveckla förlossningsrädsla kopplat till könsdysfori, oro för dåligt bemötande, exkluderande språk, ökad risk att bli felkönad och den kroppsliga upplevelsen kopplat till förlossningen. Att föda vaginalt kan kännas otänkbart på grund av detta och könsdysfori kan vara en anledning till att få ett kejsarsnitt beviljat.



Tips

Hör forskaren Anna Malmquist prata om förlossningsrädsla hos lesbiska, bisexuella och transpersoner på rfsl.se.

Upplevelser av mötet med sjukvården

Hbtq-personer upplever att vårdpersonal saknar kunskap om olika vägar till graviditet. Flera uppger att barnmorskor saknar kunskap i hur man ger stöd och pratar kring känslor kopplade till en komplicerad väg till graviditet, infertilitet, missfall och dess påverkan på relationen mellan föräldrarna (Appelgren Engström et al., 2018).

Även på hbtq-certifierade kliniker upplever patienterna att kunskapen saknas, framförallt kring trans- och queerfrågor. Patienter möts av heterosexuella antaganden både i enskilda möten med barnmorskan och i föräldraförberedande grupper och upplever exkludering genom ordval i blanketter och i samtal. De icke-bärande föräldrarna upplever ibland att de inte inkluderats i samtalen och har svårt att ta till sig informationen i föräldragrupper om de inte aktivt blir inkluderade.

De flesta påverkas av heteronormen i den reproduktiva vården, men även i samhället generellt. De oroar sig över att bli utsatta för diskriminering, bli ifrågasatta eller att den icke-genetiska föräldern inte ses som en riktig förälder (Klittmark et al., 2018) (Malmquist, 2015) (Appelgren Engström, 2018).



Barnmorskans roll är att skapa trygghet och erbjuda en säker vård. Personen du har framför dig har ingen skyldighet att lära dig om sitt liv och vägar till föräldraskap. Du har skyldighet att vara påläst när du ger vård. Om en patient känner sig otrygg kan detta leda till att hen inte berättar allt du behöver veta för att kunna ge en god och säker vård.

Sammanfattning

Hbtq-personer upplever vården som exkluderande och har en ökad risk för psykisk och fysisk ohälsa redan innan en graviditet. Förlossningsrädsla är vanligt och kan försvåras av minoritetsstress. Allt detta sammanställt gör att regnbågsfamiljer kan behöva ses som en riskgrupp, både under graviditeten, i samband med förlossning och under den första tiden som föräldrar. Därför behövs kunskap om hur du kan erbjuda riktat stöd till hbtq-personer som ska bli föräldrar.

2 Bra att veta om regnbågsfamiljer

Grundläggande kunskap om hbtq-personers vägar till föräldraskap, familjers möjligheter och begränsningar är viktigt för att kunna ge ett gott familjecentrerat bemötande. Regnbågsfamiljer ser olika ut, och förutsättningarna varierar mellan olika familjekonstellationer. I detta kapitel kan du läsa om förutsättningar hbtq-personer har för att bilda familj och processerna man kan ha gått igenom på resan till att bli en familj.

Hbtq-personer kan få barn på egen hand, med en eller flera partners, dela föräldraskap med ett annat par, en vän eller flera vänner. Möjligheten att bli förälder är större om någon i familjen har en livmoder. Assisterad befruktning inom den svenska vården är endast tillgänglig för ensamstående eller par som är gifta eller sammanboende och som kan bära en graviditet.

Familjer med fler föräldrar än två får inte hjälp med assisterad befruktning inom svensk sjukvård. Det går i andra familjekonstellationer att vända sig utomlands eller skaffa barn genom heminsmination. Barn inom regnbågsfamiljer kan naturligtvis även bli till genom sex, om det inom familjekonstellationen finns både ägg och spermier.

Samkönade kvinnopar

Gifta samkönade kvinnopar har idag barn i nästan samma utsträckning som gifta olikkönade par. Barn som blivit till inom svensk sjukvård ska vid mogen ålder kunna få information om donatorns identitet. Många väljer

svensk sjukvård då det underlättar den juridiska processen och finansieras av regionen. En del väljer att vända sig till kliniker utomlands på grund av långa kötider inom den svenska vården, men får då ofta bekosta den vården själva. Om paret skaffat barn via svensk sjukvård blir den icke-födande idag 2021 juridisk förälder genom att skriva under en föräldraskapsbekräftelse, som socialnämnden i kommunen fastställer. Från och med januari 2022 går en lagändring om föräldraskapspresumtion igenom, vilket gör att den icke-födande i gifta samkönade par kommer att bli förälder via presumtion.

Donatorer utomlands kan vara antingen anonyma eller öppna. Används en öppen donator och en godkänd klinik gäller samma juridiska regler som om barnet blivit till vid en svensk klinik. Om man använt en anonym donator behöver den icke-födande ansöka om en närståendeadoption för att bli juridisk förälder. Det samma gäller om man får barn

genom heminsemination, med hjälp av en vän eller någon man fått kontakt med på annat sätt. Många upplever adoptionsprocessen som påfrestande, stressande och som att föräldraskapet blir ifrågasatt (Malmquist, 2015). Ansökan görs till tingsrätten som sedan ger socialtjänsten i uppdrag att göra en utredning. Det tar vanligtvis 6-8 månader, ibland längre, innan adoptionen är klar. Under den perioden är den som fött barnet dess enda vårdnadshavare och juridiska förälder. Den juridiska föräldern kan dela med sig av sina föräldradagar till den andra föräldern.

Manliga samkönade par

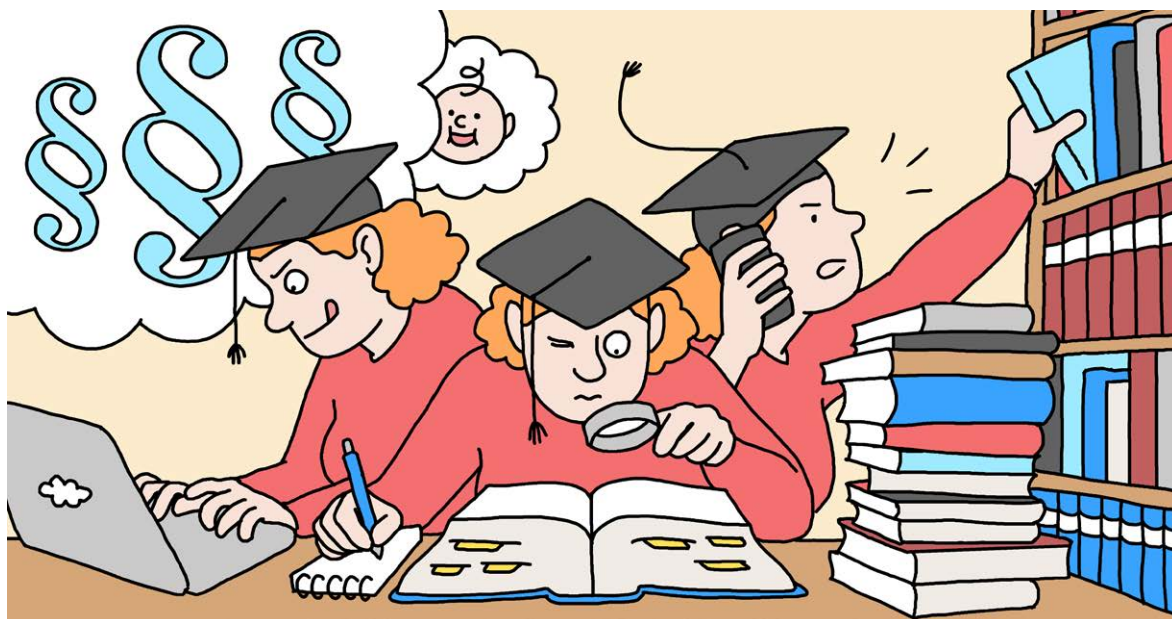
Manliga samkönade par kan få barn genom att dela föräldraskapet med ytterligare en person/ett par där någon har möjlighet att bära barnet. En annan väg är värdgraviditet, även kallat surrogat-mödraskap. Det innebär att någon bär och föder ett barn åt en eller två tilltänkta föräldrar. Den vanligaste varianten är att den ena mannen bidrar med spermier, en äggdonator med ägg och att en tredje person bär barnet. Detta kan man inte få hjälp med på svenska kliniker. Däremot går det att göra en privat överenskommelse med någon i ens närhet, och då göra en heminsemination med spermier från den ena i paret. Efter förlossningen kan den icke-genetiska pappan ansöka om en närstående-adoption, men det finns dock inga garantier för att en sådan överenskommelse går igenom.

Det vanligaste är att föräldrarna vänder sig utomlands, t.ex till USA där det i vissa delstater är möjligt för samkönade par att gemensamt bli juridiska föräldrar genom värdgraviditet. Den ena får sitt faderskap fastställt i domstol i Sverige eller genom att bekräfta faderskapet hos familjerätten. Därefter kan den andra pappan ansöka om en närståendeadoption. Om den som bär barnet inte finns i Sverige

Att inte ens få lära sig tips och tricks kring hur man byter blöja, blandar ersättning eller tips på vad man gör om barnet har magont gör att man känner sig väldigt ensam i väntan på barnet. Det är så mycket som känns otryggt ändå när man inte ens kan vara i samma land som den bärande.

får de blivande papporna förbereda sig inför föräldraskapet på egen hand eller genom privata kurser. De blivande papporna uppger att de känner sig osäkra och önskar sammanhang med andra föräldrar innan barnet föds för att få stöd och gemenskap.

Gifta samkönade manspar kan ansöka om gemensam adoption, men endast ett fåtal nationella och internationella adoptioner har genomförts. Dels på grund av att nationella adoptioner är ovanliga, men också för att svenska adoptionsorganisationer endast har samarbeten med ett fåtal länder där samkönade par godkänns som adoptivföräldrar.



Jag kände att jag nästan behövde låtsas som att allt var perfekt, att vi är perfekta föräldrar på alla plan trots sömnbrist och bebis som bara skrek och skrek. Men jag vågade inte säga något, jag ville inte att de skulle ta mitt barn.

Erfarenheter av att bedömas som förälder

Är en närståendeadoption aktuellt, ska det prövas om adoption är till barnets bästa. Många hbtq-personer har erfarenhet av eller kommer att stå inför en sådan bedömning och känner oro inför de samtal och hembesök som görs. Oron formuleras ofta som en rädsla för att inte bli godkänd som förälder. "Lever jag upp till kriterierna som satts upp för att jag ska få bli förälder?" är en fråga vissa ställer sig.

Ensamstående

Ensamstående personer med livmoder har tillgång till assisterad befruktning inom svensk sjukvård, men kan även vända sig till kliniker utomlands, skaffa barn genom heminsemination eller ansöka om adoption på egen hand.

Gravida ensamstående kan vara cispersoner eller transpersoner – kvinnor, män eller icke-binära. Ensamstående förutsätts ofta vara heterosexuella och cis, men kan naturligtvis

vara homosexuella, bisexuella eller definiera sin sexuella läggning på något annat sätt. Många i våra föräldraförberedande grupper uppger att de ofta får frågor från utomstående som utgår från att de är heterosexuella och cispersoner. En del har medvetet låtit bli att prata om sin könsidentitet eller sexuella läggning med vården på grund av antaganden redan tidigt i vårdkontakten.

Fler föräldrar än två

Familjer kan bestå av fler än två föräldrar. Ofta är graviditeten då gemensamt planerad, och tanken är att tillsammans skapa en familj där alla har ett lika stort ansvar för barnet. I Sverige kan ett barn endast ha två juridiska föräldrar, vilket gör att barnet här saknar rättslig koppling till övriga föräldrar. Detta kan leda till en otrygg situation i vardagen och juridiskt. Den juridiska föräldern kan dela med sig av föräldradagar till sin make/maka eller sambo, även om denna inte är barnets juridiska förälder. För att det ska vara möjligt behöver alltså en person i vardera par (om man är två par) vara juridisk förälder. Vanligast är att man är tre eller fyra föräldrar. Då man inte kan få hjälp med assisterad befruktning inom den svenska sjukvården om man är fler än två, skaffar dessa familjer vanligen barn genom heminsmination.

Erfarenheter av fertilitetsvård

Många regnbågsfamiljer har varit i kontakt med fertilitetsvården, och processen att få till en graviditet är full av påfrestningar. Den första utmaningen kan vara att hitta information om hur man ställer sig i kö. Därefter kommer väntan och kötiderna kan variera enormt mellan de olika klinikerna i landet. Kötiderna påverkas givetvis av hur många som står i kö, men

Att få frågan om pappans inblandning från barnmorskan kändes så märkligt. Jag har tagit hjälp av donator och är inte intresserad av män. Ska jag behöva skriva det i min panna för att slippa såna frågor?

även av klinikernas resurser och tillgång till könsceller. Bemötandet inom fertilitetsvården påverkar förväntningar och eventuell oro kring hur vårdkontaktarna kommer att se ut under graviditeten.

Efter att ha kommit fram i kön görs en utredning. Inom svensk sjukvård får man bara hjälp med assisterad befruktning om det kan antas att barnet kommer att växa upp under goda förhållanden. På grund av detta finns krav som ska vara uppfyllda för att få hjälp. Inför assisterad befruktning med donerade könsceller görs en särskild prövning. Man kallas då till läkare och barnmorska. Under den särskilda prövningen görs en hälsodeklaration. Därefter hålls ett samtal med en kurator, som bidrar till en helhetsbedömning inför beslut om behandling. Man får berätta om levnadsförhållanden, parrelationen (om man är två) och/eller socialt nätverk, fysisk och psykisk hälsa samt eventuella funktionsnedsättningar. Samtalet berör också tankar kring till familjebildning och att berätta för ett barn om dess ursprung.

Vissa regnbågsfamiljer upplever en känsla av att ha blivit ifrågasatta, fått irrelevanta frågor kring sitt sexliv, och hur och när man kommit ut för sina närstående. Känslan av att ens föräldraskap är villkorat upplevs av många som oerhört stressande. En fertilitetsbehandling kan innebära bland annat inseminationer som inte lyckas, missfall, hormonstimulering och IVF. Detta kan vara påfrestande både på ett individuellt plan, men också för relationen mellan föräldrarna om de är två.

Transpersoner

Transpersoner med livmoder kan bli gravida och föda barn. Transkvinnor med fungerande spermieproduktion, eller som fryst ner sina spermier kan bli genetiska föräldrar. Transpersoner kan också bli föräldrar genom att en partner/medförälder blir gravid med hjälp av donerade könsceller. Tidigare fanns ett lagkrav på att den som ville ändra juridiskt kön behövde genomgå sterilisering. Sedan det avskaffades 2013 har de som vill genomgå könsbekräftande vård och/eller ändra juridiskt kön möjlighet att spara könsceller. En juridisk man som föder barn registreras automatiskt som barnets far, och en juridisk kvinna som bidragit med spermier ska registreras som barnets mor. Transpersoner kan även bli föräldrar genom att dela föräldraskap med två eller flera andra föräldrar.

Oavsett könstillhörighet kan en person ha en stark barnlängtan. Denna längtan kan ha komplicerat tankarna kring att vilja/behöva genomgå könsbekräftande vård, och personen kanske väljer att skaffa barn innan den söker hjälp. Detta gör inte en person till "mindre trans". En person som tilldelats könet flicka vid födseln kanske aldrig har identifierat sig som flicka/kvinna, utan kan ha levt som man länge. Det är inte kroppen som gör en person till en man eller kvinna.

Glöm inte:

Alla som fött barn är inte mammor, och alla mammor har inte fött sina barn.

Könsbekräftande vård

En person som fått könsbekräftande vård kan ha genomgått utvalda delar av den vård som erbjuds. Hormonbehandling är ofta det första steget. En transperson som tilldelats könet flicka vid födseln kan sättas in på testosteron, vilket gör att kroppen förändras, och ger mer manligt kodade attribut såsom ökad kroppsbe håring, en mörkare röst och "manliga" drag i ansiktet, fettfördelningen på kroppen förändras, och menstruationen upphör. En del har även genomgått maskuliniserande bröstkirurgi. Denna skiljer sig från mastektomi vid cancerbehandling. Målet är att skapa en bröstkorg som ser typiskt manlig ut, och vid sådan bröstkirurgi behålls en del av bröstkörtelvävnaden. Underlivskirurgi är mer ovanligt än hormonell behandling, och särskilt bland de transpersoner som föder barn.

Flera transpersoner beskriver att könsbekräftande behandling i form av kirurgi eller hormonbehandling varit nödvändig inför beslutet att bära ett barn. Det kan ha varit nödvändigt att först få ett mindre feminint könsuttryck för att "orka" genomgå en graviditet och riskera att bli sedd som kvinna på grund av normer. Forskning visar att det för vissa

är lättare att acceptera de förändringar som sker under graviditeten om de kommit längre i processen med könsbekräftande vård (Falck et al., 2021).

En person som tar testosteron och önskar bli gravid behöver pausa sin behandling för att kunna bli gravid. Observera dock att testosteron inte är ett fullgott preventivmedel och att ägglossning på testosteron förekommer, och personen kan behöva komplettera med annat preventivmedel. Testosteron är toxiskt för foster och därför krävs i Sverige idag sex månaders uppehåll från testosteron för att kunna få hjälp med assisterad befruktning. Den som tidigare stått på hormonbehandling och nu behövt pausa den, kan må sämre relaterat till detta, eftersom detta varit behandlingen mot personens könsdysfori. Det saknas forskning över testosteronets påverkan på fertiliteten på lång sikt, men vi vet att det är möjligt att

återfå fertilitet även efter flera års behandling. Menstruation och ägglossning kommer tillbaka efter olika lång tid, mellan några veckor till ett år, och det är då möjligt att bli gravid. De kroppsliga förändringarna som skett av behandlingen (exempelvis ökad kroppsbehåring) försvinner inte.

Könsdysfori

Könsdysfori innebär att man känner att kroppen inte stämmer överens med ens könsidentitet. För en del kan könsdysfori ge psykisk ohälsa med nedstämdhet och ångest. Detta hanteras olika från person till person. En del transpersoner beskriver att de försökt hantera ångesten tidigare i livet genom alkohol eller droger eller genom att självskada sig. I samband med att könsdysfori försvåras, kan det komma impulser att återgå till destruktiva copingstrategier.



Transmän och icke-binära som genomgår en graviditet kan ha en komplicerad relation till sin kropp kopplat till könsdysfori. Normer gör dessutom graviditet starkt kopplat till att identifiera sig som kvinna, vilket ökar risken för att en gravid man eller ickebinär ska bli felkönad. Som gravid öppnar en, vare sig man vill eller inte, upp för att främlingar ska kommentera eller rentav röra vid ens kropp. Könsdysfori kan förstärkas under graviditeten då kroppen genomgår förändringar som gör att kroppen utifrån kodas som mer feminin/kvinnlig.

En del transpersoner uppger en stark oro under tidig graviditet kring hur man kan må när förändringarna i kroppen blir tydligare med ökad fettmängd runt höfter, mage och rumpa, bröstvävnad som växer till och en växande mage. Där är du som barnmorska oerhört viktig som stöd i att hantera detta.

Det förekommer bland transpersoner en önskan om att föda med kejsarsnitt på grund

av könsdysfori och då transpersoner kan sakna positiva förebilder kan det vara viktigt att förmedla att forskning visar att transpersoner som valt att föda vaginalt kan ha en positiv upplevelse av förlossningen.

Sammanfattning

En medvetenhet om vad blivande regnbågsfamiljer kan ha för erfarenheter är viktig för dig som möter hbtq-personer under graviditet, födande och eftervård. Du behöver förståelse kring varför gruppen inte alltid känner sig trygga i mötet med vården. Kunskap om förutsättningar och livsvillkor gör det lättare för dig att erbjuda en individanpassad och familjecentrerad vård. Detta är givetvis av stor vikt även i mötet med personer som utsätts för rasism och funkofobi.



3 Att stödja och stärka hela regnbågsfamiljen

Regnbågsfamiljer följer inte alltid de normer vi har i samhället kring vad en familj är. Många regnbågsfamiljer saknar förebilder och skapar egna sätt att vara en familj på. Det är vanligt i regnbågsfamiljer att en eller flera av föräldrarna inte delar gener med barnet, vilket kan ge en skörhet inför att möta omgivningen. Regnbågsfamiljer med fler än en förälder har ofta en stark önskan om att få till ett jämlikt och jämställt föräldraskap, vilket är viktigt att du som barnmorska har förståelse för.

Att vara icke-genetisk förälder gör inte någon till en mindre viktig eller riktig förälder. Att bli förälder kan vara utmanande oavsett familjekonstellation, men att dessutom vara förälder och sakna genetiskt band till sitt barn kan väcka mycket tankar och känslor. Många regnbågsfamiljer har också starka önskemål om ett jämlikt föräldraskap och kämpar med att skapa delaktighet för alla och jämställda relationer

med barnet (Appelgren Engström et al., 2019). Redan innan graviditeten kan det i familjen ha funnits diskussioner kring vem som ska bidra med sina gener. Det kan finnas oro hos den icke-genetiska föräldern kring relationen till barnet och hur omgivningen kommer att se på familjen. I vissa fall kan man även behöva hantera sin egen uppväxtfamiljs funderingar kring genetiken.



Vår erfarenhet är att många icke-genetiska föräldrar med tiden kan bli trygga som föräldrar bortom genetiska band. En del beskriver en lätnad när barnet blivit lite äldre, hur oro och rädslor inte blev besannade. I andra familjer kvarstår en osäkerhet och oro hos föräldern. Förebilder och ett sammanhang med andra regnbågsfamiljer kan då vara av stor betydelse. Uppmuntra gärna icke-genetiska föräldrar och familjer att hitta någon som känns trygg att prata med om sådana här funderingar. Det handlar inte om att någon behöver stöd att bli en "bättre" förälder, utan om att få må bra och bli trygg.

Den gravida hamnar ofta i fokus

Trygga föräldrar ger trygga barn och det ingår i ditt arbete att stärka och bekräfta barnets samtliga föräldrar i deras nya roll som småbarnsföräldrar. Bland icke-bärande hbtq-personer kan det finnas en oro kring att inte bli inkluderad eller sedd som en lika viktig och riktig förälder som den som bär. Att den gravida oftast hamnar i fokus är för vårdpersonal kanske inte så konstigt, men vi får inte glömma bort den andre föräldern eller föräldrarna. Under Covid 19-pandemin blev detta extra påtagligt, i och med formuleringar som att endast "du som patient är välkommen på besöken. Medföljande partner eller syskon

får inte vistas i lokalen”. Att partnern benämns som “närstående” är inte heller ovanligt i detta sammanhang och blir då ett förminskande av en viktig föräldraroll.

Att endast den gravida får visa legitimation vid besök på barnmorskemottagningen och på förlossningen kan i början bli konstigt för paren med erfarenheter från fertilitetsvården, där båda blivande föräldrar fått visa legitimation vid varje besök på kliniken.

Många samkönade par eftersträvar redan under graviditeten ett jämlikt föräldraskap som inte bygger på en heteronormativ och könsstereotyp ansvarsfördelning. Det finns en önskan om att tillsammans vara med vid besök på barnmorskemottagningen, ultraljud

Det har känts som att det är min partner som ska ha barn, och att jag är nån som bara ska vänta utanför i bilen.

och läkarbesök. Normen kring kärnfamiljen och dess traditionella könsroller är något alla blivande föräldrar behöver förhålla sig till, men än mer regnbågsfamiljer. Ickebinära behöver även hantera att föräldraord är könade utifrån normen om att det finns två kön och att alla känner sig som det kön man tilldelades vid födseln.





Att fråga om ärftlighet

I språket förmedlas ofta attityder och värderingar kring föräldraskap. Vad är det att vara en "riktig förälder"? Ofta visar det sig betyda biologisk/genetisk förälder.

Den som till exempel ställer frågan "Vem är barnets riktiga mamma?" förmedlar att den biologiska föräldern är den riktiga föräldern, och att ett barn endast kan ha en mamma.

I sjukvården likställs ofta genetik med föräldraskap. I familjer som skaffat barn med hjälp av könscellsdonation är det ofta så att de som fungerar som barnets föräldrar och tar föräldraansvar för ett barn, kallas för föräldrar. Dessa kan vara både icke-genetiska och icke-juridiska föräldrar, och den som enbart donerat könsceller kallas för donator, och inte förälder

eller mamma/pappa. Men även här gör och tänker familjer olika. Du som vårdpersonal kan ställa öppna frågor kring både hur familjen ser ut och vilka ord de använder om de olika familjemedlemmarna.

Det är bra att vara medveten om och ta hänsyn till att föräldrar kan vara icke-genetiska, när du behöver ställa frågor om ärftlighet, sjukdomshistoria, längd eller liknande. Antagandet att förälder och barn alltid har genetisk koppling kan upplevas exkluderande. Frågan kring vem som burit barnet är relevant i vissa fall om det handlar om ärftlighet. Frågor till den icke-genetiska föräldern gällande ärftlighet är överflödiga och onödiga. Att fråga icke-genetiska föräldrar om genetik i ett försök att inkludera alla föräldrar är välmenande, men

den som får frågan blir samtidigt påmind om att de bryter mot normen, vilket kanske redan är känsligt för familjen.

Svenska donatorer av ägg och spermier är alltid anonyma gentemot föräldrarna. Att ställa öppna frågor om hur barnet kommit till dig information om vad den eller de blivande föräldrarna du har framför dig vet om donatorn. Med en anonym donator kan föräldrarna inte ge svar kring ärftlighet från donatorns håll.



Tips

Förklara varför du ställer en fråga, och varför du behöver informationen. “Jag frågar för att veta vilka frågor om ärftlighet som jag kan ställa till er” är ett exempel på hur en sådan förklaring kan formuleras.

Jämlikt och jämställt föräldraskap

Enligt nationella strategin för ett stärkt föräldrastöd ska vi främja ett jämställt föräldraskap. Studier visar att ett jämställt föräldraskap gynnar både barnets utveckling och föräldrarnas relation till varandra (MFoF).

Vad innebär det att vara mamma? Eller pappa? Enligt en outtalad tradition är en mamma en varm, omhändertagande person som gör uppoffringar för sitt barn och är närmast sitt barn. En pappa är en passiv förälder vars huvudansvar är att försörja familjen och relationen mellan pappan och barnet är enligt normen lägre prioriterat. Detta gör att pappor i heterosexuella familjer exkluderas i vårdmötet under graviditet och förlossning, vilket kan ge en ond spiral av exkludering som leder till att pappor passiviseras och inte får stöd från vårdpersonal

kring ett jämställt föräldraskap. Den som bär barnet kanske inte identifierar sig med den traditionella rollen som mamma och kan också ha mycket tankar kring sitt blivande föräldraskap utifrån de traditionella könsrollerna.

Vad innebär det då om ett barn har två mammor, två pappor eller en eller flera transföräldrar? Vad gör det med de traditionella könsrollerna? Många av familjerna vi träffat i föräldraförberedande grupper har mycket tankar kring traditionella könsroller och rollerna som bärande, genetisk eller den icke-bärande och icke-genetiska förälderns roll. Många regnbågsfamiljer saknar tydliga förebilder i sin familjebildning, vilket gör att de tillsammans kan behöva skapa en egen identitet och jobba fram ett sätt man tror kan vara det bästa för familjen. Man får uppfinna något eget.



“Var är mamman?”

Pappor vi mött har beskrivit att en sådan fråga upplevs förminskande och sårande. Ibland har barnet ingen mamma. Ibland är det en av papporna som burit barnet, och ibland är det en värd/surrogat som burit barnet, som inte är del av barnets liv. Ibland finns det en mamma, och frågan blir en påminnelse om att män och pappor inte ses som kvalificerade nog att ta hand om sitt eget barn.

Att inte vilja köna ett barn

Det förekommer ibland i regnbågsfamiljer, och andra familjer, en önskan om att inte köna ett nyfött barn. Det kan handla om

en önskan att låta barnet få bestämma själv vilket kön det identifierar sig med när det blir äldre. I andra länder finns möjligheten att välja ett tredje alternativ när man efter förlossningen ska fylla i vilket kön barnet har om barnet misstänks vara intersex. Detta saknas dock i Sverige. För att ett barn ska få ett personnummer i Sverige förutsätter det att du som barnmorska “bestämmer” vilket kön ett barn har utifrån vilka könsdelar du ser på barnet. En intersexperson kan ibland ha genitalier där det är svårt att avgöra vilket av de binära könen barnet ska tilldelas och det kan du läsa om i Socialstyrelsens kunskapsstöd om intersextillstånd.

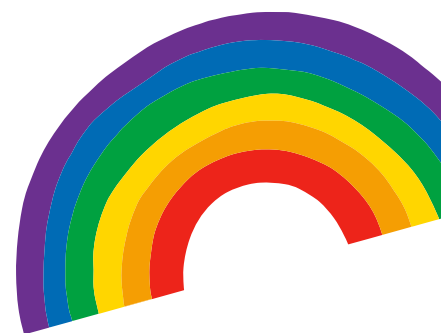
Sammanfattning

Du som vårdpersonal kan lära dig av regnbågsfamiljer. Både ur aspekten att få chansen att bredda dina egna yrkesmässiga och personliga kunskaper kring hbtq och familjebildning, och den fantastiska möjligheten att fundera kring hur vi bemöter alla familjer, oavsett konstellation, ursprung eller funktionalitet. Det är nyttigt att påminnas om att vårt fokus medicinskt må vara på den gravida och barnet, men att de tillsammans med de/den som är bredvid ska bli en familj som ska ge barnet en trygg uppväxt. Trygga föräldrar ger ett tryggt barn. Våga vara med familjerna i att utmana föreställningar om traditionella familjenormer och könsroller och utgå från att alla föräldrar har gemensamt ansvar för barnets uppföstran och utveckling!

Tips



- Det finns grupper på Facebook för icke-genetiska föräldrar. Där kan föräldrar som har liknande erfarenheter få prata om eventuella svåra tankar och känslor och få stöd i att hantera dessa.



4

Inkluderande språk och bemötande

Sjukvårdens bemötande och språk upplevs ibland exkluderande av hbtq-personer. Detta kapitel fokuserar på hur du som vårdpersonal som arbetar inom graviditets- och förlossningsvård kan använda verktyg såsom öppna frågor, inkluderande språk och ett hbtq-kompetent bemötande för att skapa förutsättningar för ett tryggt vårdmöte.



NÄR ÄR DET BRA ATT ANVÄNDA ORDET PARTNER? PAPPA ÄR ETT ORD FÖR FÖRÄLDER. PARTNER BESKRIVER EN RELATION MELLAN VUXNA. ALLA HAR INTE EN PARTNER. ÄR DET FÖRÄLDRAROLLEN, VUXENRELATIONEN, ELLER STÖD UNDER EN FÖRLOSSNING SOM SKA BESKRIVAS? SITUATIONEN STYR VILKET ORD SOM PASSAR BÄST.

Vad är ett inkluderande språk?

Språket förmedlar ibland attityder och värderingar utan att man som vårdpersonal vill eller är medveten om det. Inom graviditetsvården har det på senare år skett en utveckling där många börjat använda ordet partner istället för pappa. Partner är ett könsneutralt ord som inkluderar alla oavsett kön, vilket är positivt. Genom att använda ett öppet och neutralt språk kan du visa att du inte antar att en familj ser ut på ett visst sätt.

Ibland tycks dock partner bli en beskrivning av en föräldraroll, men endast av de som inte är pappor: kvinnor och icke-binära. Partner är ett ord för att beskriva en relation mellan vuxna och vid användning av det försvinner bekräftandet av föräldrarollen. Man är ju inte partner till sitt barn, utan förälder.



Exempel

Ett lesbiskt par fick skriftlig information efter sin insemination där det stod om att man skulle undvika sex efter inseminationen. Barnmorskan som räckte över informationen lade till: "Gällande sex efter insemination, så gäller det normalt sex", där det var underförstått att det handlade om penetrerande sex som heterosexuella har. På så sätt förmedlades värderingen att det sex som lesbiska har, är onormalt.

Öppna frågor

Språket vi använder påverkas av föreställningar och antaganden. Därför behöver vi samtidigt tala om ett öppet förhållningssätt. Ibland behöver vi backa från normativa antaganden kring hur en familj kan se ut, vem som kan vara gravid eller vem som är förälder. För att ta reda på hur en familj vi möter ser ut behöver vi fråga. Det kan handla om att fråga den som kommer ensam till inskrivningen om den skaffat barn på egen hand

eller om det finns fler föräldrar, eller att ställa frågor om hur föräldrar vill bli benämnda.

Att ställa öppna frågor och använda ett inkluderande språk ger den blivande familjen en chans att själv kunna sätta ord på och berätta hur familjen ser ut och kan vara avgörande för att du ska få svar du behöver för att kunna ge en medicinskt säker vård.

"Hur ser familjen kring det väntade barnet ut?"



Relevanta frågor

Ställ endast relevanta frågor om vägen till graviditet, kropp, sexualitet eller identitet.

Innan du ställer en fråga, fundera på varför du ställer den, och hur du ska ställa den.

Förklara för patienten varför du behöver ställa frågan. På så sätt undviker du missförstånd och känslan av att vara utpekad.

Använd 3-stegmetoden:

1. Nu kommer jag att ställa frågor om...
2. Jag ställer frågorna för att ...
3. [frågan ställs]

Pronomen

Pronomen är till exempel hon, han, hen och den – det man vill bli kallad när någon pratar om en i tredje person. För de flesta transpersoner är det viktigt att andra använder det eller de pronomen som är rätt. Att bli felkönad, använda fel pronomen, kan leda till ökad minoritetsstress, könsdysfori, ohälsa och misstro gentemot vårdpersonal. De vi mött i våra föräldraförberedande frågor, även cispersoner, har blivit väldigt glada över att få en fråga kring pronomen, då det tydligt visar att barnmorskan har en hbtq-kompetens.

Man kan inte se på någon vilket pronomen personen har, därför är en god start i ett nytt vårdmöte att fråga vilket pronomen patienten använder om sig själv. Använd därefter alltid rätt pronomen och inte bara när patienten

hör, utan även om du pratar med en kollega om patienten eller skickar en remiss. Se även till att få med detta i journalen så att du och annan vårdpersonal kommer ihåg till nästa gång!



Tips


Prova att själv presentera dig med pronomen, till exempel "Jag heter Maria och mitt pronomen är hon". Det ger patienten en möjlighet att delge sitt pronomen spontant. För den ovane kan det kännas konstigt i början att fråga om pronomen eller att använda pronomen såsom hen eller den. Efter ett tag vänjer man sig, och dina patienter kommer att kunna känna förtroende för dig och dina hbtq-kunskaper.

Ingen är fullärd från början, och om det blir fel någon gång, be om ursäkt! Lär av dina misstag, det är så vi utvecklas som personer och barnmorskor.

Familjen och individen i centrum

Att någon tillhör hbtq-gruppen är relevant och viktigt att tänka på vid vissa tillfällen – och ibland är det inte relevant alls. Som vårdpersonal kan man i mötet med en familj som inte lever enligt normen lockas till att uttrycka

att man ser, respekterar och accepterar dem, men det kan även bli väldigt missriktat och rentav fel. Försök att se personerna framför dig och fundera över: vad behöver hen av mig här och nu?



Min fru kämpade länge, men plötsligt behövdes ett akut kejsarsnitt, det var kaos och mycket folk, allt gick snabbt, jag var jätterädd och trodde hon skulle dö. Plötsligt satt jag med vår bebis på bröstet i vårt stökiga förlossningsrum, och min fru var på uppvaket. Jag var ensam och orolig. Då kom en sköterska in och sätter sig och börjar berätta att hon har lesbiska vänner som också skaffat barn. Hon frågade om vi också varit i Danmark. Jag ville att hon skulle vara tyst! Varför ska jag lyssna på det här, jag är liksom mitt i en hemsk situation här? Hon frågade inte ens hur jag mådde. Jag ville ju bara veta hur min fru mådde.

Här är det irrelevant att barnet har två mammor. Istället är det omhändertagande efter en skrämmande upplevelse som borde vara i fokus. Vårdpersonalen lade fokus på deras

familjekonstellation, istället för att ta hand om en orolig mamma, fråga henne hur hon mådde, tillåta henne att uttrycka sina känslor och svara på hennes frågor.

Inskrivningssamtalet

Språket du använder vid inskrivningen inom graviditetsvården är viktigt för att få förtroende av personen/personerna du träffar. Det finns ett lägre förtroende för sjukvården inom gruppen hbtq-personer. Vissa har med sig erfarenheter av dåliga vårdmöten, andra har undvikit att söka vård på grund av minoritetsstress eller hört om andras negativa upplevelser. Det är ditt ansvar att erbjuda patienten trygghet. Har man inte haft kontakt med fertilitetsvården och är frisk i övrigt, kan graviditetsvården vara den första längre vårdkontakten i livet. Er relation lägger grunden för vården som ges under en graviditet, vården på förlossningen, samt inför barnets kontakter

med vården. Du har som barnmorska under graviditeten en unik möjlighet att bygga trygghet och minska minoritetsstress, vilket också kan öka chansen att en hbtq-person dyker upp på till exempel cellprovtagningar senare i livet.

Arbeta identitetsstärkande

Fråga vilka föräldra- och släktskapsord familjen tänkt använda. "Vilka ord vill du att jag använder?" Bekräfta sedan föräldrarollen och skapa trygghet i vårdmötet genom att använda de ord som föräldrar själva valt för sitt föräldraskap. Till exempel ska de som identifierar sig som mammor givetvis kallas mammor, men de som inte identifierar sig som mammor ska inte kallas mammor.



Ofta kan föräldraord vara något familjen lagt en hel del tid på att prata om eller fundera kring. Kom ihåg att man inte kan se på någon vilket ord som passar. Vissa samkönade par vill ha olika föräldraord för att särskilja föräldrarna, för andra går det utmärkt att vara två mammor eller pappor. En person du läser som ett visst kön kan vara trans. En del är obekväma med tydligt könskodade ord som mamma och pappa. Det finns i nuläget inget etablerat könsneutralt föräldraord så många ickebinära kommer på egna ord eller använder ord från andra språk som till exempel, mapi, baba, mami eller föffe. Några ickebinära väljer att kalla sig mamma, samtidigt som pronomen är hen. Att fundera på föräldraord tillsammans med familjen kan leda till ett fint och givande samtal!

Många som identifierar sig som mammor och pappor får positiv bekräftelse via språket, mer eller mindre automatiskt. Det kan vara extra viktigt för en ickebinär förälder att du använder de föräldraord som du förstått att hen använder. Om du till exempel säger ”nu får du gå tillbaka till din mapi” när du lämnar tillbaka barnet till föräldern, så fungerar det bekräftande och identitetsstärkande.

Könade och könsneutrala begrepp

Det är sjukvårdens ansvar att använda ett inkluderande språk, som gör att ingen person exkluderas i tilltalet. Generellt sett finns då två vägar att gå: Antingen kan ni uttrycka er könsneutralt, eller så kan ni inkludera alla könsidentiteter/föräldrar som är aktuella och som ni behöver tilltala. Idag finns bara två juridiska kön, vilket till exempel innebär att ickebinära är felkönade i sina personnummer. Transpersoner har alltid fött barn, oavsett vad personnumret angett för kön, men från 2013 har även juridiska män kunnat föda barn. Detta kräver en språkutveckling. När vi vill tala om hela gruppen som föder barn, alla födande, så inkluderar det kvinnor, män och ickebinära.

Jag lät mina föräldrar och syskon själva välja vad de ville bli kallade utifrån att jag är ickebinär förälder. Det blev en hel kväll som ägnades åt att fundera kring det och det slutade med att jag blev *mapi* och de blev *bestemor* och *bestefar* och de var supernöjda.



Tips

Pratar du mer generellt om familjer och vill inkludera alla familjer, kan ord som den gravida, den bärande, den födande, förälder, medförälder/medföräldrar, icke-bärande, partner/s och stödperson under förlossningen vara bra termer att använda.

Fråga föräldern/familjen vad de valt för föräldraord och skriv det i journalen så att all personal i vårdkedjan vet om det.

Exempel på tilltal

En person som ammar kan vara kvinna och mamma, men behöver inte vara det. Det finns män/pappor och ickebinära/föräldrar som ammar, och som också kan behöva amningsstöd. Meningen: "Hit kan *mammor* vända sig om de upplever problem med amningen" kan formuleras om till: "Hit kan *mammor och andra som ammar* vända sig" (beskriver och inkluderar olika föräldrar) eller "Hit kan *föräldrar* vända sig" (könsneutralt uttryckt). Ofta är du-tilltal en bra lösning som skapar ett direkt tilltal. "Hit kan *du som ammar* vända dig".

Birth Rights Sweden är en svensk ideell organisation som verkar för ökad valfrihet, tillgänglighet och trygghet i vården. De har valt att utforma sin vision så här: "Vår vision är att varje kvinna eller födande person har möjlighet att fatta informerade beslut kring sin unika födsel." Genom att lägga till "eller födande person" inkluderar de personer som inte identifierar sig som kvinnor i sin vision. På så sätt synliggör de även att det finns andra än kvinnor som föder barn, något som ibland kan vara bra att påminna om, då normer osynliggör transpersoner. Det finns ofta flera olika lösningar på hur du i ditt språk inte ska vara exkluderande.

På engelska används ibland chest feeding istället för breast feeding vid amningsrådgivning till transpersoner, och det går att skriva "breast or chest feeding" för att visa inkludering av transpersoner som har könsdysfori runt bröstet. Med det svenska könsneutrala ordet amma behövs ingen sådan anpassning.

En del andra svenska ord är dock könade, som till exempel modersmjölksersättning.

Här har du möjlighet att istället använda bröstmjölksersättning. Det är viktigt att ha en flexibilitet gällande språk, och en förståelse för hur olika ord påverkar patienten och hans möjlighet att ta till sig information.

När du inte hittar bättre ord

Ibland är det svårt att arbeta sig runt ett könat språk. Ska man förklara till exempel vad som händer i kroppen under en förlossning, kan det vara svårt att undvika vissa ord, då det istället kan bli diffust. Då har du anledning att använda det medicinska ord som gör att den du riktar dig till förstår vad du syftar på. För att visa hbtq-kompetens kan du här skriva/säga en förklaring innan. Nedan följer ett exempel på hur Stockholms mansmottagning gjort i de formulär patienter fyller i när de söker vård hos dem.

Vi kommer nu att använda medicinska begrepp för att beskriva kroppsdelar. När du besvarar frågorna vill vi att du utgår från dessa begrepp, även om du själv använder andra beskrivningar eller ord. Det har ingen betydelse för frågorna som ställs om könsdelar är medfödda eller erhållna.

I exempelvis en förlossningsförberedande föreläsning vi har spelat in säger föreläsaren så här:

Jag kommer att försöka använda ett så inkluderande språk som möjligt, och undvika könade ord, ibland är det svårt, speciellt eftersom medicinska termer inte alltid går att ersätta utan att förvirra för mycket. Då får ni ursäkta att jag använder könade ord.

Den fysiska miljön på mottagningen

Så fort en patient går in genom dörren till din arbetsplats spelar den fysiska miljön på platsen in på huruvida patienten upplever den som inkluderande eller inte. En miljö som blivit vardag och kanske mer eller mindre osynlig för dig kan påverka en person med minoritetsstress. Se gärna över hur det ser ut hos er på arbetsplatsen. Har ni affischer eller tavlor som endast visar heterosexuella relationer? Har ni könsneutrala toaletter så att den som är ickebinär eller trans kan känna sig trygg? Har ni någonstans där den som ammar kan amma i avskildhet? Det kan finnas ett extra stort behov av att kunna amma utan att bli sedd, utifrån att vara en person som bryter mot hetero- eller cisnormer. Är ditt mottagningsrum tillräckligt stort för att kunna ta emot en blivande familj med fler än två föräldrar? Behöver du hämta in stolar för att alla ska kunna sitta?

Deltagare från våra föräldraförberedande grupper har förklarat hur en prideflagga i ett väntrum betytt oerhört mycket. Det tolkades som ett sätt att välkomna hbtq-personer och få fler att känna att de har en naturlig plats på barnmorskemottagningen. Att aktivt inkludera alla familjekonstellationer är viktigt för att tidigt lägga en grund för en trygg relation till sjukvården som kommer att gynna hela regnbågsfamiljen under en längre tid. Ibland krävs det inte mycket för att få till förändringar på en arbetsplats som kan upplevas stora för hbtq-personer, och din vilja till att vara delaktig i förändringarna betyder oerhört mycket.

Våga fråga om våld!



Regnbågsfamiljer är tyvärr inte skonade från våld i nära relationer. Våga fråga! Om någon uttrycker att de lever med våld i relationen kan du tipsa om RFSL:s Stödmottagning, kvinnojourer eller transjourer.
www.rfsl.se/verksamhet/stod/rfsl-stodmottagning/

Tips



På rfsl.se har vi lagt upp bemötandetips riktat till dig som jobbar inom sjukvården.

Sammanfattning

Att inkludera regnbågsfamiljer genom att ställa öppna frågor och använda ett inkluderande språk möjliggör en god vårdkontakt och kan lägga grund för en tilltro till vårdens möjlighet till att ge en jämlik vård. Du som barnmorska kan göra stor skillnad genom att visa att du är öppen för att använda det språk familjen själva använder och minskar på så sätt minoritetsstress. Att öva på att använda ett språk kantat av aktivt lyssnande kopplat till öppna frågor kommer dessutom öppna upp för en mer individanpassad vård för alla du träffar i ditt yrke.

5 Dokumentation

Många blanketter och journalsystem är idag uppbyggda kring den heterosexuella kärnfamiljen, att det finns två föräldrar och att dessa är cispersoner. Detta gör att det kan vara mer utmanande att dokumentera kring regnbågsfamiljer och pronomen, då systemet har sina begränsningar, men det går. I detta kapitel får du råd kring hur du kan skriva journal.

Att läsa journalen efter förlossningen och se “hon” och “mamman” överallt gjorde så ont. Jag upplevde ändå att de försökte använda rätt pronomen när jag var på sjukhuset, men i slutänden hade jag tydligen fel. Jag kände mig så sviken.

Ibland är det bättre att skriva om familjen i journaltext istället för att använda de förinställda sökorden vid inskrivning, exempelvis under sökordet “socialt”. Den närmast anhörige är ju oftast den andra föräldern, men kan även vara någon annan. Skriv gärna ut vad de har för relation för att undvika missförstånd.

Du kan behöva omformulera vissa frågor du ställer till patienten/familjen, eller be om ursäkt för att journalsystemet exkluderar eller osynliggör dem. Det kan även vara bra att förklara varför du ställer en viss fråga, för att den inte ska upplevas som normativ eller utpekande.

Patienten har rätt att kräva ut sin journal, och du som vårdpersonal har ansvar för att journalen skrivs på ett professionellt sätt med respekt för patientens integritet och den medicinska säkerheten. Vad du skriver i journalen kan påverka patientens upplevelse av vården i många år framöver.

I Sverige används olika journalsystem i olika regioner, vilket gör det svårt att gå in på detalj hur du lättast skriver journal för en regnbågsfamilj. Vissa journalsystem har länge inte tillåtit ett “manligt” personnummer, vilket kan göra det svårt att skriva journal för en gravid man. Förhoppningsvis ändras det inom en snar framtid, så att det inte ska bli något konstigt att skriva in en person med ett manligt personnummer.

Tips



Om det journalsystem ni använder inte godkänner manliga personnummer:

- Se till att ha pappersjournaler tillgängliga och att alla anställda vet var de finns.
- Kontakta gärna IT-ansvarig och påpeka journalsystemets brister, på så sätt kan du vara med och ändra situationen för framtida patienter.

Glöm inte, pappersjournal är inte det mest patientsäkra då det innebär att patienten själv måste ha med sig journalen till alla möten i vårdkedjan och kan vara en sak som ständigt påminner personen om att den särbehandlas.

Tips



- Om en kollega behöver träffa patienten är det bra om nödvändig information om hur familjen ser ut och pronomen framgår tydligt i journalen.
- Fråga endast om det som är relevant för din vård, och använd öppna frågor som verktyg.
- Vissa journalsystem har en notisruta som dyker upp när man öppnar journalen. Där kan du, i samråd med patienten/familjen, förtydliga kring pronomen, könsidentitet och familjekonstellation. Exempel: "xxx identifierar sig som man och använder pronomen han eller hen". Eller: "Familjen består av två mammor".

Transmän har inte alltid ett manligt personnummer. Ickebinära har inte ett personnummer som överensstämmer med könsidentitet, då personnummer idag är binära. Förtydliga i journalen om personen inte identifierar sig som kvinna. Pronomen har ingen självklar plats i en journal, men tänk att den som öppnar journalen högst troligt antar att det är en heterosexuell ciskvinna de ska träffa.

Fundera på:

Var kan du skriva pronomen för att det ska synas tydligt? Du bör tidigt i en journal etablera personens pronomen och därefter konsekvent använda det i journalen.

Blanketter och intyg till myndigheter

Vissa blanketter som används under graviditet och förlossning går inte att ändra, exempelvis "mödravårdsintyget". Påpeka vid behov det för patienten och förklara att blanketten tyvärr ser ut så i nuläget. Att visa att du är medveten om att patienten inte ser sig själv som en blivande mamma, kan hjälpa patienten att känna sig sedd och bekräftad i sin identitet.

Ofta finns blanketter eller informationsmaterial som ni på arbetsplatsen utformar på egen hand, eller på en närliggande enhet. Gå igenom dessa och se till att dessa inte är irrelevanta eller exkluderande för hbtq-personer. Det kan till exempel handla om att inte anta:

- att alla kvinnor är ciskvinnor och att alla män är cismän
- att den gravida alltid är en kvinna
- att närstående alltid är en partner, som också är den (enda) andra föräldern
- att alla som fött är mammor, och att endast den som fött kan vara en mamma
- att alla föräldrar är genetiska/biologiska

En målsättning är att alla som besöker er ska kunna fylla i en blankett ni lämnar ut utan att använda marginalerna eller behöva stryka alternativ eller skriva fritext. Det är även bra om ni har informationsmaterial riktat specifikt till hbtq-personer eller regnbågsfamiljer, om det finns behov av olika sorters information.

Inför förlossningen

Många blivande föräldrar oroar sig över att behöva förklara sin familjekonstellation eller könsidentitet på förlossningen. Familjerna är medvetna om att personalen jobbar skift och att de kan behöva vårdas av flera team under sin födsel. De upplever att det kan öka risken för att något blir fel i bemötande, språk eller antaganden. Många berättar även om normativa antaganden vid den första kontakten med förlossningen. Lesbiska par har exempelvis vid ankomst fått frågan om pappan är och parkerar bilen, och vissa får frågor genom hela vårdkedjan kring om den icke-bärande föräldern är en kompis eller mormor.

Sammanfattningen som skrivs i slutet av graviditeten kan vara ett bra verktyg för dig att tillsammans med familjen försöka minska minoritetsstress och oro inför förlossningen. Förklara att detta är det första som läses på förlossningen vid både telefonkontakt och ankomst, då vårdens rutiner inte är självklara för blivande föräldrar.

Jag var nervös inför varje möte med ny personal då jag är äldre än min partner och redan funderar mycket kring det. När vi kom till förlossningen blev jag – trots att vi skrivit i förlossningsbrevet att jag är barnets mamma – kallad för mormor. Tredje gången började jag gråta.

Tips



- Fråga familjen vad de vill ska stå i sammanfattningen. "Ska jag skriva att ni är två mammor? Att den medföljande på förlossningen inte är din partner, utan en stödperson?"
- Lyssna på patienten. Det kan finnas en oro för att personen som läser journalen ska ha fördomar, vilket gör att det kanske inte känns tryggt för den gravida/familjen att det står tydligt om familjekonstellationen eller könsidentitet.
- Öppna en journal innan du antar saker om patienten!
- Skriv det som är relevant för graviditeten, patientsäkerheten och för ett fortsatt bra bemötande.
- Lyft fram familjens tankar och önskemål kring amning/samamning/delamning/flaskmatning och var tydlig med om de fått saklig information och tagit ett informerat beslut.
- Se intervjun med Karin Wrangsell, barnmorska på Mama Mia Söder, om dokumentation på bliforlder.rfsl.se

Sammanfattning

Utvecklingen av journalföringen inom sjukvården går snabbt. Från att vi arbetade med pappersjournaler till dagens digitala journaler som ständigt uppdateras för att underlätta och effektivisera vårt arbete. Ändringarna innefattar sällan det som inte passar in i kärnfamiljsnormen. Hbtq-personer har rätt att kräva ut sin journal och därför är det viktigt att du som skriver en journal, gör detta med respekt för individens och familjens önskemål och behov. Att tänka utanför boxen kring journalföring är även något som gör oss uppmärksamma på de brister som finns i systemen och som du tillsammans med dina kollegor kan arbeta för att förändra.

6 Amning och matning

Amningsrådgivning kräver alltid lyhördhet och individanpassning. Hbtq-personer har ibland behov av särskilt stöd kring amning och matning.

I vårdmötet är det viktigt med en medvetenhet kring normer kopplade till amning, samt kunskap kring olika val regnbågsfamiljer kan vilja göra kring matning av barnet.

Normmedvetet arbetssätt

Ditt språk kommer att påverka möjligheten att nå fram med information, råd och stöd runt amning. Visa att du är medveten om normer kring amning och att du gärna vill ta del av personernas tankar och känslor runt detta. Det kan finnas fördomar om vårdpersonal som "amningsmaffia". Förklara vårdens uppdrag runt amning och att det inte handlar om att tvinga någon att amma eller skuldbelägga någon som inte kan eller vill amma. Bekräfta känslor och tankar kring amning, matning och föräldrarollen, oavsett om de är positiva eller negativa.

Hbtq-personer har ökad risk för psykisk ohälsa och kan därför ibland behöva en större stödinsats kring amning/matning. När du ger amningsstöd har du en viktig roll i att uppmärksamma tidiga tecken på postpartum-depression, både hos den som fött barnet, men även hos den/ de andra föräldrarna (Ferri et al., 2020, MacDonald, 2019, Wolfe-Roubatis & Spatz, 2015).



Tips

- Ställ öppna frågor:
Hur vill du/ni ge barnet mat?
Vad vill du/ni veta om amning?
Hur vill du/ni förbereda dig/er under graviditeten?
- Fråga om personens förkunskaper kring amning, och fråga om lov innan du ger information om amning. På så sätt kan du anpassa din information efter personens förkunskaper och önskemål.
- Ta reda på vad familjen har för mål kring amning.
- Hjälptill att skapa strategier för att nå dessa mål.
- Hjälptill familjen att hitta information och förbereda sig under graviditeten, och planera hur personen/familjen ska kunna få hbtq-kompetent amningsstöd efter barnets födelse.

Amning är alltid ett personligt val. Du som barnmorska ska arbeta amningsfrämjande, men samtidigt normmedvetet, bekräftande och identitetsstärkande. Ibland behöver vi påminna oss om att det viktigaste för barnet är att föräldrarna mår så bra som möjligt, och att det finns många sätt att amma och mata som ligger mellan helamning och ingen amning alls. Amning och bröstmjölk är en rekommendation på folkhälsonivå, men ett individuellt råd kan se annorlunda ut. Barnmorskan ska respektera föräldrars val och vara med och skapa de bästa förutsättningarna för en god och trygg relation mellan barn och förälder. Ibland innebär det att du aktivt behöver stödja beslutet att inte amma.



Det är amningsfrämjande:

- med ett normmedvetet tilltal i samtalen kring amning.
- att bekräfta och stödja den amning som familjen önskar, oavsett om det är helamning, samamning eller delamning.
- att ge amningsbevarande råd vid delamning och samamning.

Dela på matning

Regnbågsfamiljer med fler än en förälder uppger att de märker stor skillnad i tilltal vid information kring amning och anknytning: när man talar med den som ska föda beskrivs det som viktigt och ovärderligt med amning och att kunna mata sitt barn, medan det låter som att det inte har någon betydelse alls när man riktar sig till den icke-födande: "det finns ju så mycket annat att göra för barnet, som att byta blöja".

Det var skönt att höra flera olika perspektiv kring amning. Att det finns en massa olika varianter, och så mycket normer kring amning, men att man i slutändan får välja det man själv vill.

Den icke-födande föräldern kan ha mycket tankar kring att vara en mindre viktig förälder om man inte kan ge barnet mat. Vissa uttrycker oro för anknytningen om de inte får samma närhet som den ammande föräldern. Önskan om att dela på matningen kan vara stark utifrån flera perspektiv runt anknytning och delaktighet, vilket är viktigt att tänka på i en amningsrådgivning. Om du lyfter den här typen av tankar när ni samtalar om amning, kan du bemöta sådan oro. Bekräfta föräldrarna i att alla föräldrar kan ha starka känslor kring att vilja kunna ge sitt barn mat, trösta, och bygga relation. Samtala kring dessa känslor i relation till bröstmjölkens betydelse. På så sätt hjälper du föräldrarna att göra informerade val runt amning och matning.

Ibland uppstår en konflikt kring amning /matning, vilket kan påverka föräldrarnas relation negativt med känslor av utanförskap eller avundsjuka. Icke-födande föräldern kan vilja amma eller ge bröstmjölk på flaska, medan den födande är orolig att det ska störa dens amning eller vill vara den enda som ammar. Att behöva ge upp en delad amning eller flaskmatning kan vara en sorg, kopplad till en oro runt anknytningen, eller att inte känna sig som en lika värdefull förälder. Föräldrarna har kanske inte

En sak vi kom på när vi pratade var att vi nog kontrollerat varandra lite, det fick inte vara för mysigt att amma. Det är ju inte så trevligt, men vi hade så stark rädsla för ett ojämnt föräldraskap. Vi hade inte behövt vara så rädda, har vi ju förstått nu när vi är mer erfarna som föräldrar.

- mamma i samkönad relation där båda burit barn, ammat och flaskmatat

vågat prata högt om sina innersta tankar kring avundsjuka eller ilska gentemot den andre föräldern utifrån de olika rollerna. Uppmuntra dem att kommunicera med varandra och lyssna på vad den/de andra föräldrarna uttrycker.

Den som ammar kan få skuldkänslor gentemot den andra föräldern/de andra föräldrarna. Man kan uppleva stress runt amningen i sig och samtidigt vilja se till att den eller de andra föräldrarna får tid och närhet med barnet. Den ammande kan behöva påminnas om värdet i amningsrelationen och att den inte går emot en strävan efter ett jämlikt föräldraskap. Tipsa om hur man kan dela upp ansvaret för ett barn, exempelvis att den som inte ammar har barnet hos sig medan den som ammar går ifrån och gör något eget en stund. Det är värdefullt för den som inte ammar att få egen tid med barnet för att få känna sig som en lika viktig förälder.



Samamning och igångsatt /inducerad amning

På rfs1.se finns sedan 2021 *Guide till samamning och igångsatt amning*. Guiden riktar sig direkt till den som vill samamma eller inducera mjölkbildning, men kan med fördel även läsas av dig som vårdpersonal. Den är en sammanställning av våra erfarenheter och den lilla forskning och litteratur som finns på området i augusti 2021 (Schnell, 2013, Ferri et al., 2020, Dalén, 2018).

Samamning

Att födande och icke-födande förälder ammar ett eller flera barn tillsammans

Samamning kan ske på flera sätt:


- Födande föräldern är den som har mjölk och matar barnet, medan icke-födande förälder ammar för närhet och tröst.
- Icke-födande förälder har inducerat mjölkproduktion och ammar ett barn tillsammans med födande förälder.
- Två föräldrar som har flera barn tillsammans, där båda har burit och fött barn relativt nära i tid, ammar sina barn i olika åldrar tillsammans.

Inducerad amning

Att sätta igång en mjölkproduktion i syfte att amma ett barn man inte själv fött.

Inducerad amning kan ske:

- I syfte att samamma med födande förälder
- Om den födande inte kan eller vill amma
- Föräldrar som får barn via adoption eller värdgraviditet/surrogatarrangemang kan inducera en amning för både näringens och anknytningens skull



Jag har suttit bredvid mycket när han ammar hos min fru, för att lära mig. Jag kollar att han mår bra när han är vid mitt bröst, och det får jag bekräftelse på via att han till exempel släpper mitt bröst och somnar. Jag kan hans signaler. Vi väntade nog en eller två veckor för att min frus amning skulle etableras, och vi observerar tillsammans att det inte blir något trassel med den amningen av att jag också ger honom bröstet, och det har det inte blivit. Jag ser detta också som avlastning för min frus bröstvårtor, att man kan dela på det på kvällstid, då han är orolig och söker lugn och närhet via bröstet. För mig har det varit så otroligt mysigt att vara nära på det sättet. Att kunna trösta och lägga honom känns också bra. Det är kravlöst. Vi har skapat ett eget rum för detta. Men vi har inte berättat det här för någon annan.

– icke-födande mamma som valt att samamma utan mjölkproduktion

Att vara två som ammar

Barnmorskor kan mycket om amning, men saknar ofta erfarenhet av att stödja amning när det är två personer som ammar och två personers mjölkbildning ska kalibreras gentemot barnets näringsbehov. Personer som

velat samamma upplever att barnmorskor endast fokuserar på att skydda den födandes amning, och ser samamning som något som stör den. Moon (2012) har i en studie påvisat ett samband mellan önskan att samamma, och att barnen då ammar i minst ett år, vilket

tolkades som att familjer som vill samamma värderar amning högt och även ammar en längre period. Att bekräfta och stödja den amning som familjen önskar, blir på så sätt amningsfrämjande, oavsett om och hur familjen samammar eller ej.

Föräldrar i våra föräldraförberedande grupper som önskar sätta igång en amning berättar att de inte vågat fråga sin barnmorska om detta av rädsla att bli ifrågasatta. Andra har mötts av oförståelse eller okunskap. Du kan som vårdpersonal ta upp samtalsämnet, och visar då att du är öppen för att ge råd och stöd kring detta, och kan då bekräfta och stötta föräldrarna i valet att göra detta. Fler skulle troligen prova olika former av samamning och inducerad amning om inte normer och kunskapsbrist stod i vägen. Om vårdpersonal har kunskap runt detta och kan ge råd utifrån kunskap som finns, kommer det leda till att fler vågar prova.

Lyssna in familjen och hjälp dem göra upp en plan för att bli ett bra team och hitta en samamning som fungerar för dem. Hjälp dem att fundera över hur mycket tid de kan/vill lägga på att inducera en mjölkproduktion. Förklara vilka förutsättningar som påverkar, och informera om att amma oberoende av mjölkproduktion. Amning utan mjölkproduktion är också amning. Den som inte fött kan erbjuda bröstet som närhet och tröst efter en amning. Det går även att ta hjälp av tillmatningsset, och ge utpumpad mjölk eller ersättning direkt vid bröstet. Den som fött och ammat ett äldre barn och har "lite" mjölk i bröstet behöver inte nödvändigtvis arbeta upp en större produktion än den som finns där, men det är också möjligt att pumpa igång en större mjölkproduktion, så kallad relaktation, vilket kan vara enklare om man har ammat förut.

Inducera mjölkbildning

Det är möjligt att inducera en mjölkproduktion oavsett om man varit gravid eller ej. Bröstkörtlar och mjölgångar växer dock till via graviditetshormoner under den första graviditeten vilket underlättar mjölkbildning. Vid igångsatt amning är det efterfrågan på mjölk som skickar amningsfrämjande hormonsignaler. Det kan ta allt från fyra dagar till sex veckor att börja producera bröstmjölk. Det går att mjölka ur för hand eller med en pump. Rekommendera gärna att kombinera pumpning med handmjölkning, för att personen ska lära sig hur bröstet känns och fungerar. Beroende på personens mål kan den börja stimulera en-två månader innan barnet ska födas, eller börja efter förlossningen. Hellre fler korta tillfällen än ett långt. Om personen vill få till en större mjölkproduktion, behöver den stimulera bröstet cirka var tredje timme/åtta gånger per dygn. Ett förslag är att pumpa 5-10 minuter per tillfälle och bröst, och alltid stimulera båda bröstet. Om personen pumpar, eller handmjölkar ett bröst i taget, är det bra att växla bröst med några minuters mellanrum. När personen sedan har mjölk i bröstet, kan mjölkflödet, snarare än klockan styra och när flödet minskar, är det dags att byta bröst. Alla tips som ökar mjölkproduktionen gäller även den som ska sätta igång en amning.

Tillmatningsset kan vara en hjälp för att stimulera mjölkbildningen när barnet fötts. Barnet kan då ges ersättning eller utpumpad mjölk från den som fött, vid den icke-födandes bröst. Ibland vill barnet inte suga om det inte kommer något/flödet är för lågt, och då kan det vara ett sätt att hjälpa barnet att vilja ligga vid bröstet, genom att se till att det finns ett mjölkflöde.

Samamning av det nyfödda barnet

Flera faktorer spelar roll för hur föräldrarna gör den första tiden. En variant är, om amning är nytt för båda, att fokusera på den födandes amning och mjölkbildning, för att ge goda förutsättningar för att barnet ska kunna amma hos (minst) en förälder. Den som inte fött kan då vara ett ovärderligt stöd den första tiden. Processen att lära sig amma kan de göra tillsammans, oavsett vem som ammar. Båda behöver bli trygga kring hur amning och mjölkbildning fungerar, och lära sig läsa barnets signaler. Samtidigt kan de jobba med att dra igång eller fortsätta stimulera den icke-födande förälderns amning via pumpning. Efter att mjölken runnit till hos födande förälder, och i takt med växande trygghet kring amning kan de växla över till att låta bebisen ligga vid bådars bröst. En annan variant, till exempel om personerna ammat förut, är att bebisen ammar mer hos båda, och att även födande förälder då kompletterar med att pumpa och handmjölka. Det går alltid att kombinera bebisens sugande med handmjölkning och pumpning, men det är viktigt att familjen förstår vikten av hur den födandes mjölkproduktion etableras via amning.

Låt gärna barnet ligga hud mot hud med båda föräldrarna direkt från födelsen för att främja bådars amning, och det är bra om den som inte fött också provar att lägga till bebisen till bröstet redan på BB, för att få amningsstöd på BB. Att låta ett friskt och piggt barn ligga vid den icke-födandes bröst vid några tillfällen de första dagarna är ingenting som kommer att störa den födandes amning, särskilt inte om den icke-födande inte har mjölk i bröstet än. Om den icke-födande däremot redan har mjölk i bröstet, behöver föräldrarna förstå att detta motsvarar tillmatning och att den födande då behöver handmjölka eller pumpa för att kompensera

för att barnet inte suger lika mycket vid den födandes bröst.

Om tillmatning av medicinska skäl är aktuellt, kan barnet tillmatas med bröstmjölk från den icke-födande, om den har mjölk i bröstet. Misstänker man redan i slutet av graviditeten att barnet kommer behöva tillmatning efter födseln, kan den icke-födande pumpa, frysa in mjölk och ta med till förlossningen. Detta råd ges till födande med diabetes typ 1, och är alltså möjligt även för den födande föräldern från vecka 36. Om föräldraparet väntar tvillingar kan både pumpning under graviditeten och samamning vara extra värdefullt.

Den som vill amma ett barn den inte fött kan mötas av ifrågasättande, då det bryter mot de normer som finns kring amning idag. Den icke-födande behöver självtillit och självförtroende, vilket kan vara svårare att skaffa i en normbrytande situation. Personen kan börja ifrågasätta sig själv, och tolka barnets signaler som att den "inte vill", när det kanske handlar om taget runt bröstet, hunger eller flödet. Hjälps gärna till med tolkning och guidning, och bekräfta att personen inte gör något fel gentemot barnet.



Tips

- Se film på [rfsl.se](https://www.rfsl.se) om att tillverka ett enkelt tillmatningsset på eftervården till föräldrar.
- Där finns även en film med barnmorskan Elisa Corubolo kring att stödja samamning och inducerad amning.

Flaskmatning

Att kombinera amning och flaskmatning är ett val många regnbågsfamiljer gör. En del ger utpumpad bröstmjolk och andra ger bröstmjölksersättning på flaska. Deltagarna i våra föräldraförberedande grupper har uttryckt att barnmorskor verkar ha en stark ovilja att ge information kring flaskmatning och delamning. Man har mötts av: “det tar vi då, om det blir aktuellt”. Om familjer vill veta om/hur flaskmatning kan påverka eller störa amning beskriver de att budskapet endast är en tydlig avrådan på grund av att “då är det kört med amningen”. Detta kan leda till att

familjer som strävar efter jämlikhet istället avstår från att amma helt och istället flaskmatar direkt från födseln.

Att informera om andra alternativ till att mata sitt barn än helamning är inte motsatsen till att jobba amningsfrämjande, utan kan vara det som behövs för att föräldern ska kunna göra informerade val kring sitt barn. Flaskmatning kan störa amning, genom flaskpreferens eller minskad mjölkproduktion, men delamning är ett vanligt sätt att amma, och vårdpersonal behöver kunna ge amningsbevarande råd till familjer som kombinerar amning med flaskmatning.



Amningsbevarande råd vi gett i våra föräldragrupper:

- skaffa kunskap om hur mjölkproduktion fungerar utifrån tillgång-efterfrågan
- barns tillväxtperioder och deras behov av klusteramning (att amma ofta och länge)
- att kvällsoro, missnöjdhet och långa perioder vid bröstet är förväntat beteende hos barn och hör ihop med ökad mjölkproduktion
- råd kring hur man flaskmatar: att använda sig av “flaskmatning i barnets takt/lyhörd flaskmatning/ paced bottle feeding”, och vikten av långsamt och litet flöde med pauser för att efterlikna amning
- lyhördhet inför barnets beteende vid bröstet och flaskan, samt hunger- och mättnadssignaler
- vara beredd att ta bort flaska och istället mata via kopp eller tillmatningsset vid flaskpreferens
- metoder för att få barnet att vilja ta bröstet igen
- information om fördelen med att ge bröstmjolk i flaskan för att bibehålla mjölkproduktion
- pumpning för att bibehålla mjölkproduktionen om man introducerar ersättning
- råd för ökad mjölkproduktion, som “power pumpning” och bröstkompressioner under amning och/eller pumpning

Stöd till transpersoner som tilldelats könet pojke vid födseln

Alla människor föds med mjölkkörtlar, mjölgångar och bröstvärtor. Alla människor har med andra ord i teorin möjlighet att producera mjölk. Detta styrs till stor del av hormoner, men även mängden mjölkkörtlar/gångar. Transkvinnor kan vilja amma och inducera mjölkbildning. Det finns fallstudier och intervjuer som bekräftar att transkvinnor både har ammat och fått igång en mjölkproduktion, till exempel en transkvinna som helammade i sex veckor och fortfarande ammade när barnet var sex månader (Reisman-Goldstein, 2018, Ferri et al., 2020). I de fallen har amningsfrämjande läkemedel kombinerats med den antiandrogenbehandling som varit del av personens

könsbekräftande vård. Amningsförmåga beror också på hur många år personen stått på hormonbehandling innan amningsstart, då hormonbehandling under lång tid ger tillväxt och utveckling av bröstkörtlar och mjölgångar. Om personen gjort bröstkirurgi med implantat, finns samma risker för amningskomplikationer som för alla som gjort den typen av kirurgi. I Sverige är det oklart huruvida medicinering finns att tillgå och vilken kunskap läkare har kring att stödja den typen av inducerad amning. Detta är något som antagligen kommer att bli vanligare i framtiden. Oavsett hur möjligheterna ser ut att få igång en fungerande eller större mjölkproduktion, så är det möjligt att amma för närhet och tröst, samt med hjälp av tillmatningsset.



Stöd till transpersoner som tilldelats könet flicka vid födseln

Transmän och icke-binära kan ha en komplicerad relation till amning, men behöver inte ha det. Amning och bröst kopplas enligt normer till femininitet, kvinnlighet och moderskap och kan framkalla stark könsdysfori. Transpersoner som fött gör, precis som andra födande, olika kring amning. Några ammar länge, andra ammar en kortare tid, några kombinerar amning med flaskmatning, andra pumpar och ger på flaska, antingen enbart mjölk eller i kombination med ersättning och några flaskmatar med ersättning. Varje transperson som vill amma, ska få bästa möjliga stöd i det, och du kan redan under graviditeten planera in ett utökat och kontinuerligt amningsstöd efter förlossningen. Informera på ett brett och öppet sätt om möjligheterna runt amning och bröstmjölk: om tillmatningsset, att pumpa och ge egen mjölk via flaska, möjligheten att delamma och komplettera med ersättning, om amning utan mjölk som närhet och tröst, samt möjligheten att avstå amning och hur man då kan tänka kring att bygga närhet och anknytning via lyhörd flaskmatning/flaskmatning i barnets takt

Jag sa aldrig att jag var transman. På BB framstod vi som ett samkönat par, och vi låtsades att det var min fru som skulle pumpa. Man kände sig rätt ensam och utelämnad. Hade egentligen varit väldigt fint att få stöd. Men man är osäker på empatin. Jag ammade tillsammans med min fru i flera månader sen.

– icke-födande transman berättar om samamning

(Hoffkling et al., 2017, MacDonald et al., 2016, García-Acosta et al., 2019, Ferri et al., 2020, Falck et al., 2021).

Tips

Vid samtal kring amning:

- Fråga hur det känns att prata om amning och bjud in till att personen får korrigeras dig eller säga till om något inte känns bra.
- Ta reda på hur just den blivande förälder du möter förhåller sig till sin kropp och sitt bröst/sina bröst.
- Var lyhörd för vilka ord personen själv använder. Även könsneutrala ord som amning och bröst kan "kännas könade". Anta inte, utan fråga, och visa på så sätt att du är öppen och flexibel.
- Om något blir fel: be om ursäkt och gå vidare, sök inte bekräftelse på att det känns okej för personen.



2 Det stod tydligt i journalen att jag är ickebinär och det var som att personalen inte visste hur de skulle bete sig. Jag ville försöka amma, men fick aldrig något amningsstöd, så jag gick över till att börja flaskmata när jag kom hem.

Testosteronbehandling påverkar bröstet och gör att fettvävnaden i bröstet minskar. Bröstkörtelvävnaden blir tätare och hårdare, vilket gör bröstet mindre och tätare. Transpersoner rekommenderas att ha stått på testosteron i minst sex månader innan bröstkirurgi utförs, för att ge bättre förutsättningar för operationen. Detta ger också en tidsram för när hormonbehandlingen troligtvis också kan påverka en persons amningsförmåga. När en testosteronbehandling pausas och en graviditet påbörjas, påverkas bröstet av graviditetshormoner. Bröstkörtlar och mjölkgångar växer till, vilket i någon mån reverserar effekten som testosteron haft på bröstet (pers. komm. Antti Mikkola). Tillväxt av bröstet kan trigga könsdysfori men kan också upplevas neutralt eller önskat om personen önskar amma. Testosteron påverkar troligtvis förmågan att producera mjölk negativt, och får inte heller användas under en amning, då effekten på barnet inte är tillräckligt studerad. En ammande person kan återuppta sin testosteronbehandling direkt efter avslutad amning.

Det finns olika operationsmetoder vid

maskuliniserande bröstkirurgi, och sannolikheten att kunna amma beror på vald operationsmetod. Det är generellt större chans att kunna amma om bröstvärtan inte separerats från mjölkgångarna (pers. komm. Antti Mikkola). Det går inte att veta på förhand om det kommer att gå att få till en tillräcklig mjölkproduktion och/eller en fungerande amning. Det kan vara svårt för barnet att få ett bra tag om bröstet, på grund av att vävnaden och huden inte är så töjbar. Föräldern kan bli hjälpt av att lära sig "hamburgergreppet" eller att använda amningsnapp. Vid amningsstöd i en sådan situation kan ni behöva vara kreativa och prova flera olika sätt och vinklar för att hitta vad som fungerar. Det går inte på förhand att säga om en person som gjort bröstkirurgi kommer vilja amma eller ej. För några väcks de tankarna under graviditeten, eller då personen börjar planera för att bära ett barn. En person kan vara nöjd med sin bröstkirurgi, och samtidigt vilja amma, utifrån kunskap om att bröstmjölk är bra för barnet, eller önskan om den närhet som amningsrelationen erbjuder.

Vissa transpersoner som har en önskan om bröstkirurgi väljer att vänta med operation tills efter att de burit och ammat barn. En del transmän som inte gjort kirurgi väljer att binda in sitt bröst för att göra det plattare. Många års binding kan påverka bröstkörtelvävnaden på ett amningshämmande sätt. Om en person som ammar binder bröstet, kan det också påverka mjölkproduktionen negativt och öka risken för mjölkstockning.

Personer som genomgått maskuliniserande bröstkirurgi har olika erfarenheter av amning och matning. Några har kunnat producera överraskande mycket mjölk, några har fått fram några droppar och andra ingenting. Även en mindre mängd mjölk är värdefull för barnet. Några har kunnat få igång en fungerande amning i över sex månader, andra har ammat med hjälp av tillmatningsset och

ersättning, andra har delammat eller pumpat ut mjölk en kortare period. Andra har inte haft någon önskan att amma, och flaskmatning har varit självklart. Efter förlossning har vissa bröstopererade upplevt att bröstet svällt men att ingen mjölk har kommit ut, andra har inte upplevt någon svullnad eller mjölkproduktion alls, andra har läckt mjölk. Några har fått mjölkstockning, och har då inte upplevt att personalen haft kunskap kring hur graviditet och förlossning påverkar den opererade bröstkorgen (Hoffkling et al., 2017, MacDonald et al., 2016, García-Acosta et al., 2019, Ferri et al., 2020, Falck et al., 2021). Om en födande inte ska amma, behöver den få sedvanliga råd kring smärtlindring och stöd för bröstet/brösten. Tänk på att ordet BH är feminint kodat och tipsa istället om en sporttop eller liknande.

Könsdysfori och amning

För en person med könsdysfori finns en risk att amning kan leda till ökad ångest. Amning kan även, trots könsdysfori, upplevas positivt och att bröstet fått ett syfte och en funktion. I vår kontakt med transpersoner har det framkommit att man kan ha ett starkt obehag kring att amma, men ändå känna en inre press att göra det för att det uppfattas som det bästa för barnet och att man gärna vill ge sitt barn "det bästa". Amningen kanske också utförs, men till priset av ångest eller till och med behovet av att dissociera från sin kropp under tiden. Här saknas kunskap om effekterna runt anknytning och psykisk ohälsa. Att få uppleva närhet under matningsstunden kan vara viktigare för förälder och barn, än att barnet får i sig bröstmjölk. Det bästa för ett barn är en förälder som mår så bra som möjligt, vilket kan inkludera amningsavslut eller bortvald amning. Om ångest och dysfori uppstår när barnet läggs till bröstet, bör personen också upplysas om möjligheten att pumpa ut mjölk och ge på flaska.

Sammanfattning

Hbtq-personer kan ha behov av särskilt stöd runt amning och matning av barn och där är din lyhördhet som barnmorska oerhört värdefull. Att vara varsam i ditt bemötande av en familj med stark önskan om jämlikt föräldraskap är till stor hjälp. Inkludera normer och känslor kring amning i samtal om amning. Att fånga upp tankar och känslor kring amning och matning ger dig som barnmorska en möjlighet att möta familjen där de är kunskapsmäsigt och utifrån deras önskemål. Det är att arbeta amningsfrämjande.



Tips

På www.rfsl.se har vi samlat länkar med amningsinformation riktad till både hbtq-personer och vårdpersonal, samt facebookgrupper för hbtq-personer med möjlighet att få amningsstöd av andra i liknande situation/med liknande erfarenheter. Dit kan du hänvisa personer som önskar hbtq-specifikt amningsstöd. Där kan du också själv fördjupa din kunskap och se exempel på hur man kan uttrycka sig normmedvetet och inkluderande. Några av facebook-grupperna accepterar också allierade och vårdpersonal som söker kunskap.

7 Trygg graviditet

Blivande föräldrar har olika behov av stöd och information under väntan på barn. I detta kapitel går vi igenom hur du som barnmorska kan arbeta specifikt med riktat föräldrastöd och identitetsstärkande utifrån regnbågsfamiljers särskilda behov.

Det kändes väldigt snabbt som att vi var en liten grupp och att man vågade uttrycka eller sätta ord på saker. Ett safe space! Man behöver andra att prata med som är i liknande situation.

Föräldraförberedande grupper

Många hbtq-personer önskar att få prata om det kommande föräldraskapet med andra regnbågsfamiljer. Flera uttrycker också att den traditionella föräldraförberedelsen inom graviditetsvården inte känns aktuell, trygg, tillfredsställande eller varit tillgänglig. Inom projektet Regnbågsfamiljer i väntan har vi under två års tid hållit barnmorskeledda föräldraförberedande grupper, både fysiska och digitala, med sammanlagt cirka tvåhundra personer från cirka hundra familjer. Föräldrar från hela landet har deltagit. Varje familj har i samband med deltagande även erbjudits ett

enskilt postpartumsamtal online där fokus har varit att prata om förlossningsupplevelsen och bemötandet från vården. Många deltagare har uttryckt att de känt sig stärkta av gemenskapen med andra i våra föräldragrupper och att detta forum varit värdefullt som del av föräldraförberedelsen. Många uttrycker tacksamhet över att tillsammans med personer med liknande erfarenheter få fundera och reflektera kring olika vårdmöten, minoritetsstress och framtiden som regnbågsfamilj. Det framgår även att deltagarna tycker att det är skönt att få ett nätverk, som kan finnas kvar även när barnen blir äldre. Därför försöker vi skapa möjligheter för dessa familjer att fortsätta hålla kontakten med varandra efter sista träffen via uppbyggnad av ett nationellt nätverk för regnbågsfamiljer inom RFSL.

Riktade föräldraförberedande grupper kan stärka och rusta familjerna inför mötet med en heteronormativ omgivning, och kan användas som ett verktyg för den blivande familjen att minska minoritetsstress och kunna känna ökad trygghet inför förlossning och föräldraskap.

Vi har träffats i grupper om cirka fem familjer, vid fyra tillfällen. Första tillfället hand-



lar om att lära känna varandra, att sätta lite regler för gruppen och möjliggöra ett tryggt rum för erfarenhetsutbyte. Vi erbjuder stöd runt vars och ens familjejuridiska situation och pratar om resan mot graviditeten. Vår erfarenhet är att många har en lång resa innan graviditeten, och att det är bra att prata om den resan med andra som har förståelse för processen, till exempel ofrivillig barnlöshet, lång kötid, att utredas, misslyckade inseminationsförsök, tankar kring vem som ska bära barnet och varför det blev just den personen. Det kan ligga en sorg bakom en graviditet som också färgar tiden under och efter graviditeten.



Målsättning för RFSL:s föräldragrupper

- gemenskap, möjlighet till fortsatt kontakt
- erbjuda ett icke-normativt rum
- erfarenhetsutbyte
- stärka och stödja
- hbtq-kompetent och normmedveten information

Man säger någonting och så är det någon annan som också känt så, och det är så skönt att känna att det inte bara är jag.

Vid tillfälle två pratar vi om minoritetsstress och olika verktyg och strategier man kan använda för att öka chansen att kunna känna trygghet inför förlossningen. Tillfälle tre pratar vi om amning, flaskmatning och anknytning. Vanliga teman som kommit upp i grupperna är: att bilda familj bortom heteronormen, icke-genetiskt/icke-biologiskt föräldraskap, att vara den som inte bär barnet, diverse erfarenheter av heteronormativitet, cisnormer och homo- och transfobi. Det har också handlat om relationen till ens uppväxtfamilj och deras inställning till ens familjebildning, samt tankar runt att ha ett barn som har en donator som genetiskt ursprung och hur man ska tala med barnet om detta.

Minoritetsstress är ett intressant och viktigt begrepp.

Jag har nog känt av detta generellt, kring att vara lesbisk och ha en flickvän. Tror att det kommer finnas risk för mer minoritetsstress när barnet fötts och när det blir lite större, i skolan och så.

Vid fjärde och sista tillfället har barnen fötts och fokus är fjärde trimestern, första tiden med ett barn och allt vad det innebär med känslostormar och att vara nybliven förälder. Vi pratar om hur mötet med vården och släkten varit och lite om familjens tankar inför framtiden. Många lyfter oro och tankar kring mötet med myndigheter, BVC och förskolan.

Det känns som att det är samtalen, det som de andra delar med sig som är det mest värdefulla. Andras tankar och funderingar är ovärderliga.

Utifrån våra föräldragrupper har vi utformat ett föräldrastödande material med illustrationer, reflektionstexter och diskussionsfrågor utifrån olika teman kopplade till regnbågsfamiljer. Materialet kan användas i föräldragrupper eller i det enskilda mötet med den gravida/familjen. Du kan visa bilderna, läsa eller prata om reflektionstexten som tillhör bilden, och bjuda in till samtal och diskussion. Det är inte bara hbtq-personer som kan dra nytta av materialet. Även för heterosexuella cispersoner som väntar barn kan det vara värdefullt att få samtala utifrån flera teman i materialet, till exempel normer kring föräldraskap.



Äntligen här!

”Att bli och vara förälder” - ett föräldrastödjande material för hbtqi-personer, skrivet av barnmorskor med hbtqi-kompetens. Materialet vänder sig både till dig som planerar för barn eller väntar barn, men också till dig som är nybliven förälder.

Ladda ner som pdf eller beställ ett tryckt exemplar!



Du hittar
materialet för
nedladdning
på rfsi.se.



Tips



- Alla föräldragrupper och föreläsningar behöver göras inkluderande för föräldrar i olika familjesituationer, och innehållet behöver anpassas för att bli relevant för alla.
- Erbjud hbtq-personer riktade föräldraförberedande grupper om det finns underlag.
- Utgå gärna från vårt föräldrastödjande material i grupper eller enskilda samtal. Tipsa familjerna om att använda materialet hemma för reflektion.
- Samarbeta med närliggande mottagningar för att hitta fler hbtq-personer som väntar barn. Digitala grupper kan radera problem med långa avstånd.
- Om ni inte har möjlighet att ordna en egen grupp: erbjud en enskild extra träff för regnbågsfamiljer, eller se till att det finns mer än en regnbågsfamilj i en grupp.
- För transpersoner, ensamstående och icke-genetiska föräldrar kan det vara värdefullt med separata grupper. Beräknat födelsedatum är ibland av mindre vikt om man kan få vara del av en grupp med andra med samma erfarenheter eller bakgrund som en själv.

Stöd till personer med könsdysfori

Barnmorskor är vana att i mötet med en gravid arbeta bekräftande kring de kroppsliga förändringar som sker. Dessa förändringar ses och beskrivs ofta utifrån en kvinnokropp: till exempel att någon får "kvinnliga former" eller en "mammage". En transperson kan behöva specifikt stöd runt att få så kallat "kvinnliga former", eller att bröstvävnaden växer och smärtar, vilket kan öka eller förstärka könsdysfori. Flera barnmorskor har i kontakten med oss uttryckt osäkerhet kring hur man kan bekräfta en man eller ickebinär som är gravid. Här kanske du själv behöver hitta ett nytt sätt att se på den gravida kroppen bortanför kvinnlighet och moderskap. Vissa transpersoner har upplevt att könsdysfori istället minskat i samband med graviditet, då de kroppsdelar som tidigare inte känts rätt nu fått en tydlig funktion. Du som barnmorska får då en chans att hjäl-

pa till att bekräfta och stärka de funktionerna. Stöd gärna den gravida genom att förklara att kroppen just nu fungerar och gör det den ska, till exempel att kroppsliga förändringar sker för att barnet ska få plats, och inför att kunna föda ut barnet och även kunna amma, om personen önskar det. Transpersoner har berättat att det blivit lättare att uppleva oönskade kroppsliga förändringar om man fått information och varit förberedd på vad som ska hända (Falck, 2021). Det är vanligt att ord som beskriver kroppsdelar som är förknippade med ett visst kön, som till exempel vagina och slida, inte känns rätt. Koppla förändringarna som sker i kroppen till att personen ska bli förälder istället för att vara kvinna eller bli mamma. Med transmän kan du arbeta bekräftande genom att använda ord kopplade till maskulinitet, på samma sätt som många traditionellt gör kring femininitet och graviditet/födande.

Transpersoner uppger att de uppskattar att personalen:

- respekterar deras integritet
- använder korrekta ord (pronomen eller familjeord)
- ger relevant information
- lyssnar
- ställer rätt frågor
- förutser och efterfrågar behov
- validerar personen i dess tankar och känslor
- tar ansvar för sitt eget lärande
- erbjuder kontinuitet i vården (Falck et al., 2021)



Tips

- Fråga på ett respektfullt sätt om personen har erfarenheter av könsdysfori. Förklara varför du frågar, var noga med att det inte handlar om nyfikenhet, utan om att du vill kunna erbjuda rätt stöd.
- Fråga om det finns ord kopplat till kroppen, graviditet eller förlossning som personen är obekvämer/mer bekväm med att använda. Journalför dessa!
- Använd vid behov bilder för att förklara förlossningsförloppet eller vad som händer under graviditeten, istället för att använda ord patienten är obekvämer med.



Stöd vid förlossningsrädsla

Barnmorskor inom graviditetsvården och samtalsbarnmorskor behöver kunskap om hur hbtq och minoritetsstress påverkar förlossningsrädsla. En önskan om planerat kejsarsnitt kan till exempel vara kopplad till minoritetsstress och oro för dåligt bemötande under förlossningen eller till könsdysfori kring kroppen och födande. Om den gravida önskar ett planerat kejsarsnitt bör en läkartid bokas så tidigt som möjligt för förlossningsplanering. I vår kontakt med transpersoner som önskat kejsarsnitt har det framgått att det varit en stark lättnad att ha fått kejsarsnitt beviljat tidigt, och att det minskat stressen runt kropp och graviditet.

Möjligheterna för en gravid/de blivande föräldrarna att känna trygghet och lita på vårdpersonal är en förutsättning för att kunna behandla förlossningsrädsla. Minoritetsstress kan försvåra vårdrelationen, och det kan därför vara svårare att bygga upp den tillit som behövs för att kunna samtala om hur ökad trygghet skulle kunna skapas inför förlossning. Det kan därför vara bra att boka in familjer till en samtalsbarnmorska redan tidigt i graviditeten. Alla förlossningsrädda behöver inte nödvändigtvis gå till en samtalsbarnmorska. Du som känner den eller de blivande föräldrarna bäst kan också lyssna och tillsammans med den/dem göra en födelseplan utifrån tankar och rädslor. Lyssna specifikt på den del som handlar om hbtq. Vad kan du göra för att öka möjligheterna till trygg-

het och minskad minoritetsstress? Ofta kan kontinuitet i vårdkedjan, ett kontinuerligt stöd och vetskap om hbtq-kompetens vara viktiga nycklar. Lyssna även specifikt på de delar som handlar om kroppen och kroppslig integritet. Här kan det handla om att tydligt beskriva hur och när en person inte önskar att bli rörd eller tagen i, att undvika eller reducera antalet kroppsliga undersökningar och att hitta alternativ till inre undersökningar för att bedöma förlossningens fortskridande.

Sammanfattning

Du kan vara med och skapa en viktig plats för ökad trygghet och gemenskap, genom att erbjuda blivande regnbågsfamiljer riktade föräldraförberedande grupper. Använd gärna vårt föräldrastödjande material. Genom ett inkluderande och hbtq-kompetent bemötande kan du hjälpa till att minska otrygghet inför föräldraskapet, minoritetsstress och förlossningsrädsla. All rädsla behöver inte per automatik remitteras till en samtalsbarnmorska, utan ibland finns ett värde i att du som känner familjen och har deras förtroende kan prata med dem om deras tankar och känslor inför förlossningen. Du kan göra skillnad bara genom att lyssna.

8 Tryggt födande

Att föda barn är för de flesta ett minne för livet. Minnen kring vad som hänt under förlossningen, både det fina, men även om något blir fel finns kvar för evigt hos familjen. Din roll och din aktiva fysiska och mentala närvaro som barnmorska kan vara avgörande för att regnbågsfamiljer eller personer med könsdysfori ska kunna känna trygghet under förlossningen.

Första mötet med förlossningen

Läs sammanfattningen i journalen innan du antar något om patienten som är på väg in på förlossningen. Ibland hinns det inte med, akuta situationer uppstår, och du kan hamna hos blivande föräldrar utan att veta något om dem. När du möter personer i en akut eller rörig situation, försök arbeta med öppna frågor, för att slippa säga eller anta något som skapar stark stress och oro hos den du möter.

Bekräfta gärna den eller de som kommer redan i entrén, visa att du ser dem och att du vet att det är de som är den blivande familjen. Om du är den som vet att en regnbågsfamilj är på väg in, informera gärna personalen som kommer ta emot dem om hur familjen ser ut för att minska risken för ett heteronormativt bemötande. Ställ frågor så att en eventuell icke-födande förälder också får möjlighet att svara. Det är viktigt att inkludera alla föräldrar tidigt.

En blivande förälder/familj har dock ingen skyldighet att förklara något kring hur familjen ser ut, hur graviditeten kommit till eller hur en eventuell könsdysfori ser ut. Läs journalen noga när du får möjlighet och har du något du funderar över som kan anses väldigt privat bör du i första hand fråga en kollega. Fråga om det som du specifikt behöver veta för att ge familjen bästa möjliga vård.

Förlossningsbrev

I våra föräldragrupper brukar vi informera deltagarna om funktionen med sammanfattningen som skrivs i slutet av graviditeten och om förlossningsbrev. För en del kan det kännas skönt att vissa saker inte står med i en journal. Då kan istället förlossningsbrevet vara ett bra sätt att låta personalen få veta mer om ens familj och tankar/rädslor. Där kan förälder/föräldrar med egna ord förtydliga kring pronomen, könsidentitet och om de familjeord de valt att använda.

Fråga om de har skrivit ett förlossningsbrev. Läs det. Bekräfta det som står i brevet och inge förtroende genom att ta upp de saker de skrivit om i brevet. Har de skrivit tydliga tankar om hur de vill göra med amning/samamning/delamning/flaskmatning, bekräfta dem i det och bjud in till att de kan ställa frågor kring det. Står det tydligt att de inte ska amma, fråga hur de vill göra precis när barnet fötts. Vill den som fött ha barnet hud mot hud på bröstet? Fråga gärna lite generellt om hur de tänkt kring förlossningen. Vem ska klippa navelsträng? Hur har de förberett sig inför förlossning? Bjud fram den andre/de andra föräldrarna och låt dem vara nära den födande när du talar till dem. Kom ihåg

att en ensamstående förälder kan ha med sig en stödperson in till förlossningen som inte är förälder eller partner.

Behov av kontinuitet

Kontinuitet i vårdkontakter är viktigt rent generellt för en positiv graviditets- och förlossningsupplevelse. Det ger en känsla av ökad tillit och teamwork. Att erbjuda en trygg relation gör att patienten upplever ett emotionellt stöd och tillåts växa i sig själv. Så som sjukvården är utformad idag på många platser behöver en födande träffa ny personal tre gånger per dygn, vilket tar enormt mycket energi, särskilt om man har en underliggande minoritetsstress. Därför bör patienter få träffa så få barnmorskor som möjligt för att öka möjligheten att känna trygghet (Dahlberg et al., 2013). En del av de vi möter i våra föräldraförberedande grupper söker sig till projekt såsom Min barnmorska (på Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge, Stockholm), där möjligheten att skapa förtroende för den barnmorska som närvarar under förlossningen är större, vilket ger en ökad trygghet inför förlossningen.

En del regnbågsfamiljer känner sig mer trygga under förlossningen om de kan ha med en doula de träffat och skapat en relation med redan under graviditeten. Doulan kan agera mellanhand mellan familjen och dig som vårdpersonal, vilket för vissa minskar minoritetsstress. Fråga gärna den blivande familjen vad de önskar för stöd från dig som barnmorska, särskilt om de har med en doula. En doulas närvaro betyder inte att du inte behövs i rummet, och du är trots allt medicinskt ansvarig i rummet.

Att vara naken

För vårdpersonal är kroppar och nakenhet något vi möter i vardagen. Ibland kan vi behöva påminna oss om att personer vi möter

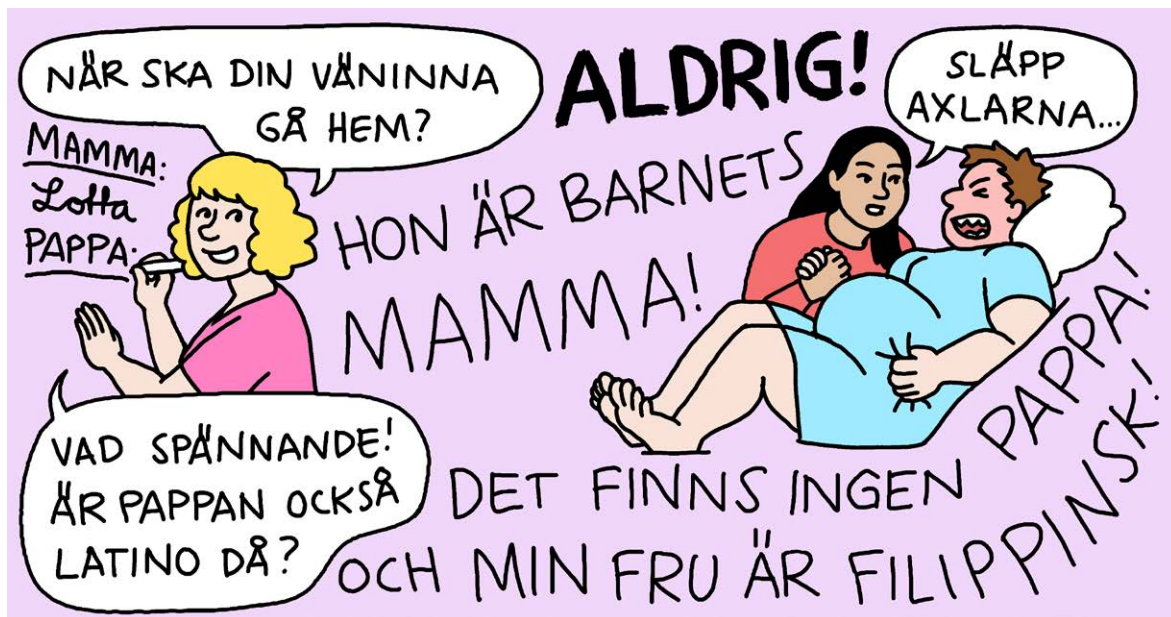
är mer eller mindre obekväma med att visa sig avklädda inför andra. För en del är detta kopplat till könsdysfori, exempelvis kan man känna sig obekvämt med sitt underliv och bröst. Kom ihåg att lyssna in patienten du har framför dig och använd de ord för kroppsdelar som patienten använder. Var lyhörd för om patienten ter sig obekvämt inför att klä av sig eller att bli undersökt. Låt inte personen vara naken i en utlämnande situation längre än nödvändigt. Minimera hur många i personalen patienten behöver möta och minimera antalet vaginala undersökningar. Ibland kan vi behöva stanna upp och reflektera över vad syftet med täta undersökningar är. Har en person regelbundna värkar och ingen epidural bör vi kunna lita på att vi har en progress i förlossningsarbetet. Förklara varför du vill göra en undersökning och ha gärna en undersköterska med dig för att exempelvis kunna utföra en amniotomi i samband med undersökningen istället för att behöva göra ytterligare en undersökning tätt inpå. Erbjud alltid patienten att kunna skyla sig med ett lakan.

Fler än två föräldrar

Även på förlossningen och eftervårdsavdelningen är det bra att se över den fysiska miljön. Om det kommer en blivande familj med fler än två föräldrar, finns det då sittplats åt alla föräldrar? Hur tänker vi vid överflytt till BB, kan fler än en person utöver den som fött barnet och barnet sova kvar?

Informationsöverföring till andra vårdinrättningar

Ibland uppstår saker som gör att andra vårdinrättningar eller avdelningar som inte använder samma journalsystem behöver blandas in. Ett sånt exempel kan vara ett barn som behöver läggas in på neonatalen efter födseln. En del neonatalavdelningar använder inte samma journalsystem som förlossnings-



avdelningen och eftervården, och då finns en risk att information om hur familjen ser ut inte når fram, vilket i sin tur leder till ökad risk för felkänande eller heteronormativa antaganden. Vid överflytt av ett barn till neo, fråga föräldrarna om de vill att du pratar med personalen om hur deras familj ser ut, familjeord de valt använda eller förtydligande kring pronomen.

Det kan även vara aktuellt vid överflytt av den födande till operationsavdelning och uppvaket, som på vissa sjukhus använder pappersjournal. Där blir din muntliga rapport viktig!

Den vanligaste kontakten med någon utanför förlossningsavdelningen är kontakten med narkosläkare i samband med beställning av epiduralbedövning. De har ofta hög arbetsbelastning och går inte alltid in och läser på om patienter, och därför kan det vara bra att fånga läkaren och ge en rapport om pronomen eller hur familjen ser ut – om det är relevant!

Sammanfattning

Att få dela den minnesvärda stund då en familj blir till är bland det finaste man kan få uppleva. Att som barnmorska få göra det till vardags är än mer speciellt. Vi kan ibland behöva påminna oss om och reflektera kring att det som är vardag för oss, kan vara en familjs finaste och största ögonblick i livet. Vad gör vi som barnmorskor per automatik för att vi lärt oss arbeta systematiskt och effektivt då arbetet ibland kräver det, och hur påverkar det den enskilda familjens första möte? Fråga gärna exempelvis en undersköterska som varit med på en födsel med dig, hur du uppfattas i rummet och om du gör något som kan upplevas som taktöst. Är vi öppna för att utvecklas och förändras i patientmötet kan det ibland vara värt att ändra våra rutiner och invanda mönster. För vi är trots allt där för våra patienter.

9 Avslutning

Kunskap ger trygghet. Din trygghet kan ge regnbågsfamiljerna trygghet. Trygga föräldrar ger trygga barn. Du har, genom att ta del av detta kunskapsstöd, tagit ansvar som barnmorska och höjt din hbtq-kompetens. Dela gärna med dig av dessa kunskaper till dina kollegor och använd dig av checklistan för att inventera er arbetsplats. Vad kan ni göra för att era patienter ska känna sig inkluderade och trygga, oavsett kön, könsidentitet, sexuell läggning, funktionalitet, religion och etnisk bakgrund?



Att utvecklas i sin yrkesroll är en ständigt pågående process och ingen är någonsin fullärd. Det är troligen också något du, precis som vi som tagit fram detta kunskapsstöd, älskar med att vara barnmorska. Vi behöver ständigt påminna oss om att varje individ vi har framför oss har en unik historia bakom

sig, och vi får kanske bara se en glimt av allt det i vårt möte med personen. Att arbeta individanpassat och familjecentrat är ett effektivt sätt att undvika att någon känner sig förbisedd oavsett om man är den som bär barnet eller inte. Med de arbetsvillkor barnmorskor och annan vårdpersonal har

att förhålla sig till är det inte alltid lätt. Var snäll mot dig själv och ge dig själv den roliga utmaningen att utvecklas!

Ta chansen att reflektera för dig själv eller tillsammans med kollegor eller vänner. Om du är en heterosexuell cisperson som vill reflektera tillsammans med en hbtq-person i din närhet, fråga om lov. Alla hbtq-personer är inte bekväma med att bli "representanter" för en hel minoritetsgrupp. Det kan även vara bra att påminna sig vid samtal om detta att det på din arbetsplats kan finnas personer som är hbtq, men som valt att inte vara öppna med det.

Hur kan vi minska minoritetsstress?

Målet med detta kunskapsstöd har varit att erbjuda den kunskap vi fått av forskning, möten med regnbågsfamiljer, både enskilt och i våra föräldraförberedande grupper. Avslutningsvis kommer här en sammanfattning som summerar de tips vi skrivit om i detta material.

- **Använd öppna frågor**
– "Hur ser din familj ut?"

Backa från antaganden kring hur en familj ser ut och ställ öppna frågor i mötet med blivande föräldrar

- **Bekräfta genom språket**
– "Vilka ord vill du att jag använder?"

Fråga efter pronomen och föräldraord och använd genomgående de ord som den gravida/familjen själva använder. Få med i journalen!

- **Var medveten om könsdysfori**
– "Finns det ord som du vill att jag undviker?"

Fråga patienten om det finns ord kopplat till kroppen, graviditet eller förlossning som den är obekväma med att använda. Vid behov, använd bilder för att förklara förlossningsförlopp eller förändringar under graviditeten.

- **Bekräfta alla föräldrar som viktiga och självklara**
– oavsett genetiska eller juridiska band.

- **Erbjud ett normmedvetet amningsstöd**

Inkludera normer och känslor kring amning i samtal om amning. Försök att backa från antaganden, som till exempel att alla som föder vill amma, eller att endast den som föder vill amma.

- **Använd ett inkluderande språk**

Pratar du generellt och vill inkludera alla familjer kan ord som den gravida, den bärande, den födande, förälder, medförälder/medföräldrar, icke-bärande, partner/s och stödperson under förlossningen vara bra termer att använda. Kom ihåg att situationen avgör vilket ord som är bra att använda – partner är till exempel ett ord för att beskriva en relation mellan vuxna men är inte ett föräldraord.

- **Dokumentera normkreativt!**

När heteronormen begränsar – skriv om familjen i journaltext istället, exempelvis under sökordet "socialt". Fråga även familjen vad de vill ska stå i sammanfattningen för att möjliggöra ett så bra bemötande som möjligt i övergången till förlossningen.

- **Ställ endast relevanta frågor om vägen till graviditet, kropp, sexualitet eller identitet**

Innan du ställer en fråga, fundera på varför och hur. Använd 3-stegmetoden:

1. Nu kommer jag att ställa frågor om...
2. Jag ställer frågorna för att ...
3. [frågan ställs]

- **Välkomna till förlossningen**

Bekräfta familjen redan i entrén, visa att ni ser dem som den blivande familjen. Vet ni att familjen är på väg in, informera personalen som tar emot dem om hur familjen ser ut för att minska risken för felaktigt bemötande. Ställ frågor så att en eventuell icke-födande förälder också får möjlighet att svara.

- **Signalera trygghet**

Ett sätt att inge trygghet med din hbtq-kompetens är att ha ett nyckelband eller en namnskylt i regnbågens färger.

- **Korrigerera felsäkringar**

Be om ursäkt och korriger om du råkar säga fel – gör det inte till en stor grej!

- **Ta ansvar för kunskapsluckor**

Din kompetenshöjning är din (och din arbetsgivares) ansvar och aldrig din patients.

- **Jobba med dina egna föreställningar**

Fundera på hur normer kan påverka dig i din yrkesroll och vilka konsekvenser de kan få i mötet med patienter. Reflektera över om din egen position i relation till normerna kan påverka din syn på hbtq-frågor.

- **Erkänn misstag, ta hjälp av varandra och var snäll mot dig själv i processen**

Ingen kan allt. Alla påverkas av och handlar utifrån begränsande normer ibland. Att granska sig själv kan kännas jobbigt – men det är en viktig del i förändringsarbete.





Checklista för att inventera er verksamhet

Ta på er “hbtq-glasögonen” och inventera er verksamhet med listan som stöd för att få syn på hur ni kan utvecklas för att bli mer inkluderande. Om ni har flera kryss i rutan för nej, fundera på vilka förändringar ni kan göra direkt och vilka förändringar som behöver och kan åtgärdas på längre sikt.

Fysisk miljö	Ja	Nej	Kommentar
Finns könsneutrala toaletter (för besökare och medarbetare)?			
Finns möjlighet att amma i avskildhet ?			
Signalerar er fysiska miljö hbtq-kompetens genom symboler som regnbågsflagga eller liknande?			
Finns det rum som rymmer familjer med fler än två föräldrar ?			
Finns det material, bilder, tavlor eller annat som kan uppfattas som inkluderande för regnbågsfamiljer?			

Bemötande	Ja	Nej	Kommentar
Finns det riktlinjer för ett inkluderande bemötande?			
Frågas det efter pronomen i nya patientmöten?			
Frågas det efter patientens egna definitioner kring föräldraord i mötet med nya patienter?			

Dokumentation	Ja	Nej	Kommentar
Finns det möjlighet att registrera ett manligt personnummer hos den gravida?			
Dokumenteras patienters pronomen och självvalda föräldraord ? (om ja, hur?)			
Ges den gravida/familjen möjlighet att tydliggöra i sammanfattningen av graviditeten de ord som är viktiga kopplat till tex föräldraord, pronomen eller relationen mellan dem som är med under förlossningen?			



Fysiskt och digitalt informationsmaterial

Ja Nej Kommentar

Ges alternativet ickebinär, annat eller vill inte definiera när kön används som kategori i blanketter och enkäter?			
Används begrepp utöver man och kvinna, (till exempel kvinnor, män och ickebinära , kvinnor, män och andra ?			
Används begreppet partner som komplement till, eller istället för make/maka?			
Användes begreppet föräldrar som komplement till/istället för mamma och pappa?			
Används begreppet medförälder som komplement till/istället för pappa?			
Används begreppet den gravida, bärande eller födande som komplement till/istället för kvinnan eller mamman?			
Används begreppet graviditetsvård som komplement till/istället för mödrahälsovård?			

Fysiskt och digitalt informationsmaterial (forts.)

Ja Nej Kommmentar

Används bilder eller filmer med samkönade par ?			
Används bilder eller filmer med personer som bryter mot cisnormen ?			
Används bilder eller filmer med ensamstående föräldrar ?			
Används bilder eller filmer med familjer bestående av fler föräldrar än två ?			
Finns det blanketter eller informationsmaterial som är irrelevanta eller exkluderande för hbtq-personer?			
Finns det blanketter eller informationsmaterial som är relevanta och inkluderande för hbtq-personer?			
Finns det informationsmaterial som är riktat till hbtq-personer ?			



Hbtq-kompetens	Ja	Nej	Kommentar
Finns grundläggande kunskaper i hbtq-begrepp hos personalen?			
Får personalen kontinuerlig möjlighet att kompetensutvecklas inom hbtq ?			
Finns kunskap om minoritetsstress ?			
Finns kunskap om förlossningsrädsla hos lesbiska, bisexuella och transpersoner?			
Finns kunskap om vägar till föräldraskap för hbtq-personer?			
Finns kunskap om könsdysfori kopplat till graviditet och amning ?			
Finns kunskap om samamning/ inducerad amning ?			

Begreppsordlista

Ordlista med hbtq-relaterade begrepp som används i materialet.

Hbtqi	Förkortning för homosexuella, bisexuella, transpersoner, queera och intersexpersoner.
Homosexuell	Person som attraheras av och blir kär i personer av samma kön som en själv.
Bisexuell	Person som attraheras av och blir kär i personer oavsett kön.
Transperson	Att bryta mot normer kring könsidentitet/könsuttryck och samtidigt identifiera sig med begreppet trans. Gemensamt för transpersoner är att ens könsidentitet och/eller könsuttryck inte stämmer överens med det juridiska kön man blev tilldelad när man föddes. Trans har ingenting med ens sexualitet att göra.
Ickebinär	En person vars könsidentitet inte är kvinna eller man. En del känner sig som både man och kvinna, andra att man befinner sig mellan de två kategorierna. Många ickebinära är inget kön.
Queer	Att på något sätt bryta mot normer kring kön, sexualitet och/eller relationer. Exempelvis genom att vara transperson, icke-monogam, att skaffa barn med en vän eller att vara flera föräldrar. Det kan även innebära att inte vilja eller kunna definiera sitt kön eller sin sexuella läggning.
Intersex	Ett medfött tillstånd i vilket könskromosomerna, könskörtlarna (testiklar eller äggstockar) eller könsorganens utveckling inte följer det förväntade.
Könsbekräftande behandling	Den vård som ges för att förändra kroppen så att den stämmer överens med könsidentiteten och för att minska könsdysfori. Det kan vara hormonbehandling, olika typer av kirurgi, hårborttagning eller röstträning.

Könsdysfori	En stark känsla av att vara tilldelad fel kön, vilket orsakar psykiskt lidande och påverkar förmågan att fungera i vardagen. Könsdysfori kan vara kroppslig och/eller social.
Könsidentitet	En persons självupplevda kön, det vill säga det kön man känner sig som och vet att man är (exempelvis kvinna, man eller ickebinär).
Tilldelat kön	Det kön som registrerades vid födseln baserat på hur ens kropp såg ut då.
Cisperson	Person som identifierar sig med det kön som den fått registrerat vid födseln.
Cisnorm	Den norm som förutsätter att alla är cispersoner, föreställningen om att det bara finns två kön och en förväntan på att män ska ha ett visst könsuttryck, kvinnor ett annat.
Heteronorm	Normer kopplat till kön och sexualitet. Enligt heteronormen är människor antingen kvinna eller man. Kvinnor förväntas vara feminina och män förväntas vara maskulina. Alla förväntas vara heterosexuella och vilja ha tvåsamma, monogama kärleksrelationer. I heteronormen ingår också förväntningar om hur en familj bör se ut. Detta påverkar exempelvis lagar kopplat till föräldraskap, journalsystem och det bemötande man får från omgivningen.

Referenser

- Appelgren Engström, H., Häggström-Nordin, E., Borneskog, C., & Almqvist, A. L. (2018). Mothers in Same-Sex Relationships Describe the Process of Forming a Family as a Stressful Journey in a Heteronormative World: A Swedish Grounded Theory Study. *Maternal and child health journal*, 22(10), 1444–1450.
- Appelgren Engström, H., Häggström-Nordin, E., Borneskog, C., & Almqvist, A. L. (2019). Mothers in same-sex relationships-Striving for equal parenthood: A grounded theory study. *Journal of clinical nursing*, 28(19-20), 3700–3709.
- Barkensjö, M., Greenbrook, J., Rosenlunch, J., Ascher, H. & Elden, H. (2018). The need for trust and safety inducing encounters: a qualitative exploration of women's experiences of seeking perinatal care when living as undocumented migrants in Sweden. *BMC Pregnancy Childbirth* 18, 217.
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane database of systematic reviews*, 7 (7).
- Charter, R., Ussher, J. M., Perz, J., & Robinson, K. (2018). The transgender parent: Experiences and constructions of pregnancy and parenthood for transgender men in Australia. *International Journal of Transgenderism*, 19(1), 64–77.
- Dahlberg, U. & Aune, I. (2013). The Woman's Birth Experience – The Effect of Interpersonal Relationships and Continuity of Care. *Midwifery*, Volume 29, Issue 4, 407-415,
- Dalén, L. (2018). *Amning i nöd och lust: skapa de bästa förutsättningarna för amning och bli din egen amningsrådgivare*. Malmö: www.roosbocker.se.
- Everett, B., Kominarek, M., Mollborn, S., Adkins, D. & Hughes, T. (2019). Sexual Orientation Disparities in Pregnancy and Infant Outcomes. *Matern Child Health J*. 2019 January; 23 (1): 72-81.
- Falck, F., Frisé, L., Dhejne, C. & Armuand, G. (2021). Undergoing pregnancy and childbirth as trans masculine in Sweden: experiencing and dealing with structural discrimination, gender norms and microaggressions in antenatal care, delivery and gender clinics, *International Journal of Transgender Health*, 22:1-2, 42-53.
- Ferri, R. L., Rosen-Carole, C. B., Jackson, J., Carreno-Rijo, E., Greenberg, K. B., & Academy of Breastfeeding Medicine (2020). ABM Clinical Protocol #33: Lactation Care for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, Questioning, Plus Patients. *Breastfeeding medicine : the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 15(5), 284–293.
- García-Acosta, J. M., San Juan-Valdivia, R. M., Fernández-Martínez, A. D., Lorenzo-Rocha, N. D., & Castro-Peraza, M. E. (2019). Trans* Pregnancy and Lactation: A Literature Review from a Nursing Perspective. *International journal of environmental research and public health*, 17(1), 44.

- Hoffkling, A., Obedin-Maliver, J., & Sevelius, J. (2017). From erasure to opportunity: a qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(Suppl 2), 332.
- Klittmark, S., Garzón, M., Andersson, E., & Wells, M. B. (2018). LGBTQ competence wanted: LGBTQ parents' experiences of reproductive health care in Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(2), 417–426.
- Lundberg, T., Malmquist, A., & Wurm, M. (2017). HBTQ+: *Psykologiska perspektiv och bemötande*. Natur och Kultur: Stockholm.
- MacDonald T. K. (2019). Lactation Care for Transgender and Non-Binary Patients: Empowering Clients and Avoiding Aversives. *Journal of human lactation : official journal of International Lactation Consultant Association*, 35(2), 223–226.
- MacDonald, T., Noel-Weiss, J., West, D., Walks, M., Biener, M., Kibbe, A., & Myler, E. (2016). Transmasculine individuals' experiences with lactation, chestfeeding, and gender identity: a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth*, 16, 106.
- Malmquist, A. (2015). *Pride and prejudice* [Elektronisk resurs] *Lesbian families in contemporary Sweden*. Diss. (sammanfattning) Linköping : Linköpings universitet.
- Malmquist, A., Jonsson, L., Wikström, J. & Nieminen, K. (2019). Minority Stress Adds an Additional Layer to Fear of Childbirth in Lesbian and Bisexual Women, and Transgender People. *Midwifery*, Volume 79, December 2019.
- Meyer I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*, 129(5), 674–697.
- Moon, Jasper (2012). *Two-Parent Co-Nursing in Queer Families*, Bachelor's Research Project in Midwifery, Birthingway College of Midwifery, Portland OR, USA.
- Reisman, T., & Goldstein, Z. (2018). Case Report: Induced Lactation in a Transgender Woman. *Transgender health*, 3(1), 24–26.
- Schnell, A. (2013). *Breastfeeding Without Birthing: A Breastfeeding Guide for Mothers Through Adoption, Surrogacy, and Other Special Circumstances*. Amarillo: Praeclarus Press.
- Wolfe-Roubatis, E., & Spatz, D. L. (2015). Transgender men and lactation: what nurses need to know. *MCN. The American journal of maternal child nursing*, 40(1), 32–38.

Länkar:

Hälso- och sjukvårdslagen, Diskrimineringslagen, Lagen om genetisk Integritet:
www.riksdagen.se

MFoF “En nationell strategi för ett stärkt föräldraskapsstöd” www.mfof.se

RFSL “Oavsett kön? – Handbok för arbete med jämställdhet och trans”:
www.rfsl.se/wp-content/uploads/2020/01/OavsettKo%CC%88n.pdf

RFSL:s och RFSL Ungdoms hemsida om trans, Transformering:
www.transformering.se

Rikshandboken 2021:
www.rikshandboken-bhv.se/amning-och-nutrition

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter:
www.folkhalsomyndigheten.se/livs-villkor-levnadsvanor/sexuell-halsa-hivprevention/sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter

Socialstyrelsens kunskapsstöd om intersex:
www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2020-4-6695.pdf

Socialstyrelsens kunskapsstöd “God vård av vuxna med könsdysfori”:
www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2015-4-7.pdf



TACK!

Vi vill rikta ett stort tack till alla föräldrar som deltagit i våra grupper och på ett öppenjärtigt sätt delat med sig av sina upplevelser, tankar och känslor under sin tid i väntan och efter födseln. Tack till alla som kommit med värdefull input kring både sakfrågor och faktagranskning.



Särskilt tack till Lotta Andréasson Edman och Karin Wrangsell på Mama Mia Söder för ert brinnande engagemang för regnbågsfamiljer. Tack Anna Malmquist, Felicitas Falck Bergström och Heléne Appelgren Engström med flera för er värdefulla forskning kring hbtq-personers upplevelser av graviditets- och förlossningsvård. Tack Anna Maria Westlund och Elisa Corubolo för värdefulla tankar kring normbrytande amning. Tack kirurg Antti Mikkola för att du tagit dig tid att dela med dig av dina kunskaper kring maskuliniserande bröstkirurgi.

Detta kunskapsstöd har tagits fram av barnmorskor och sakkunniga på RFSL, Riksförbundet för homo-, bisexuella, transpersoner, queera och intersexpersoners rättigheter, som en del av projektet Regnbågsfamiljer i väntan. Det riktar sig i första hand till barnmorskor, men även annan vårdpersonal som möter hbtq-personer inom graviditets- och förlossningsvården.

Vi har sett att okunskap med brister i bemötande och kring språk är återkommande teman som lyfts av regnbågsfamiljer efter kontakt med vården. Därför vill vi erbjuda fördjupad kunskap om hbtq-personers specifika behov av stöd i samband med graviditet och förlossning.

