

Masterafhandling ved Masteruddannelsen i Sexologi

Aalborg universitet

**Et kvalitativt interviewstudie om transmænd og nonbinære transmaskuline personers
ønsker, oplevelser, følelser og erfaringer vedrørende amning og madning af deres
nyfødte børn.**



Karo Bojsen Træden (den/de)

Studie nr. 20211277

Maj 2023

Vejleder: Christian Graugaard

Anslag, inkl. mellemrum: 109.724

Den største tak skal gå til alle respondenter og deres familier. Tak for jeres tillid og for at fortælle jeres historier.

Tak til min vejleder Christian Graugaard

Tak til Alek, Cami, Sb, Simon, Sof, Willie og min familie

Indholdsfortegnelse

Resume	4
Abstract	5
Indledning	6
Problemformulering	10
Forskningsspørgsmål	11
Disposition til læseren	11
Begrebsafklaring	12
Tabel 1. Begrebsoversigt	12
Metodeafsnit	15
Metodiske overvejelser	15
Indsamling af kvalitativ empiri via interviews	15
Interviewguide	16
Tabel 2. Inklusionskriterier	17
Rekruttering	18
Transkribering og dataanalyse	19
Etiske overvejelser	21
Forforståelse og egen position	22
Metodekritik	23
Præsentation af teori	24
Tabel 3. De tre sfærer	26
Anvendelse af Honneths teori	27
Præsentation af respondenter	27
Tabel 4. Respondenternes baggrund	28
Tabel 5. Fødsler og mademetode	29
Tabel 6. Transition og familiekonstellation	30
Resultatafsnit	31
Overvejelser i graviditeten	31
Oplevelser med at amme, made eller give flaske	33
At opleve eller ikke opleve krops og kønsdysfori	36
Partnerens rolle	38
Mødet med sundhedsvæsenet	39
Bekymring for mødet	43
Synlighed og usynlighed	43

“Best practice”	45
Diskussion	47
Anerkendelse i den private sfære	47
Barriere i mødet med de sundhedsprofessionelle	49
Tabel 7. Barriere i mødet mellem transpersoner og sundhedsprofessionelle	50
Dysfori.....	54
Usynlighed og repræsentation	56
“Best practice”	60
Fremtiden.....	62
Konklusion.....	63
Litteraturliste.....	65
Bilag	68
Bilag 1. Interviewguide, dansk version	68
Bilag 2. Rekrutteringsbrev, dansk version	68
Bilag 3. Samtykkeerklæring, dansk version	68

Resume

Indenfor de sidste ti år har lovændringer forbedret transpersoners reproduktive rettigheder i Danmark. Særligt en central lovændring i 2014 muliggjorde, at man som transperson, nu selv kan bære og føde ens egne børn, hvis man er juridisk mand. Dette muliggør at de selvsamme personer kan vælge, om de ønsker at amme eller made de børn, de selv har båret og født.

Der findes ikke aktuelt dansk eller skandinavisk forskning vedrørende transmænd og nonbinære transmaskuline personer og amning eller madning. Dog viser nationale og internationale empiriske undersøgelser, at transkønnede personer oplever ulighed i mødet med sundhedsvæsenet og at det kræver uddannelse af sundhedsprofessionelle i LGBTQ+-kompetencer og trans-specifik, hvis de skal møde transpersoner bedst muligt.

For at imødekomme transmænd og nonbinære transmaskuline personers behov, er det derfor væsentligt at undersøge deres ønsker, oplevelser, følelser, og erfaringer vedrørende amning og madning af deres nyfødte børn.

Den anvendte metodiske tilgang er en humanvidenskabelig kvalitativ metode, med et fænomenologisk-hermeneutisk perspektiv. Der er udført semistrukturerede, kvalitative forskningsinterviews med henholdsvis fem respondenter.

Interviewene er derefter blevet transkriberet og analyseret vha. meningskondensering. Temaerne er efterfølgende belyst ud fra Axel Honneths teori om anerkendelse.

Respondenterne havde overvejende gode oplevelser med at amme og made deres børn, samt god støtte fra deres familier. Der fremkom fem barrierer i mødet mellem de sundhedsprofessionelle og respondenterne. Derudover kom respondenterne med flere konkrete bud på hvordan en "best practice" kunne være.

Abstract

Within the last ten years, legislative changes have improved the reproductive rights of transgender people in Denmark. A change in the law in 2014 made it possible for transgender people to become pregnant and give birth to their own children, as legal males. This also means that the same people can choose whether they want to breastfeed or chestfeed the children they themselves have carried through a pregnancy and given birth to.

There is no current Danish or Scandinavian research regarding transmen and nonbinary transmasculine persons in relation to breastfeeding, chestfeeding or feeding methods in general. However, national, and international studies indicate that transgender people experience inequality in the encounter with the health care system and that it requires training of health professionals in LGBTQ+ competences, and trans specific knowledge regarding breastfeeding and chestfeeding, if they are to meet transgender people in the best possible way.

In order to meet the needs of transmen and nonbinary transmasculine persons, it is therefore essential to examine their wishes, experiences, feelings and experiences regarding breastfeeding and chestfeeding their newborn children.

Five semi-structured, qualitative research interviews were conducted with five informants. The methodological approach to this was phenomenological-hermeneutic. The interviews were then transcribed and analyzed using opinion condensation. The themes are subsequently illuminated based on Axel Honneth's theory of recognition.

The respondents mostly had good experiences with bottle, breast or chestfeeding their children, as well as good support from their families. Five barriers emerged in the meeting between the health professionals and the respondents. In addition, the respondents came up with several concrete suggestions on what a "best practice" could look like.

Indledning

Åbenhed, udforskning og leg med flydende, sociale, normbrydende kønsformer og kønslig nonbinaritet er ikke kun (sen)moderne, nutidige ideer, som vi først i dag er ved at integrere i vores tænkning og de samfundsbærende systemer, herunder svangreomsorgen.

(Thulesen, S. 2021).

Med dette korte historiske tilbageblik er hensigten ikke at give et udtømmende historisk overblik, men derimod blot at give læseren en fornemmelse af kønnets foranderlighed og historicitet.

Allerede i den europæiske middelalder, i perioden fra omkring år 300-1300 evt., var kønnet binaritet – opfattelsen af at mand og kvinde er de eneste to binære køns kategorier samt tanker om køn som essentialistisk og biologisk bestemt – blot én blandt mange tankeretninger omkring køn, som prægede periodens tænkning. I denne 1000 år lange periode af Europas historie er nonbinære heltefigurer og tekster omkring kønnets diffuse størrelse at finde i et væld af litterære, filosofiske og teologiske værker og der herskede en langt mere åben, forhandlende og mangfoldig tilgang til køn, krop, seksualitet og identitet end de fleste tror i dag (Thulesen, S. 2021, DeVun, L., 2021, LaFleur, G., et. al. 2021, Spencer-Hall, A., Gutt, B., 2021). Konsensusen om køn som en binær størrelse, begyndte først at blive etableret omkring 1300-tallet, hvor Aristoteles' tekster blev oversat fra arabisk til latin og dermed inspirerede til en nytænkning inden for feltet. Dette ledte til et fokus på kønnet binaritet og skarp kategorisering, som gradvist vandt indpas som "den eneste sandhed" om køn, reproduktion og kønsidentitet og strømlinede således en del af tænkningen om køn fremover¹ (DeVun, L., 2021, LaFleur, G., et. al. 2021, Spencer-Hall, A., Gutt, B., 2021).

I Europa har man altså siden oldtiden beskæftiget sig med køn og reproduktion og teorier og tanker herom har udviklet sig fra dengang til i dag og udgør et af de fundament,

¹ Dette er blot en udlægning af nogle af nogle af de historiske strømninger og nedslag omkring kønnets historie og udvikling, af andre markante skikkelser inden for det sexologiske forskningsfelt kan nævnes historiker Thomas Laqueur, der blandt andet skriver om "et- og to kønsmodellerne" i sin bog "Making sex - Body and Gender from the Greeks to Freud" (Laqueur, T. 1992).

nutidig forskning står på skuldrene af (Thulesen, S. 2021, Graugaard, C., Giraldi, A., Møhl, B., 2019, kap. 1).

Spoler vi igen frem til et nutidigt europæisk perspektiv, mener eksperter i dag, at i takt med at lovgivning forbedrer transkønnedes muligheder for at skabe familie, vil antallet af transmænd, der ønsker og vælger at blive gravide, kun stige (Brandt, J.S. et. al., 2019). Derfor kan man formode, at i takt med, at flere transpersoner vil blive gravide, vil flere også have brug for at tage stilling til, hvordan de ønsker at give deres børn mad efter fødslen. Ønsker de at amme, made, give flaske eller noget helt fjerde? Og hvad ligger til grund for disse valg og ønsker?

Nogle transpersoner vil selv ønske at blive gravide, nogle vil have et ønske om at amme, nogle vil kalde amning for madning og nogle vil hverken det ene eller det andet af forskellige grunde (Brandt, J.S. et. al., 2019, MacDonald, T. et al., 2016).

Den danske lovgivning om transpersoners reproduktive rettigheder og familiedannelse har ændret sig markant gennem de sidste ti år. Langvarig kritik fra blandt andet trans aktivister og Amnesty Danmark, gjorde blandt andet at sterilisations- og kastrationskravet, som betingelse for at lave et juridisk kønsskifte for transpersoner blev afskaffet i 2014 og tre år efter blev "transkønnethed" fjernet fra den nationale diagnoseliste over psykiske lidelser (Sundheds- og Ældreministeriet, 2014, LGBT Danmark, 2023). Ophævelsen af sterilisations- og kastrationskravet gjorde det nu juridisk muligt for transmænd selv at bestemme, hvorvidt de ønskede at gennemgå en graviditet, føde deres egne børn og på sigt amme eller made de børn, de selv havde født.

Dog findes der fortsat lovgivning der vanskeliggør familiedannelsesprocessen for transpersoner i Danmark. Eksempelvis registreres juridiske transmænd og fædre, der har født, fortsat som mødre til deres barn og dermed i modstrid med deres køn (LGBT Danmark, 2023). Det er ikke kun på et juridisk niveau, at transpersoner i Danmark oplever ulighed i Danmark. Flere danske rapporter konkluderer nemlig, at transkønnede personer også oplever ulighed i sundhed, oplever minoritetsstress og har en væsentlig dårligere fysisk, mental og seksuel trivsel sammenlignet med den ciskønnede befolkning. Der ses f.eks. en øget forekomst af ensomhed, angst, depression, og selvmord hos transpersoner

(Frisch, M. et al. 2019, Amnesty International. 2016, Egede, S. J. et al. 2019, Meyer, I. H. 2003).

Den danske befolkningsundersøgelse Projekt Sexus fra 2019, fastslår at omkring 0,49% af den danske befolkning identificerer sig et sted på transspekret, som transmænd, transmaskuline og nonbinære personer. Projekt Sexus viser desuden at at over 50% af de adspurgte har oplevet mobning, chikane, eller at blive råbt af på gaden, alene fordi de er transkønnede. Desuden angav 31% at de ikke kan være så åbne omkring deres kønsidentitet som de ønskede og 17% svarede at de slet ikke kan være åbne omkring deres kønsidentitet (Frisch, M. et al. 2019).

I rapporten, "Danske LGBT-personers møde med almen praksis – udfordringer og muligheder", kortlægges nogle af de barrierer i mødet mellem LGBT+- personer og sundhedsvæsenet, som kan være medvirkende til den øgede ulighed i sundhed blandt transpersoner. En af disse barrierer er manglende kendskab til og uddannelse i LGBT+- relevant viden (Egede, S. J. et al. 2019). Ligeledes peger både Skandinaviske og Amerikanske studier på, at det kræver specifik uddannelse, hvis sundhedsprofessionelle² skal opnå LGBT+- kompetencer og dermed møde LGBT+- personer bedst muligt uden cisheteronormativ adfærd (Röndahl, G. et al. 2009, Hadland, S. et al., 2016).

I den førnævnte rapport tilkendegav de almene læger og sygeplejersker også at de ikke følte sig tilstrækkeligt klædt på til at håndtere sundhedsmæssige problemstillinger iht. kønsidentitet og at de havde svært ved at se hvordan og hvornår de skulle prioritere at opnå denne viden. Desuden efterspurgte de mulighed for faglig sparring, henvisningsmuligheder og viden om nyeste evidensbaserede på området. En af konsekvenserne af dette videnshul blev blandt andet, at nogle af transpersonerne selv fandt størstedelen af den viden, de havde brug for på Facebook og Youtube og dermed, med egne ord, er i fare for at blive "eksperter i egen behandling" (Egede, S.J. et al. 2019).

Den danske Sundhedslov bekendtgør, at det danske sundhedsvæsen skal sikre let og lige adgang til sundhed for alle personer. Desuden skal sundhedsvæsenet, herunder SP, sikre,

² Herefter bruges en vekslen mellem forkortelsen SP og sundhedsprofessionelle.

at borgeren møder respekt, har medbestemmelse, modtager behandling af høj kvalitet, samt har let adgang til information (Sundhedsloven, 2005). Den førnævnte barriere kan være med til at skitsere, hvordan transpersoner netop får vanskeligt ved at opnå "lige og let adgang" til information, som Sundhedsloven ellers dikterer, fordi den information og viden de har brug for, muligvis slet ikke findes i sundhedsvæsenet.

Den manglende viden i sundhedsvæsenet omkring transkønnedes sundhed og trivsel afspejles også i sparsom national og international forskning i transmænd, transmaskuline og nonbinæres oplevelser med madning af deres nyfødte børn. På nuværende tidspunkt er der ikke publiceret national forskning om hverken gravide transpersoner, eller deres erfaringer og oplevelser med amning eller madning og der findes kun én international kvalitativ publikation om emnet, med personer fra Europa og USA (MacDonald, T. et al., 2016, Træden, K., B., 2022).

Ser man nærmere på noget af det materiale, som er retningsangivende for de sundhedsprofessionelle i svangreomsorgen, kan det være relevant at se på, hvilken viden der her formidles om transpersoner og familiedannelse- herunder madning og amning.

En søgning i Sundhedsstyrelsens nyreviderede udgave af "Amning en håndbog for sundhedspersonale" viser, at begreber, som f.eks. LGBT+, transperson, binder, co-amning, top-operation³ og hormonterapi, hverken er nævnt eller beskrevet. I håndbogen omtales den ammende kun som moren eller kvinden (Sundhedsstyrelsen, 2023). Kun et enkelt sted i disse anbefalinger omtales normbrydende familier med følgende beskrivelse:

I dette afsnit anvendes begrebet faderen om den anden forælder, uanset om og med respekt for, at der findes andre familieformer, hvor barnet har forældre af samme køn, eller hvor mor er alene om barnet. I disse tilfælde kan "far" oversættes til den pårørende, som den gravide har tættest på sig i graviditeten og tiden efter. (Sundhedsstyrelsen, 2023, s. 84).

³ Herefter bruges forkortelsen top-op omkring top-operation. Top-op er en operativ fjernelse af brystvæv. Den medicinske betegnelse herom er mastektomi (LGBT Danmark, 2021).

Opsummerende kan man udlede, at der tegner sig et muligt paradoks i det danske sundhedsvæsen, herunder svangreomsorgen.

Ændringer i den danske lovgivning har forbedret transkønnedes rettigheder væsentligt inden for det seneste årti, men er ikke blevet fulgt op med praksis omkring kønsbegræftende behandlinger og uddannelse af SP i LGBT+-kompetencer. Derudover er transkønnede personer væsentligt overrepræsenterede, når det handler om dårlig mental, fysisk og seksuel trivsel og sundhed (Frisch, M. et al. 2019). Modsat ses de nærmest ikke repræsenteret, når det kommer til repræsentation i f.eks. retningslinjer og forskning (Sundhedsstyrelsen, 2023, Sundhedsstyrelsen, 2022).

Når SP mangler viden om LGBT+- kompetencer, kommer ansvaret for at tilegne sig den relevante viden til enten at være hos den enkelte behandler eller hos den vordende forældre. Hermed kan man frygte, at det bliver tilfældigt hvilken behandling de transkønnede får, alt efter hvilken SP de møder eller at de selv bliver ansvarlige for at sikre sig en korrekt og patientsikker behandling og omsorg. Dette kan medføre, at den sundhed, der ifølge Sundhedsloven, gerne skulle være lige for os alle, forbliver ulige.

Motivationen for dette speciale er at producere ny viden, som endnu ikke findes i den danske svangreomsorg og udforske og undersøge transmænd og/eller nonbinære transmaskuline personers ønsker, oplevelser, følelser og erfaringer om amning og madning af deres børn efter fødslen, samt kortlægge, hvilke behov, ønsker og hvilken rådgivning og viden, de har brug for i mødet med de sundhedsprofessionelle.

Ovenstående gennemgang leder frem til specialets problemformulering og forskningsspørgsmål, hvilket præsenteres i kommende afsnit.

Problemformulering

Hvilke ønsker, oplevelser, følelser, og erfaringer har transmænd og nonbinære transmaskuline personer vedrørende amning og madning af deres nyfødte børn?

Forskningsspørgsmål

1. Hvilke overvejelser har de gjort sig om at made eller amme deres børn?
2. Hvilke oplevelser har de haft med at made og amme deres børn i tiden efter fødslen?
3. Hvilken støtte har de fået i deres sociale netværk? og hvilken betydning har det haft for dem i deres forløb?
4. Hvilken information, rådgivning og støtte har de fået af SP omkring madning og amning af deres børn? og hvilken betydning har det haft for dem i deres forløb?

Disposition til læseren

For at man som læser har de bedst mulige forudsætninger for at læse denne opgave, vil der i dette afsnit fremgå en disposition over specialets opbygning. Dispositionen er henvendt læseren, for at gøre specialet så læsevenligt som muligt.

Efter indledningen og problemformuleringen, hvor forskningsspørgsmålene bliver præsenteret, kommer der et begrebsafklarings afsnit, hvor relevante begreber defineres i en tabeloversigt.

Herefter følger specialets metodeafsnit, hvor metodiske overvejelser fremlægges. Metodeafsnittet, er efterfulgt af et afsnit hvor den anvendte teori i specialet præsenteres.

Derefter kommer resultatafsnittet, hvor empiriske fund præsenteres. I forlængelse af resultatafsnittet, kommer specialets diskussions afsnit, hvoraf der også indgår et perspektiverende afsnit om en mulig fremtid på området. Sidst men ikke mindst afsluttes specialet med en konklusion, litteraturliste og bilag.

Begrebsafklaring

Tabel 1. Begrebsoversigt

Madning og SNS-system

Ordet madning bruges i dette speciale på flere forskellige måder.

På engelsk findes begrebet "chestfeeding", som anvendes af flere transmænd og nonbinære transmaskuline personer som et mere kønsneutralt ord for "breastfeeding". Det danske ord amning kan for nogen have kønnede konnotationer, så derfor bruger nogle transmænd og nonbinære transmaskuline personer ordet madning i stedet for amning.

Madning eller at made kan foregå på forskellige måder og behøver ikke indbefatte et lakterende bryst, hvor et barn sutter. Det kan f.eks. foregå via et SNS-amme eller madesystem (Brandt, J.S. et. al., 2019, MacDonald, T. et al., 2016).

Et SNS-made eller ammesystem kan anvendes på forskellige måder, men en måde at anvende det på, er ved at hælde mælk i en flaske/beholder, mælken løber via et tyndt rør som udmunder i barnets mund. Man kan både sætte SNS-systemet til tæt ved vorten, så barnet sutter mens mælken løber direkte ind i dens mund, men man kan også give det til barnet uden at røret er tilkoblet vorten. Systemet kan således både fungere som et supplement til madning og amning og som en made metode i sig selv. I SST's ammehåndbog anvendes begrebet lact-aid om netop dette koncept (Sundhedsstyrelsen, 2023, s. 159-160).

Begrebet madning anvendes også om at give mad ved flaske ernæring eller om at made et barn med f.eks. grød.

I denne opgave bruges de ord som respondenterne bruger om deres respektive made og ammeforløb, derfor er det forskellige begreber der bruges i løbet af opgaven.

LGBT+

En samlet paraplybetegnelse for personer der bryder med normerne for seksualitet, køn og romantisk tiltrækning.

L = lesbisk, G = gay = bøsse, B = biseksuel, T = transkønnet, plusset = dækker over andre normbrydende seksualiteter og køn, som f.eks. asexualitet, queer og interkøn (LGBT Danmark, 2021).

Queer

Begrebet queer kan både bruges i relation til køn og seksualitet. LGBT Danmark definerer i deres ordbog begrebet queer på flg. måde:

Queer kan være en tilgang til køn og seksualitet, der definerer sig i opposition til den samfundets stadigt binære kønsforståelse og som stiller spørgsmålstejn ved kønsroller og hele tankegangen om to binære køn, der supplerer hinanden. For mange handler det lige så meget om en måde at forholde sig til livet og verden på, hvor de forkaster forudbestemte regler og roller i kærlighed, sex og forhold (...) (LGBT Danmark, 2021).

Transkønnet

At være transkønnet betyder, at du i mere eller mindre grad ikke identificerer dig med det køn, du blev tildelt ved fødslen. At være transkønnet har ikke noget at gøre med ens seksuelle orientering (LGBT Danmark, 2021).

Transmand

“En transmand er en mand, der blev tildelt kønnet kvinde ved fødslen” (LGBT Danmark, 2021).

**Nonbinær
eller ikke
binær
kønsidentitet**

Definition fra LGBT + Danmarks ordbog:

Når man definerer sig som andet end mand og kvinde og forstår ens eget køn som eksisterende på et spektrum. Som nonbinær eller som nonbinær transperson kan man både identificere sig som mand og kvinde, noget imellem eller noget udenfor de to binære køn, mand og kvinde (LGBT Danmark, 2021).

Transmaskulin

Definition fra LGBT + Danmarks ordbog:

Transmaskuline personer er LGBT+- personer, som ikke er det køn, de blev tildelt ved fødslen. De kan både være transkønnede, kønsdiverse, genderqueer, nonbinære eller noget helt femte. Fælles er dog, at de identificerer sig eller udtrykker sig helt eller delvist gennem deres maskuline side. Transmaskulin er dermed både en kønsidentitet og en betegnelse for en maskulin oplevelse i ens transkønnethed eller noget helt tredje, som vedrører det at være transkønnet eller bryde med ens tildelte køn, men maskulin (LGBT Danmark, 2021).

Ciskønnet

Definition fra LGBT + Danmarks ordbog:

Person, hvis oplevede køn og kønsudtryk svarer overens med det køn, personen blev tildelt ved fødslen. Personens kønsidentitet er dermed ciskønnet. Mange vil samtidig leve op til de sociale forventninger, der er knyttet til deres køn, mens nogle vil forholde sig kritisk til disse forventninger. Transkønnede, kønsdiverse og nonbinæres køn stemmer ikke (helt) overens med deres tildelte køn og vil derfor ikke betegnes som ciskønnede (LGBT Danmark, 2021).

**Kønsdysfori
Kropsdysfori**

Fremadrettet vil begrebet dysfori blive anvendt når der refereres til køns og kropsdysfori.

Definition fra LGBT + Danmarks ordbog:

Kønsdysfori er følelsen af ubehag, der optræder når ens krop, CPR-nummer eller fremtræden ikke stemmer overens med ens egen kønsforståelse. Der er mange forskellige måder at opleve kønsdysfori på. Følelsen af kønsdysforien kan for eksempel også fremkomme, når andre i samfundet fejlkønner en eller ikke anerkender ens køn. Kønsdysfori opleves af transpersoner, kønsdiverse, nonbinære og andre på transspektret, samt interkønnede, hvis køn ikke stemmer overens med det ved fødslen tildelte køn. Kønsdysfori er en anerkendt medicinsk tilstand. Det kan være en kompleks tilstand, og det påvirker forskellige personer på forskellige måder. Nogle transpersoner oplever stærke og langvarige følelser af kønsdysfori, hvilket bl.a. kan give sig udslag i at føle sig deprimeret over sit køn, kønsudtryk, adfærd eller krop (LGBT Danmark, 2021).

For nogle er det at få juridisk kønsskifte det der skal til for at kunne leve et liv i overensstemmelse med sin identitet, for andre er det medicinsk og/eller kirurgisk kønsbekræftende behandling der gør udslaget og giver kønseufori (LGBT Danmark, 2021).

**Hormonterapi
med
Testosteron**

Fremadrettet vil forkortelsen T, blive anvendt om Testosteron.

Definition fra LGBT + Danmarks ordbog:

Nogle transkønnede ønsker hormonterapi eller hormonbehandling. Hormonbehandling sker med kønshormoner for at udvikle de sekundære køns karakterer for det køn, som personen identificerer sig som, samt for at dæmpe det ved fødslen tildelte køns egen produktion af kønshormoner. Det er langt fra alle transkønnede og nonbinære, der ønsker medicinsk behandling, som hormonbehandlingen er, men for nogle har det stor betydning (LGBT Danmark, 2021).

Metodeafsnit

Metodiske overvejelser

Målet med dette speciale er at generere viden indenfor et relativt uudforsket videnskabeligt felt og på den måde bidrage til at tegne de første konturer af feltets omrids og dets interessante brydningspunkter. Erkendelsesinteressen, som driver nærværende undersøgelse, er subjekterne og deres indre livsverden, og ønsket er således at opnå en dybere forståelse for og indsigt i de ønsker, følelser, tanker og erfaringer, som transmænd og nonbinære transmaskuline personer har omkring madning og amning af deres børn efter fødslen. Dette fordrer en humanvidenskabelig tilgang, hvor både fænomenologien og hermeneutikken danner den metodologiske ramme for dette arbejde (Brinkmann, S., Tanggaard, L., 2015). Med sit fokus på menneskers indre livsverden og livssammenhænge, er den fænomenologiske tilgang helt central for specialets grundambition, og hermeneutikken ligeså, idet den tydeliggør det helt afgørende arbejde, der ligger i at tolke og skabe mening om specialets empiri, som indsamles via fem dybdegående interviews. Det hermeneutiske arbejde – den kontinuerlige tolkning og meningsskabelse – foregår både før, under og efter interviewsituationerne, hvilket gør denne metodiske tilgang helt central for specialets bidrag til dette forskningsfelt (Brinkmann, S., Tanggaard, L., 2015).

Indsamling af kvalitativ empiri via interviews

Da specialets empiri indsamles igennem interviews, egner den kvalitative tilgang sig særligt godt til at få indblik i subjekternes livsverden (Brinkmann, S., Tanggaard, L., 2015). Den større grad af nærhed og personlighed, der kendetegner interviewet, sammenlignet med f.eks. spørgeskemaer eller andre kvantitative metoder, kan bidrage til at skabe den tryghed hos respondenterne, som der kræves for at få adgang til dennes inderste tanker, følelser og erfaringer om sårbare emner såsom kønsidentitet, familiedannelse, barsel mm.

Hvis interviewerens formål er at skabe en tryggere ramme for respondenterne, giver interviewsituationen således mulighed for at belyse og skildre mangfoldigheden, samt kontroversielle og komplekse synspunkter i en respondents livsverden (Brinkmann, S., Tanggaard, L., 2015, Kvale, S. 1997).

Da der som tidligere nævnt ikke på nuværende tidspunkt findes meget viden om transmænd og transmaskuline personers tanker, følelser og erfaringer vedrørende madning og amning af deres barn, betyder det, at der endnu ikke er formuleret klare, gennemprøvede retningslinjer for, hvordan denne minoritetsgruppes erfaringer med svangreomsorgen kan tilgås på den mest effektive og etiske måde. I denne henseende er interviews også velegnede, da interviewsituationen muliggør en større grad af fleksibilitet, idet interviewerens kontinuerligt i løbet af interviewsituationen kan tilpasse sit kropssprog, ordlyd, mimik og lignende, hvis der er behov for det (Kvale, S., 1997).

Interviewguide

Forarbejdet til interviewguiden bestod dels af en systematisk litteraturgennemgang om emnefeltet, herunder litteratur og teori inden for områderne samt sparring med jordemoder/jordperson⁴ og master i sexologi, Camilla Tved, som er specialiseret i LGBTQ+ målgruppen i svangreomsorgen. Formålet med dette var at kvalificere interviewguiden, så spørgsmålene – i deres vinkling, ordlyd og præmisserne, de beror på – var orienteret mod at belyse projektets forskningsspørgsmål (Brinkmann, S., Tanggaard, L., 2015).

Selvom denne fremgangsmåde er deduktiv, da teori og eksisterende forskning i høj grad har formet empiriindsamlingen, så har det samtidig været vigtigt – qua specialets fokus på respondenternes oplevelser, følelser, tanker og erfaringer – at bevare en åbenhed overfor, hvilke potentielt overraskende og uventede svar, respondenterne måtte bidrage med. Derfor blev interviewguiden også udarbejdet som en semistruktureret guide, der ifølge Brinkmann og Tanggaard kan understøtte en fleksibel og intuitiv interaktion mellem respondenterne og forskeren. Brinkmann og Tanggaard skriver netop om det semistrukturerede interview: ”Her forløber interviewet som en interaktion mellem forskerens spørgsmål, hvoraf nogle er planlagt og nedfældet i en interviewguide på forhånd og interviewpersonens svar” (Brinkmann, S., Tanggaard, L., 2015, s. 36). Da hovedformålet med interviewene, og specialet i sin helhed, er at tilegne ny viden inden for et uudforsket felt, er denne mere induktive, empirisk drevne tilgang også helt afgørende for besvarelsen af problemformuleringen.

⁴ Jordeperson er et kønsneutralt ord for jordemoder.

Efter udarbejdelsen af den semistrukturerede interviewguide blev der udført et pilotinterview for at afprøve interviewerens kropssprog, stemmeføring og formulering af spørgsmålene, samt interviewguidens relevans (Brinkmann, S., Tanggaard L., 2015). Respondenten i pilotinterviewet opfyldte både projektets inklusionskriterier og var desuden en sundhedsfaglig person i svangreomsorgen med personlig og faglig viden om LGBTQ+ målgruppen. Pilotinterviewet foregik i respondentens hjem og varede 55 min. Efter pilotinterviewets gennemførsel blev spørgeguiden diskuteret mellem respondent og interviewer, og rækkefølgen af flere spørgsmål blev ændret og justeret. Enkelte spørgsmål blev udeladt. Pilotinterviewet blev ikke transskriberet, men blot afspillet én gang i langsomt tempo for at sikre, at alle relevante justeringer til interviewguiden blev foretaget. Interviewguiden blev derefter ikke rettet yderligere til. Guiden blev både udarbejdet på engelsk og dansk for at imødekomme engelsksprogede respondenter.

Første del af interviewguiden består af en præsentation af intervieweren, projektet samt en rammesætning for, at respondenterne altid kan tage pauser, stoppe interviewet, og at der ikke findes rigtige eller forkerte svar med det formål at forsøge at skabe trygge og gennemsigtige betingelser for respondenterne. Ingen af respondenterne benyttede disse muligheder. Interviewguiden er dernæst struktureret således, at alle respondenter kommer igennem de samme første fem emner for at sikre indsamlingen af sammenlignelige data, men samtidig med det for øje, at der generelt i kvalitativ forskning bør undgås standardisering (Kvale, S. 1997). Efter de første fem emner var dækket, er guiden herefter opbygget i to spor, som kunne følges alt efter om respondenterne havde madet, ammet eller noget helt tredje.

Den danske interviewguide er vedlagt som **bilag nr. 1**

Tabel 2. Inklusionskriterier

I nedenstående tabel 2 præsenteres begrundelsen for de fem inklusionskriterier.

I venstre side står inklusionskriteriet og i højre side står begrundelsen for kriteriet.

Du er selvidentificeret transmand eller nonbinær eller transmaskulin person.

Da mangfoldigheden af identiteter er stor inden for LGBTQ+-paraplyen, var det vigtigt med en klar og relativt snæver afgrænsning ifht. respondenter, idet formålet med specialet er at generere viden om en bestemt afgrænset gruppes relativt sammenlignelige erfaringer. Samtidig var det vigtigt at sikre nok respondenter. Af disse årsager blev kriteriet selvidentificeret transmand eller transmaskulin valgt, da de ord signalerer en bred søgning indenfor et smalt segment af LGBTQ+-paraplyen.

Du har båret et barn indenfor de seneste 7 år.

Formålet med dette kriterium er at øge sandsynligheden for, at respondenterne kan huske deres oplevelser så godt som muligt. Desuden er der sket skelsættende lovmæssige forandringer gennem de sidste ni år. Før 2014 kunne man f.eks. ikke være juridisk transmænd og bære et barn.

Du har haft tanker, erfaring, ønsker eller oplevelser med at amme/mæde en nyfødt.

Det ønskede emnefelt, da der ikke er eksisterende dansk eller skandinavisk forskning om feltet.

Du er/har været tilknyttet det danske sundhedssystem undervejs.

Der ønskes med dette speciale at generere ny viden indenfor den danske svangreomsorg.

Der er ingen kriterier ift. hvilken madningsmetode der er valgt.

Ønske om at afsøge emnet i den bredest tænkelige kontekst.

Rekruttering

Rekrutteringen af respondenter foregik via et rekrutteringsbrev på både dansk og engelsk, som blev delt på Facebook og Instagram (på specialets eksterne vejleders faglige instagram profil og gennem undertegnede's egen personlige Facebookside). Rekrutteringsbrevet blev derudover delt i de to Facebookgrupper: "Åbne transpersoner i Danmark" med 970 medlemmer og "QueerExchange" med 4300 medlemmer. Således foregik rekrutteringen ved hjælp af den såkaldte sneboldeffekt og ved metoden "purposeful sampling".

Se bilag 2, for den danske version af rekrutteringsbrevet.

Udover at dele rekrutteringsbrevet i disse relevante grupper på sociale medier, var en del af specialets rekrutteringsstrategi at tilkendegive, at interviewer, jeg selv, identificerer mig som trans. Dette viste sig at være vigtigt og effektivt, da alle respondenter tilkendegav i deres interview, at de netop havde meldt sig af denne grund, da den information efter sigende gav respondenterne en tryghed og forventning om at blive set og forstået.

Syv dage efter deling af rekrutteringsbrevet havde fem respondenter meldt sig, hvilket stemmer overens med Brinkmann og Tanggaards anbefaling om at have mellem tre til fem respondenter til denne type undersøgelse (Brinkmann, S., Tanggaard, L., 2015). Interview med fem respondenter kunne give denne undersøgelse, hvis primære formål er at opnå et dybdegående indblik i og analyse af respondenternes oplevelser, en vis bredde. Med dette antal er der større mulighed for at udforske mangfoldigheden af oplevelser inden for specialets snævre rammer, hvad angår emnefelt og inklusionskriterier. Dertil giver fem respondenter flere muligheder for sammenligninger, for at udpege mønstre og interessante brydningspunkter og for at tilstræbe en analytisk velfunderet generaliserbarhed (Brinkmann, S., Tanggaard, L., 2015).

Inden afholdelsen af interviewene blev alle respondenterne tilbudt at få interviewguiden på forhånd, hvilket alle takkede ja til. Hensigten var at give respondenterne mulighed for at få et forudgående kendskab til og reflektere over spørgsmålene – både for at understøtte en tryk interviewsituation og for at øge sandsynligheden for at modtage velovervejede svar. Derudover blev de gjort opmærksomme på, at de før og under interviewet kunne tilkendegive, hvis der var spørgsmål, de ikke ønskede at svare på. Respondenterne fik også mulighed for at tilkendegive, hvilken lokation og hvilket tidspunkt de ønskede for interviewet – en mulighed de alle benyttede sig af. Alle interviews foregik samme uge, og varede mellem 60-96 min. De blev optaget på både en diktafon og en arbejdstelefon, og alle GDPR-reglerne blev overholdt.

Transkribering og dataanalyse

Transkriberingen af de fem interviews blev påbegyndt dagen efter det sidste interview blev gennemført for at sikre, at samtalerne, stemningen og den samlede oplevelse stod klart

muligt i hukommelsen (Brinkmann, S., Tanggaard, L., 2015). Interviewene blev transkriberet ved en ord for ord-transskription for at inkludere subtile nuancer og stemningsgivende elementer af samtalen, som lå ud over selve den faktuelle deling af ord og viden, -hvilket anses for en vigtig del af det kommunikative rum mellem interviewer og respondent i dette speciale. Ord for ord-metoden indebærer bl.a. at lyde som "øh" samt grin og gråd konsekvent blev beskrevet. Talepauser blev markeret med (P). En af respondenterne, Alec, havde engelsk som førstesprog og for ikke at miste den sproglige betydning, er citater bevaret på hans talte sprog (Brinkmann, S., Tanggaard, L., 2015).

I tråd med Brinkmanns og Tanggaards anbefaling, blev umiddelbare og overraskende refleksioner nedskrevet efter første gennemlæsning af alle interviews. Efterfølgende blev det empiriske materiale analyseret vha. meningskondensering af hvert enkelt afsnit for på denne måde at identificere ligheder, modsætninger og mønstre (Brinkmann, S., Tanggaard, L., 2015). Et farvekodesystem blev anvendt for at kategorisere, systematisere og danne overblik over de tematikker, der trådte frem i empirien. Undervejs i analyseprocessen blev det tydeligt, at der var relevante baggrundsspørgsmål, årstal og betegnelser, som var nødvendige at få præciseret fra to af respondenterne. De blev kontaktet og returnerede skriftlige svar på spørgsmålene, som blev inkorporeret i materialet. For at sikre, at de fremkomne tematikker afspejlede respondenternes oprindelige mening i interviewene, blev tematikkerne eftertjekket med interviewteksterne (Kvale, S. 1997).

For at sikre læsevenlighed, og for at skabe fokus på det sagte, er der i nogle af citaterne i resultatafsnittet udeladt tekst, hvilket er markeret med (...). Desuden er nogle citater, der omhandler samme tema, men er fra forskellige steder i interviewet, sat sammen, hvilket ligeledes er markeret med (...). Disse bearbejdede citater er efterfølgende sammenholdt med de oprindelige interviews for at sikre, at disse sammentrækninger af tekst ikke compromitterer respondenternes egentlige udtalelser.

Respondenternes anonymitet er sikret ved, at alle navne, steder og let genkendelige specifikke begivenheder er udeladt. Respondenterne har alle fået nye navne.

Etiske overvejelser

Reproduktion, madning, barsel og forældreskab er sårbare emner for mange mennesker, da denne betydningsfulde livsbegivenhed ofte byder på både kontroltab, store drømme og mødet med stærke normer og kulturelle forestillinger omkring, hvordan denne del af livet bør forløbe for at være godt, rigtigt og normalt (Overgaard, C. 2019). Når respondenterne i dette speciale, qua deres kønsidentitet, tilmed tilhører en minoritetsgruppe, som i langt højere grad end majoritetsbefolkningen har oplevet stigmatisering, eksklusion og diskrimination i alle sfærer af livet – på gaden, på arbejdspladsen og i sundhedsvæsenet – bliver etiske overvejelser særligt vigtige (Frisch, M. et al. 2019). Endvidere skriver Kvale således om etiske overvejelser:

Det etiske princip om "tilgodeseende" (beneficence) betyder, at risikoen for at skade en forsøgsperson skal være så lille som muligt. Summen af de mulige fordele for forsøgspersonen og betydningen af den indhentede viden bør opveje risikoen for at skade forsøgspersonen og derved berettige en beslutning om at foretage undersøgelsen (Kvale, S. 1997, s. 121).

Valget om en deduktiv tilgang til at udarbejde en interviewguide, der tager udgangspunkt i viden og forskning om denne gruppe, er således ikke blot et metodisk, men også et etisk valg. Således bygger dette speciale på en præmis om, at ansvaret for ikke at reproducere oplevelser af eksklusion, diskrimination eller stigmatisering i interviews med respondenter, der tilhører en minoritetsgruppe, ligger hos forskeren.

En anden etisk overvejelse, der har været vigtig, er, at interviewsituationen kan minde om et terapeutisk rum, idet samtaleemnernes sårbarhed kan skabe stress eller forandringer i selvpfattelsen hos respondenterne (Kvale, S. 1997). Dette aspekt af specialets interviews blev der skabt opmærksomhed omkring allerede i pilotinterviewet, hvor respondenterne efterfølgende forklarede, hvor intenst det havde været at dykke ned i så livsomvæltende situationer og – som respondenterne efterfølgende reflekterede – var de blevet opmærksom på, at oplevelserne i virkeligheden var noget, de måske skulle gå i terapi med. Denne erfaring gjorde, at alle respondenterne blev informeret om, at interviewet muligvis kunne minde om et terapeutisk rum, men at interviewerens ikke var terapeut og derfor heller ikke ville respondere med terapeutiske værktøjer, råd og vejledning. Dette blev beskrevet i interviewguiden og gentaget ved interviewets start. Efter endt interview blev alle

respondenter "debriefet" og adspurgt om, hvordan de havde oplevet situationen. Debriefingen blev både lavet for at forsøge at passe på respondenterne, men også for at kunne forbedre interviewoplevelsen fra gang til gang ved hjælp af respondenternes feedback. Respondenternes feedback var dog positiv, så derfor blev der ikke foretaget ændringer.

Et andet led i specialets etiske overvejelser var, at respondenterne alle underskrev en samtykkeerklæring forud for interviewene (Kvale, S. 1997). **Se samtykkeerklæring i bilag 3.**

Forforståelse og egen position

Den forforståelse for både emnefeltet og respondenterne, som jeg bringer med ind i specialet, udspringer fra min uddannelsesbaggrund, faglige virke og egen identificering som transperson og queer.

Jeg er uddannet jordemoder fra 2019 og har siden da arbejdet på en føde- og barselsgang. En del af mit arbejde er således at vejlede nybagte familier i ernæring af spædbørn efter fødslen samt at facilitere efterfødselssamtaler⁵. Som en del af mit arbejde har jeg derudover opstartet og varetager i dag den eneste offentlige jordemoderkonsultation for LGBTQ+-personer og familier i Danmark. Derudover er jeg også ansat i Klinik for Seksuel Sundhed Odense, hvor jeg blandt andet varetager samtaler med unge mennesker om køn og seksualitet. Jeg underviser desuden mine kollegaer i sundhedsvæsenet landet over i LGBTQ+-kompetencer og familiedannelse.

Ovenstående har været en fordel i den forstand, at det har givet mig adgang til en gruppe mennesker, der alle tilkendegav, at de meldte sig som respondenter til specialet på baggrund af min position. Udover at give adgang, kan min position og forforståelse potentielt have tilført en grad af implicitthed, som både kan ses som en styrke og et opmærksomhedspunkt. Styrken kan ligge i, at jeg i en eller anden grad "bare ved", hvordan

⁵ Formålet med en efterfødselssamtale på Odense Universitets hospital, er at tale fødslen igennem og afklare hvordan den nybagte familie har det og hvilke behov de har for at få det bedst mulige forløb. Derudover taler man om barnets trivsel, amning og madning (Regions Syddanmark, 2023).

spørgsmål bør formuleres, hvilke ord, der skal bruges for at skabe et trygt rum for respondenterne, samt hvilke tolkninger af empirien, der kan vise sig at være frugtbare. Den potentielle ulempe herved er, hvis denne tavse viden eller intuitive tilgang til emnet og empirien ikke er tilstrækkeligt ekspliciteret i specialet og det på denne måde ikke fremgår tydeligt, hvilke valg, der er taget samt hvorfor. Dette er afgørende at ekspliciteres for, at specialet kan bruges som inspiration til og grundlag for eventuelle fremtidige undersøgelser. Således har jeg forsøgt at være mig min forforståelse og betydningen af min position bevidst.

Metodekritik

Rekrutteringen foregik delvist gennem forskerens egen personlige Facebook side, dvs. via snowball sampling, hvor man anvender ens eget sociale netværk, til at skaffe respondenter. Snowball sampling er en ofte anvendt metode til at skaffe respondenter indenfor kvalitativ forskning, dog kan denne metode ikke anses som værende repræsentativ for en hel population (Aarhus Universitet, 2023). Til dette kan dog tilføjes, at resultaterne, som fremkom ud fra dette speciales empiriske fund, i høj grad afspejles i både dansk og international forskning (MacDonald, T. et al., 2016, Egede, S., J., et al. 2019). Da dette speciale har til formål at undersøge en kønsminoritets oplevelser og ønsker, blev rekrutteringsbrevet målrettet delt via specialets eksterne vejleders sociale medier og i relevante Facebook grupper. Her blev der derfor anvendt "purposive sampling" (Aarhus Universitet, 2023).

Det var ikke et kriterium for respondenterne, at de skulle være åbne omkring deres transkønnethed i mødet med svangreomsorgen. Desuden var der heller ikke noget krav om, hvor i deres transitionsproces de skulle være, blot at de skulle identificere sig som transmænd, transmaskuline og/eller nonbinære personer. Det er realiteten for mange transmænd, transmaskuline og nonbinære, at de vælger ikke at fortælle om deres kønsidentitet, hvorfor det ikke ses som en ulempe, at ikke alle respondenterne har været åbne i mødet med SP, da dette blot afspejler virkelighedens realiteter (Frisch, M. et al. 2019).

En potentiel mangel eller blind vinkel i rekrutteringen af respondenter er, at den ikke er mangfoldig, hvad angår etnicitet og race. Alle fem respondenter er hvide. Dette gør, at specialet ikke kan give indblik i, hvordan intersektionen mellem kønsidentitet, race og etnicitet præger et subjekts erfaringer, følelser og tanker med amning og madning i svangreomsorgen. Årsagen er dels, at der ikke har været et aktivt fokus på racial eller etnisk mangfoldighed i rekrutteringen, hvilket kunne have været gjort ved f.eks. at kontakte Sabaah, som er en forening for minoritetsetniske LGBT+-personer. En anden del af grunden til den manglende etniske mangfoldighed kan være det at jeg selv er hvid, samt at jeg i rekrutteringsbrevet ikke eksplicit har efterspurgt minoritetsetniske transmænd og transmaskuline personer. Selv hvis dette var blevet beskrevet eksplicit, er det dog min vurdering, at det ikke var sikkert, at etniske minoriteter ville melde sig, da det at jeg er hvid, potentielt ikke skaber den tryghed, denne gruppe ville behøve for at stille op til et interview, hvor der potentielt er risiko for at få gentaget eller reproduceret negative oplevelser med ikke at blive set og forstået (Følner, B. et al. 2015). Således er dette speciale afgrænset til at give indblik i hvide transmænd og transmaskuline personer tanker, oplevelser og følelser i forhold til amning og madning af deres barn, hvilket, qua specialets omfang, muligvis er en meningsfuld afgrænsning, selvom en dimension af etnicitet og race uden tvivl er vigtig og interessant at få afdækket. Der er således behov for yderligere forskning for at belyse, hvilken betydning etnicitet og race har i denne kontekst.

Præsentation af teori

Axel Honneth udlægger i bogen "Behovet for anerkendelse" fra 2003, sin teori om anerkendelse (Honneth, A., 2003). Det er således denne bog, der danner den teoretiske tolkningsramme for specialets empiri i diskussionsafsnittet. Honneths anerkendelsesteori vil i dette speciale blive anvendt som et analytisk værktøj, der kan være med til at belyse, og forstå respondenternes virkelighed i et anerkendelsesperspektiv. Nedenstående præsentation af teori vil derfor omfatte en kort gennemgang af relevante pointer fra Honneths teori om anerkendelse. Teorien vil blive udfoldet yderligere i specialets diskussionsafsnit.

Honneth er en tysk filosof og sociolog. Honneth udkom første gang med hans teori om anerkendelse i 1992 (Honneth, A. 2003, s. 9). Grundlæggende anskuer Honneth mennesket

som søgende mod anerkendelse, for at opnå selvrealisering og udvikling, men også for at undgå at blive krænket. Menneskets selvrealisering er ifølge Honneth betinget af at opleve anerkendelse gennem tre sfærer, den private sfære, den retslige sfære, og den solidariske sfære. Disse tre former for anerkendelse hænger tæt sammen med tre former for forhold til sig selv; selvtillid, selvagtelse og selvværdsættelse. Disse forhold til sig selv kan forstås som ontogenetiske udviklingstrin, der ligesom de tre sfærer også indgår i ideen om at leve det fuldt realiserede gode liv (Honneth, A., 2003, s. 14-19)

Ifølge Honneth kan mennesket miste det positive forhold til sig selv, hvis det ikke anerkendes i hver af de tre sfærer eller, hvis det oplever krænkelser. Krænkelser er anerkendelsens negative modbillede og kan være med til at skade menneskets positive forhold til sig selv (Honneth, A., 2003, s. 18).

Honneth beskriver sammenhængen med krænkelser og menneskets søgen efter anerkendelse i nedenstående citat:

Hvor anerkendelsesformerne udgør en normativ ide om det gode liv, er de korresponderende krænkelserformer udgangspunktet for at forstå motivet for eller grunden til kampen for anerkendelse (Honneth, A., 2003, s. 18).

Ydermere beskriver Honneth, at betingelserne for anerkendelse og krænkelser er dynamiske og kontekstafhængige. Det er altså påvirkelige størrelser, som kan redefineres og lader sig forandre over tid. Ifølge Honneth er der utallige eksempler på, hvordan kampen for anerkendelse har forandret sig gennem tiden. Dette ses i f.eks. kampen for både kvinder, homoseksuelle, racialiserede og slavegjorte menneskers rettigheder i samfundet (Honneth, A., 2003).

Honneth introducerer desuden begrebet usynlighed, han beskriver flg. om usynlighed: "En form for usynliggørelse, nemlig en laden forsvinden, som åbenlyst ikke har noget at gøre med den fysiske ikke-tilstedeværelse, men med ikke-eksistens i en social betydning" (Honneth, A., 2003, s. 98-100). Honneth introducerer begrebet for at beskrive, hvordan erkendelsen af mennesket, som en eksisterende og synlig part, går forud for anerkendelseshandlingen (Honneth, A., 2003, s. 98-100). Med andre ord, mennesket kan på baggrund af samfundets normer og magtdiskurser blive usynliggjort, hvilket kan skade menneskets positive forhold til sig selv og dermed dets mulighed for selvrealisering.

I nedenstående tabel 3. uddybes karakteristika for de tre anerkendelsessfærer, hvilket forhold til sig selv, de hver især udløser, samt hvordan mennesket kan opleve krænkelse. Honneths teori danner også her grundlag for hele tabeloversigten (Honneth, A., 2003, 11-49).

Tabel 3. De tre sfærer

	Den private sfære	Den retslige sfære	Den solidariske sfære
Karakteristika for sfæren	Familie, venskab, romantiske relationer. Skiller sig ud fra de andre sfærer fordi anerkendelse i denne sfære danner grundlaget for at mennesket tør træde ind i et "intersubjektivt" forhold. Emotionel anerkendelse kan støtte mennesket i at udtrykke sig og indgå i relationer og fællesskaber både i det nære og i samfundet.	Juridiske rettigheder, kropslig autonomi, adgang til velfærdsstaten på lige fod som andre mennesker, menneskerettigheder.	Kultur, arbejde, politik, samfund. Denne anerkendelse opnås i relation til fællesskabet og samfundet, på tværs af religion, kultur, livsform og hudfarve. Det er i denne sfære, hvor mennesket har mulighed for at genkende sig selv, være repræsenteret og kan blive anerkendt for dets egen livsforløb, handling eller præstation.
Forhold til sig selv	Kærlighed i denne sfære udløser fundamental selvtillid	Almen agtelse i form af juridiske rettigheder udløser selvagtelse (selvrespekt)	I en social solidaritet, hvor normer og værdier er fælles, udløses selvværd og værdsættelse af sig selv.

Krænkelser

Fysisk misbrug, voldtægt, og tortur er krænkelser, der kan skade menneskets integritet og selvtillid.

Diskrimination af samfundsgrupper.

Et kontinuum fra ikke at blive hilst på, til at blive udsat for stigmatisering. Ifølge Honneth er der ingen grænser for, hvad der kan karakteriseres som krænkelser i dette felt.

Anvendelse af Honneths teori

Honneths anerkendelsesteori anvendes i dette speciale ud fra en overbevisning om, at Honneths teori, herunder hans begreber om de tre anerkendelsessfærer, krænkelser og usynlighed, ikke kan ses som præcise afbildninger af virkeligheden. Honneths identifikation af begreberne; anerkendelse og krænkelse er kontekstafhængige og vil derfor variere med samfundets normer, moral og etik. Honneths teori udspringer desuden af en normativ forståelse af "det gode liv" og hvad dette indebærer (Honneth, A. 2003). Derfor vil Honneths anerkendelses- og krænkelses begreber samt sin idé om "det gode liv", givetvis også være præget af den person, der anvender Honneths teori og dens egne opfattelser af normer, moral og forforståelse.

Præsentation af respondenter

I dette afsnit vil de 5 respondenter; Storm, Buster, Norr, Alec og Frej blive præsenteret i tre forskellige tabeloversigter, hvis formål er at danne et overblik over deres baggrund. Respondenten i pilotinterviewet vil ligeledes blive præsenteret. Der rettes opmærksomhed på, at kun de børn, amme- og madeforløbs erfaringer og oplevelser, der er omtalt i resultatafsnittet bliver uddybet i tabellerne og at alle respondenter fødte vaginalt.

Af tabel 4 fremgår respondenternes alders, kønsidentitet, pronomen, etnicitet, hvorvidt de har fået lavet juridisk kønsskifte og deres uddannelsesmæssige baggrund.

Tabel 4. Respondenternes baggrund

Respondent	Alder	Kønsidentitet	Pronomen	Etnicitet	Juridisk kønsskifte	Uddannelse
Pilot	ml. 30-40 år	Transmaskulin butch	De/den/hun	Hvid	Nej	Sundhedssektor
Storm	ml. 30-40 år	Transmaskulin og nonbinær	Han/hans	Hvid	Ja, efter fødslerne	Maskinmester
Buster	ml. 30-40 år	Transmand	Han/hen/de/ den	Hvid	Ja, før fødslen	Sundhedssektor
Norr	ml. 30-40 år	Transkønnet nonbinær, flydende kønsidentitet	De/dem	Hvid	Nej	Socialt arbejde
Alec	ml. 30-40 år	Trans maskulin, nonbinær	Han/de	Hvid	Nej	Kunstner
Frej	ml. 30-40 år	Transmand	Han/hans	Hvid	Ja, før fødslerne	Sundhedssektor

Af tabel 5, vil det fremgå i hvilken gestationsalder (GA) respondenterne fødte, samt hvilken mademetode de har valgt og længden på deres madnings- eller ammeforløb.

Tabel 5. Fødsler og mademetode

Respondent	GA	Mademetode	Længde på madeforløb
Pilot	43+	Amning	Fuldammet 8 mdr. Ammet ca. 3,5 år
Storm	38+0	Amning	Fuldammet ca. 5-6 mdr. Ammet ca. 1 år
Buster	39+6	Madning	Fuldmadet 5,5-6 mdr. Ammet ca. 5,5-6 mdr.
Norr	37+4	Bryst fodring, madning og amning.	Fuldammet 6 mdr. Ammet 1,5 år
Alec	37+3	Madning + flaskeernæring + SNS-system Fælles med partner	Igangværende madning på 4. mdr.
Frej	28+4	Sonde + flaskeernæring, fælles med partner	Husker ikke længde på fuld flaskeernæring
	37+1	Flaskeernæring, fælles med partner	Fuldt flaskeernæret 4 mdr.

Den sidste tabel, nr. 6 viser hvorvidt respondenterne har fået top-op, hormonterapi, hvilken forældre betegnelse de bruger og hvilken familiekonstellation de har.

Tabel 6. Transition og familiekonstellation

Respondent	Top-op	Hormonterapi	Forældre- betegnelse	Antal børn. Familie- konstellation
Pilot	Nej	Ja Mikrodoserin g	Mor	Båret og ammet et barn. En anden medforældre.
Storm	Ja, efter at have ammet	Ja	Ved navn	Båret tre børn, ammet dem alle. Romantisk relation med partner.
Buster	Nej	Ja Pausering forud for graviditet. Påbegyndt 6 mdr. efter fødsel	Ved navn/far	Båret og madet et barn. Romantisk relation med den anden forælder/medforælder
Norr	Nej	Nej	Mor	Båret og madet et barn. Alene forælder. Barnefar har været minimalt involveret i barnets første år.

Alec	Nej	Ja Pausering ca. 8 mdr. før 1. graviditet med første barn.	Far	Båret to børn, madet et af dem. Romantisk relation med den anden forælder
Frej	Ja, før han fik børn	Ja Pausering forud for 1. graviditet	Far	Båret og flaskeernæret to barn. Romantisk relation med den anden forælder

Resultatafsnit

I resultatafsnittet, vil specialets empiriske materiale blive fremlagt. Som led i at besvare specialets forskningsspørgsmål og problemformulering, blev der identificeret fem temaer, og tre undertematikker. Temaerne er oplistet i punktform i nedenstående og hvert af disse temaer vil herefter blive udfoldet i hvert deres afsnit.

- Overvejelser i graviditeten
- Oplevelser med at amme, made eller give flaske
- At opleve eller ikke opleve krops og kønsdysfori
- Partnerens rolle
- Mødet med sundhedsvæsenet; "bekymring for mødet", "synlighed og usynlighed", og "best practice".

Overvejelser i graviditeten

Alle respondenter blev spurgt ind til hvilke overvejelser de havde haft omkring hvordan de ville give deres barn mad i graviditeten

Fælles for alle respondenterne var, at selve beslutningsprocessen omkring hvordan de ville give deres børn mad, ikke fyldte særlig meget for dem. Alle respondenterne fortæller på hver deres måde, hvordan de bare vidste, at de ville amme, made eller give flaske til deres kommende barn.

Respondenten Buster beskriver i følgende citat, hvordan han bare vidste, at han ville made: "Jeg havde ikke tænkt, at det ikke kunne lade sig gøre at made. Der er mange der ikke kan, men det havde jeg ikke overvejet (...). Det vidste jeg bare, at jeg skulle og kunne".

Ligeledes angiver respondenten Norr, hvordan de bare vidste, at de skulle amme: "Jeg har egentlig ikke overvejet det, mest af alt vidste jeg nok bare at det var det jeg ville."

Respondenten Alec forklarer at det der fyldte i hans beslutningsproces omkring hvordan han ønskede at give hans barn mad, var samtalerne med hans partner:

But then again, I have always been pretty decided that I wanted to chestfeed, so it didn't feel like I had to process so much about it, it just felt like an automatic choice, it was more the negotiation between the two of us (the partner and him).

Respondenten Storm beskriver, at han på trods af at det havde føltes som et ikke-valg, for ham at amme sine børn, ville ønske, at nogen i sundhedsvæsenet havde præsenteret ham for andre alternativer til at amme. Respondenten Storm uddyber:

Man kunne jo godt have sagt, "prøv og hør her, der er også andre alternativer, du behøver ikke føle dig presset", eller hvad ved jeg. Men det oplevede jeg ikke, jeg oplevede et sundhedsvæsen der bakkede op om nogle af de ting jeg selv startede med at mene (at amning var det eneste rigtige og sunde).

Respondenten Frej, madede hans børn med flaske fordi han havde fået lavet top-op. Frej fik i første omgang lavet en top-op pga. smerter i ryggen og igen syv år senere som led i en transitionsproces. Frej beskriver flg. omkring valget om at få lavet top-op og dets betydning ift. ikke at kunne amme eller made fremtidige børn:

Jeg var ret meget på forkant med det og var afklaret og havde lavet et regnestykke, om at det var bedre at have en glad forælder, der kunne bære rundt på en og lege med en, end en der kan amme (...) Så det gjorde at da jeg fandt ud af jeg gerne ville have fjernet dem helt, havde jeg allerede haft mange af tankerne der, så der var ikke så meget at miste (...).

Kun respondenterne Frej, husker at være blevet præsenteret for forskellige måder til at give et spædbarn mad. Denne vejledning angiver han som værende en god ting og som han blev overrasket over at blive spurgt ind til. Frej forklarer dette i flg. citat:

Ved nr. 2 barn, spurgte min jordemoder om min partner kunne være interesseret i at amme, og om vi godt vidste, at man kunne det. Det synes jeg var ret fascinerende, men jeg var sådan, "det er ikke for os", men der var jeg overrasket over at de viste den interesse.

Udover dette ovenstående eksempel som Frej giver, huskede kun en af respondenterne, Alec, at være blevet spurgt ind til, hvorvidt de ønskede at amme i graviditeten eller hvad de havde af ønsker om valg af made metode.

Desuden angiver ingen af respondenterne at have fået nogen vejledning fra sundhedspersonalet, som havde haft betydning for dem i deres beslutningsproces om, hvordan de ville give deres børn efter fødslen.

Fire af respondenterne, Frej, Storm, Buster og Norr endte med at give mad til deres børn, på den måde de havde tænkt de ville gøre det i graviditeten. Mens respondenterne Alec, der havde et ønske om at fuldmade, endte med en kombination af madning, flaske og et SNS-madningssystem. Hovedårsagen til dette var, at Alec ikke kunne danne nok mælk til udelukkende at made.

Oplevelser med at amme, made eller give flaske

Respondenternes oplevelser med at made, amme og give flaske blev beskrevet med følgende begreber som gik igen i alle respondenternes beskrivelser:

- Nærhed
- Tryghed
- Tilknytning
- Dejlig kropslig følelse
- Afslappende
- Kærlighed
- Hyggeligt
- Sundhed

- Nemhed
- Tilfredsstillende

Nedenstående er eksempler på, hvordan tre af respondenterne beskriver, hvordan det var for dem at give mad til deres barn.

Norr: Det spillede for mig, også i slutfasen, hvor det klart var trygheds amning (...). Han havde brug for "mor dyret", så ja, det var omsorg, og kærlighed til min baby. Det var totalt fint og hyggeligt.

Frej: "Jeg har nærmere haft "flaskestolthed", fordi det har kunne give os den her ligeværdige queer familieform".

Alec: I remember telling my friends that I really loved it when they came to visit. I like how it feels, I just really loved it, also because it didn't hurt, I didn't have any negative associations (with chestfeeding). I thought it was so calming it could help me to sleep, and I still kind of feel like that. I don't know if I have words to describe it, but it feels like I want it to feel.

Respondenten Buster kobler i samme grad som de andre fire respondenter ikke udelukkende positive begreber og beskrivelser på hans oplevelser med at made. Han beskriver det som en "alien-agtig følelse" og som noget han valgte at gøre, fordi det var nemt og sundt og fordi han kunne. I nedenstående citat uddyber han dette:

Buster: Det var først mega underligt, men det er bare en kropsfunktion og den (kroppen) gør det bare. Altså for mig handler det (valget om madning) om sundhed, havde jeg tænkt det ville være lige så sundt at flaske made, så havde jeg gjort det, men det tænker jeg personligt ikke at det er. Det var ikke et behov jeg havde ift. tilknytning. Det ville ikke have gjort en forskel for mig om jeg havde givet flaske eller madet.

Endvidere beskrev Buster, at det var en privat ting for ham at made og noget han helst gjorde alene.

Flere af respondenterne, Norr, Storm, og Buster beskrev en lettelse over at deres brystkasse og bryster endelig havde en funktion, som de følte at de kunne bruge til noget. Respondenten Norr beskriver dette således:

Norr: "Jeg vil sige, at jeg var glad for at de (brysterne) var der, for det er sådan set den største eksistensberettigelse de har (...) Jeg ser dem (brysterne) som et fodringsapparat".

Respondenten Storm beskriver, hvordan det at hans daværende bryster fik en funktionalitet, fordi han ammede, gav ham en følelse af, at de (brysterne) ikke var overflødige og unyttige. Respondent Storm beskriver blandt andet dette i flg. citat.

Storm: Det er lidt sjovt fordi, øhm, det er måske det eneste tidspunkt, hvor jeg egentlig har været okay med at have bryster, fordi altså (P). Jeg tror det var fordi det var et tidspunkt hvor den del af min krop havde en funktion, en funktionalitet (...) de kan bruges til noget (...) Jeg kunne også godt lide den nærhed, det gav mig med mine børn og det er jeg glad for at have oplevet, for det synes jeg er en speciel oplevelse (...). Amning var lige præcis de eneste gange hvor jeg ikke havde følelsen af at de (brysterne) ikke var i vejen eller overflødige eller unyttige.

Respondenten Frej var den eneste af respondenterne der havde fået lavet en top-op, så han havde ikke selv muligheden for at amme eller made, medmindre han brugte et SNS made system med modernælkserstatning. Frej angav at han havde kendt til andre måder at give mad på udover flaske ernæring, såsom netop SNS- madning, men at give flaske var det nemmeste for ham og hans partner og at det var grunden til at de sammen havde valgt at flaske ernære deres børn. Han beskrev endvidere hvordan følelsen af ligeværd sammen med hans partner havde fyldt for ham, når han gav hans barn flaske og fortalte ligesom de tre andre respondenter, Norr, Storm og Alec udelukkende om gode oplevelser med selve det at give hans børn mad.

Respondenten Frej blev adspurgt til om han kunne have ønsket at made eller amme hans barn, og hertil svarende han blandt andet at han i starten nogle gange godt kunne tænke at han ville ønske at hans børn havde fået brystmælk, i stedet for MME, og hvordan det i starten var lidt besværligt at skulle sterilisere flasker. Derudover beskriver Frej således om at give flaske til hans børn:

Frej: (...) men jeg synes nærhedsmæssigt, og relationsmæssigt, der føler jeg ikke at vi har det mindre (...) Måske det er en forsvarsmekanisme eller overlevelsestrategi, men altså situationen er sådan, vores barn skal have flaske, lad mig dog dykke ind i at nyde de gode ting, og ja, se bort fra de dårlige ting. Det her er vores muligheder (...).

At opleve eller ikke opleve krops og kønsdysfori

Alle respondenter blev spurgt ind til om de oplevede køns eller kropsdysfori på baggrund af eventuelle kropslige forandringer under graviditeten og ift. at amme eller made.

Indbyrdes var det forskelligt, hvilke fysiske brystvævs forandringer respondenterne oplevede under graviditeten. Respondenten Frej, der havde fået lavet en top-op, beskrev f.eks. brystvævs forandringerne således:

Frej: Jeg tror ikke mine ar ændrede sig, men det var mere sådan at det (vævet) hævede lidt op, så jeg er ikke lige så flad som før graviditeterne, men jeg har også en del arvæv fra operationerne. Så ja, mit væv var helt klart påvirket af graviditetshormonerne. Men nu er jeg begyndt på T igen og nu tror jeg hævelsen er faldet lidt.

Tre andre respondenter; Norr, Buster, og Storm, beskrev, at deres bryster blev en del større, mens respondent Alec ikke oplevede den store fysiske forskel. Kun en af respondenterne Storm angiver, hvordan det at brysterne blev større under hans graviditet, var svært i sig selv:

Storm: Og eftersom jeg i forvejen havde et problem med at jeg synes mine bryster var for store, så blev det ikke bedre af at de blev endnu større (...) Jeg har altid følt, at det var for meget eller vulgært. Det var slet ikke sådan mit billede af mig selv var (...) så det at gå igennem en graviditet og oplevelsen af at mine bryster blev større, gjorde bare alle de ting værre.

I alt angav fire ud af de fem respondenter at have oplevet følelsen af dysfori. Dysfori blev af disse respondenter karakteriseret med forskellige begreber som stress, ubehag, og usikkerhed.

Respondenten Frej brugte ikke ordet dysfori om hans oplevelser, i stedet forklarer han at hans anden graviditet var mere bekymringsfuld end den første graviditet, pga. frygt for at føde prætermt igen, og at han tænkte at denne frygt influerede og øgede følelsen af fysisk og psykisk ubehag omkring det at være gravid. Et ubehag som ikke havde været tilstede i første graviditet, hvor han ligeledes også havde transitioneret. Frej forklarer:

Frej: Jeg ved ikke om jeg vil kalde det kropsdysfori, men jeg havde det ihvertfald ikke godt i min graviditet (...) Det kan også være fordi jeg var længere gravid i min 2. graviditet, helt til 3. trimester, og man kunne se det mere, eller fordi jeg boede på landet, og alle kender en og man er pludselig en gravid mand der skal hvile sig. Ja, altså det var meget sværere (...).

Særligt én måde at opleve dysfori og kropsligt og psykisk ubehag blev nævnt i alle respondenternes beskrivelser: Nemlig hvordan dysfori, ofte blev aktiveret i mødet med andre mennesker og samfundet, men at den ikke i sig selv var til stede som en iboende følelse i en sådan grad, at det blev oplevet som et problem for respondenterne.

Følelsen af dysfori kunne f.eks. blive udløst ved at sidde i et venteværelse i jordemoderkonsultationen, amme eller made i offentligheden, blive fejlkønnet når man madede eller ammede på en legeplads eller udviste omsorg for ens børn i det offentlige rum.

Respondenten Buster beskriver i nedenstående hans oplevelse af hvordan dysfori kunne komme til udtryk:

Buster: Dysfori er for mig noget, der opstår i relation til andre. Jeg var i sådan en trans basisgruppe, og der joker vi med hvordan vi ville have det med os selv, hvis vi var på en øde ø, så ville jeg være ligeglad med hvordan min krop så ud (...) Så altså ja, det var hårdt hvordan min krop forandrede sig, stoppe på T, og så graviditeten, men der var ikke dysforien der væltede mig, det var de situationer jeg skulle ud i, i relation til andre mennesker (...). Hvad tænker de andre om mig, kan de se hvem jeg er, møder jeg nogen jeg kender, og skal jeg til at forklare mig? Det er jo sådan med bekymringer, at de sjældent får en, nogen steder hen. Men situationen var stressende og ubehagelig.

Respondenten Alec beretter om hans oplevelse med dysfori:

Alec: So, it didn't feel confusing to me to chestfeed regarding my gender, but it can be confusing to other people and that can be exhausting or uncomfortable for me, but when I am feeding her, it just makes sense, or I don't feel it undermines my gender in any way.

Norr beskriver hvordan de kropslige forandringer og det at amme, gjorde at de kom tilbage i en kasse, hvor de ikke følte sig hjemme:

For igen det at amme og hvilket køn jeg har hænger ikke sammen for mig, men det var irriterende, at resten af verden ikke kunne kende forskel på det. Altså det ikke noget jeg forventer (...) jeg er stadig ikke holdt op med at være mig (nonbinær). Så

med de kropslige forandringer kom jeg tilbage i kassen og der var meget kønnet (...) Så ift. kønsdysfori, havde jeg det okay med alt hvad der havde med mig og barnet at gøre. Så der er uden tvivl nogle der har haft det værre. Det var mest det at høre på andre menneskers holdninger omkring det.

Selve begrebet dysfori eller kropsligt ubehag blev ikke på noget tidspunkt koblet på den kropslige eller mentale oplevelse af respondenternes konkrete oplevelser med at made, amme, eller give flaske.

Partnerens rolle

Fire af respondenterne var i en romantisk relation med den partner, de havde børn med. Fælles for dem var, at partneren blev omtalt som en positiv og vigtig faktor i deres liv ift. at yde støtte og omsorg både i graviditeten og i barselsperioden under amme-, made- og flaskeernæringsforløbene.

Eksempelvis Alec fortæller om den støtte, han fik fra hans partner, her:

Like my partner is always the biggest cheerleader all the time. You (talking directly to the partner) have always been the best advocate for me, you were there, you were the one talking to the health professionals.

De fire føromtalte respondenter havde desuden alle en partner, der selv var trans. Dette angives som en betydelig faktor for den støtte, omsorg og forståelse, de oplevede, de fik fra deres partner i deres madningsforløb. Respondenten Storm beskriver det således:

Men nu har jeg en partner, som også er transkønnet. Dengang hun også sprang ud, så snakkede vi om køn (...) og vi havde hinanden og en forståelse for hinanden og på den måde, var det hele mindre slemt.

Den sidste respondent, Norr, anså sig selv som alene forælder, men havde gennem deres graviditet og barselsperiode haft et kompliceret forhold til barnets far, hvilket havde haft en negativ betydning for ammeforløbet.

Respondenterne Buster og Storm fuldammede eller madede selv deres børn de første fire til seks mdr. efter fødslen. I disse forløb angav respondenterne, at partneren var en stor hjælp, selvom de ikke gav mad i den periode. Dette kunne komme til udtryk ved at partneren passede de andre børn, at de agerede emotionel støtte eller var en god samarbejdspartner.

Respondenterne Alec og Frej var fra starten fælles med deres partnere om at give mad. De angav begge, at det understøttede et ligeværd i forældreskabet og i tilknytningen til deres børn. Frej beskriver nedenfor, hvordan han og hans partner, ved at være fælles om at give flaske, kunne supplere hinanden.

Frej: (...)vi kunne indrette vores liv sådan, at hun fik HMH mest muligt, så kunne den ene forberede en flaske og den anden kunne være nær hende (...) vi har haft en lige tilknytning til hende (...) vi kunne bryde med den der norm om, at det er moderen eller den fødende, der har den tætteste tilknytning.

De to føromtalte respondenter, Frej og Alec, var også dem, der angav, at refleksioner om rollefordelingen i deres partnerskab ift. at give mad fyldte for dem i overvejelserne omkring valg af mademetode. Disse bekymringer blev delt med deres partnere og ikke de sundhedsprofessionelle. Deres refleksioner handlede blandt andet om:

- Opgør med normative kønsroller og forestillinger som f.eks. hvorvidt det kun kan være den, der har født der, ammer eller mader?
- Frygt for at føle sig ekskluderet i forældrerollen, hvis man ikke begge gav mad.
- Bekymring for tilknytning til barnet, hvis man ikke gav mad.

Mødet med sundhedsvæsenet

Gode oplevelser med sundhedsvæsenet blev af alle respondenterne primært karakteriseret ved, at de modtog gode råd og fik relevant vejledning, da de gav deres børn mad. De nævner eksempler på, at konkrete råd, der hjalp dem i netop deres unikke forløb, var værdifulde. Der blev nævnt eksempler på råd om gulsot, brug af diebrik, ammostillinger, sondeernæring og amme-made hjælp lige efter fødslen.

Generelt blev SP i svangreomsorgen omtalt som værende omsorgsfulde og venlige. Alle respondenter angav desuden, at SP gjorde deres bedste for at møde dem, uden at have dårlige intentioner.

Respondenten Alec var den eneste der angav at han og partneren fik brugbar trans-specifik viden fra en sundhedsfaglig person. Parret havde opsøgt en privatpraktiserende

jordeperson, der havde en specialisering i LGBTQ+-familiedannelse og viden. Alec fortæller flg. om hvorfor det var en god oplevelse: "They could see the bigger picture of us as a family so just to have someone, to sort of, hold us, without it all being new information, was meaningful to us".

På trods af denne oplevede velvilje og omsorg fra SP i det offentlige sundhedsvæsen, beskrev alle respondenterne generelt flere dårlige oplevelser end gode og positive oplevelser i mødet med SP. Respondenterne kom med forskellige forklaringer på, hvorfor SP handlede, som de gjorde. Der nævnes eksempler på, at SP's travlhed, udbrændthed, dårlige arbejdsvilkår og manglende viden, har haft betydning for den omsorg og viden, de var i stand til at give.

Respondenten Alec forklarer: "They just didn't really know, I don't think it is because they don't care, but it is like, you see different people in every shift, there is no continuity. So there is no follow up".

Den manglende viden og uddannelse som baggrund for dårlige oplevelser gik igen i alle respondenternes udsagn. Dette kom eksempelvis til udtryk i, at respondenterne oplevede at modtage mangelfuld information og vejledning omkring emner som jura, krop og køn, hormonterapi og top-ops indvirkning og betydning for et amme- og madeforløb.

Respondenten Storm angiver: "Mit indtryk er, at SP generelt ikke har viden om transkønnethed (...) Men altså transkønnede mennesker føder også børn, og de kan også blive syge eller brække et ben".

Den manglende viden om transkøn i relation til graviditet og barsel betød for alle respondenterne, at de måtte agere eksperter på dem selv, og at de oplevede forskellige problematiske antagelser omkring deres køn og deres ønsker for, hvordan de gerne ville give deres barn mad. Dette var uafhængigt af, om respondenterne var åbne og ikke åbne omkring deres kønsidentitet.

Eksempelvis forklarer respondenterne Frej, hvordan han selv måtte være opmærksom på at få den nødvendige medicin, så han undgik at udvikle brystbetændelse igen. Frej, havde fået lavet en top-op, men der var fortsat noget mælkekirtelvæv tilbage og ingen

mælkeudgange. Derfor var han i risiko for at udvikle brystbetændelse, som han netop havde haft ved 1. barn (SST, 2023, s. 177-184).

Frej: Så efter 2. fødsel, vidste jeg, at jeg skulle have Dostinex⁶ og gerne en høj dosis, jeg var meget opsøgende, så jeg ikke fik brystbetændelse igen. Jeg sagde, jeg skulle have det af to omgange, og at en dosis ikke var nok, men de ville gerne vente, så jeg fik brystbetændelse igen (...) man skal være opmærksom på alle de her ting, på blodprøver for, at de ikke bliver afvist. Man skal kende ens eget forløb, så man selv kan rådgive personalet for at få den bedst mulige pleje.

Respondenten Alec forklarer, hvordan han gentagne gange blev spurgt, om han ville made, selvom det stod udførligt i journalen, at det var hans store ønske:

But it persisted so much (...) the doctor who had been following us, and knew us (...) was still like, "did you get the Dostinex pills?", No because I don't need them, I thought doesn't anybody read the notes? I think it was an overcompensation, that they really wanted to support me in my transness, they generally cared about us, they were trying so hard. But oh, you are trans, so you like, have dysphoria, so you don't want to chestfeed, like they almost hyper gendered me. They wanted to treat us well, but they didn't really ask me or us how we wanted to be treated. Or sometimes they would ask, but then they would forget or just assume something again.

De tre respondenter Alec, Frej og Buster, der havde taget T forud for deres graviditeter, beskrev ligeledes, hvordan SP manglende viden førte til forskellige ikke-evidensbaserede formodninger omkring hormonet T's indvirkning på f.eks. en fødsel og mælkedannelse. Alec uddyber i kommende citat, hvordan netop disse formodninger talte ind i en i forvejen iboende frygt han havde om, hvordan det, at han havde taget T kunne indvirke negativt på et foster og madning:

The T becomes this scapegoat because nobody knows anything about it. Like then T is the easy thing to jump to, which does nothing good to my relationship to my own body or gender.

Respondenten Buster, fortalte, at han f.eks. blev anbefalet at gå til flere kontroller end vanligt anbefalet ud fra et forsigtighedsprincip, netop fordi han havde taget T forud for graviditeten. Buster forklarer i næste citat, hvordan den manglende viden på området gjorde, at han fik mindre tillid til de råd, han efterfølgende modtog:

⁶ Dostinex er et medicinsk præparat, hvis effekt er laktations hæmning eller afbrydelse af laktation (Promedicin, 2023).

Der var ikke nogen, der vidste noget om det, men jeg kunne selv mærke ift. madning, hvordan brystvævet reagerer på at tage T (...) og hvordan brystvævet er reversibelt, når man holder pause på T. Så jeg vidste, at mine forudsætninger for at made var de samme, som havde jeg ikke taget T. Men det var ikke en viden jeg fik fra SP, men jeg spurgte heller ikke, for spørgsmålet var, om nogen ville kunne svare (...) Ingen vidste noget. Men når man ved meget selv og så SP fortæller noget, som er helt hen i hegnet, åbner det jo ikke op for, at man får lyst til at spørge om og modtage råd.

To af respondenterne, Alec og Frej angav, at det sted, hvor de fandt deres primære viden om det at være trans og made og give flaske, var i Facebook grupper, andre online trans fællesskaber og blandt venner, der også var trans forældre. Respondenten Alec beskriver i flg. citat, hvordan han forsøgte at opsøge viden om alternativer til at fuldmade, da han ikke kunne danne nok mælk til at fuldmade:

Looking back, I think there were a lot of things they could have done differently. Like nobody introduced SNS-system to me at the hospital. I remember calling the hospital some days later asking, "like do you have a SNS system that I can use, and can I get some advice? Like even the one I talked to, didn't know what an SNS system was. So, yeah, it was a bit confusing how to get help, so I mostly got my information again from a Facebook group.

Den manglende viden om transkøn i svangreomsorgen kom også til udtryk på et strukturelt plan. De to respondenter Frej og Buster, der juridisk er mænd, angav, hvordan de juridisk ikke kunne blive anerkendt som de fædre, de er i relation til deres børn. Konkret betød det, at de på trods af deres mandlige cpr. nr., blev registreret som mødre til deres børn. Frej, angav, hvordan det for ham afstedkom mange problemer og udfordringer både på et juridisk og et følelsesmæssigt plan.

Frej fortæller, hvordan sine blodprøver i graviditeten og under fødslen gentagne gange blev afvist, fordi han havde et mandligt cpr-nr., og hvordan han i systemet måtte oprettes med et erstatnings-cpr-nr., for at det kunne registreres, at han havde født og at sit barn fandtes.

Frej: Jeg skulle sætte ekstra tid af til alting. Mit blik på det at være trans i sundhedsvæsenet, handler også om, hvorvidt hvilke computersystemer, der er gearet til at håndtere hvad. Det handler ikke om folks uvilje, men det handler om, hvad systemerne kan, det strukturelle og ret specifikt; IT-systemer.

Desuden kom alle respondenterne med eksempler på, hvordan problemer med journalføring og cis-heteronormative blanketter komplicerede deres møder med sundhedsvæsenet.

Bekymring for mødet

Alle respondenter beskriver, hvordan de i mere eller mindre grad oplevede bekymringer forud for mødet med SP.

Respondenten Storm, som ikke var sprunget ud som transkønnet mand, da han fødte, forklarer sine tanker om det at være åben som transmand i sundhedsvæsenet på følgende måde:

Storm: Når jeg nu siger, at jeg ikke ville have haft lyst til at være transkønnet i sundhedsvæsenet, så er det jo fordi, jeg har en frygt for og en forestilling om, at jeg ikke ville blive mødt med forståelse eller viden omkring en person som mig (...) Så altså, jeg ved jo ikke, hvordan det er at være åben trans og gravid og møde sundhedsvæsenet, men jeg har da forestillinger og oplevelser der gør, at jeg ikke ville have lyst til det. Jeg håber da, at jeg tager fejl, det håber jeg da.

Respondenten Alec forklarer, hvordan uvisheden om, hvordan det at være transkønnet i sundhedsvæsenet fyldte for ham i mødet med SP, og hvordan han og sin partner havde tendens til at gøre sig selv "små" og nemme for at sikre, at de fik den omsorg, de havde brug for:

I mean it affected it, because it was always a big question for me, because I didn't know how it did affect (...). Like I didn't push back against anyone about my gender, or demand anything, or I would never be a troublemaker about it. Because I wanted people to treat my body with care and take care of me and my family.

Synlighed og usynlighed

Flere af respondenterne beskrev, hvordan de i varierende grad oplevede henholdsvis at føle sig hyper synlige og usynlige i mødet med sundhedsvæsenet.

Respondenterne Buster og Frej beskrev, hvordan de oplevede en øget synlighed i mødet med sundhedsvæsenet, fordi de blev kendt som "de gravide mænd" på afdelingerne og de havde en oplevelse af, at alle vidste, hvem de var.

Frej fortæller således:

Jeg kendte en jordemoder på afd., som sagde til mig, (...) at der havde været meget snak på afdelingen omkring det. Jeg oplevede det ikke selv, men selvfølgelig var der det, tænkte jeg bagefter, men det er ikke særlig rart at tænke, at jeg har været der og føde og haft alle de her følelser og så har de siddet inde i personalestuen og talt om mig.

Buster forklarer, hvordan han oplevede en manglende repræsentation som okay og hans synlighed i et venteværelse som stressende:

Det, der hang på væggene eller stod i materialet, havde intet med mig at gøre, og det tror jeg er fint nok. Jeg ved jo godt, jeg er en lille procentdel, det er slet ikke fordi hele sundhedsvæsenet skal tilpasses mig (...) men f.eks. det, at sidde som en gravid mand i venteværelser for gravide kvinder, er ekstremt stressende. Jeg har bagefter tænkt, hvorfor gjorde jeg det? Hvorfor bad jeg dem ikke om at ringe til mig og så kunne jeg vente udenfor, til det blev min tur (...) så det ville jeg klart sige, var en stressfaktor.

Respondenten Alec beretter om deres oplevelser med både at være synlig og usynlig på samme tid:

People also tiptoed around my gender. It was also this oddity, because I was there for five days, and everybody knew that I was trans, and there was this trans man giving birth (...) but I also got paranoid, like what are they talking about in the lunchroom? What is the conversation that is not happening to my face? I had to accept that, and that people still cared about us, and people did care.

En anden respondent, Norr, forklarer, hvordan de hverken blev spurgt ind til deres køn eller nogensinde selv nævnte det i frygt for at komplicere en i forvejen sårbar situation yderligere:

Jeg var allerede registreret i et sårbart gravid team, pga. psykisk sårbarhed, så jeg tog det heller ikke selv op (...) Havde jeg ikke været tilknyttet psykiatrien, havde det nok været vigtigt for mig, eller det kan jeg mærke, at det er, men der var andre ting, der var mere kritiske for mig (...) Jeg tror, de ville have set på mig som ekstra tosset, hvis jeg havde insisteret på det skulle fylde og der var vigtigere ting på det tidspunkt, så det var et bevidst valg at undlade, men det er jo fjollet, for det er jo bare noget med at journalføre det og registrere det.

Af de fire respondenter; Alec, Frej, Buster og Storm, der var sammen med deres partner, oplevede ingen, at deres partner blev medinddraget af SP i deres madningsforløb. Hos særligt en af respondenterne, Frej, fyldte den manglende medinddragelse en del for ham.

Frej: Det at blive usynliggjort, altså, at de usynliggør den ikke biologiske forældre (...) Der er mange, der ikke har kigget min partner i øjnene, når vi har haft samtaler på barselsgangen, der er faktisk en mor her, som har en vigtig rolle til den her baby, men som bliver kørt af sporet, fordi vedkommende ikke har født barnet. Det har været ret problematisk (...) og det tror jeg faktisk også mange cis-hetero fædre oplever (...) Jeg tror, at hvis man kunne se på hele familien, og man kunne møde alle familieformer, det ville have gjort rigtig meget for os.

Ingen af respondenterne blev direkte spurgt ind til deres køn og deres køns betydning for dem og deres madningsproces. Nedenstående er en kort oversigt over, hvordan respondenterne var åbne om deres kønsidentitet i mødet med sundhedsvæsenet.

- Frej og Buster var åbne om deres kønsidentitet, fordi de havde et mandligt cpr-nr.
- Norr tilbageholdt bevidst information om deres køn for ikke at komplicere mødet med sundhedsvæsenet.
- Storm var ikke sprunget ud endnu og var ikke et sted i deres proces, hvor de ville have kunnet dele, at de var en transmand.
- Alec fortalte åbent om deres kønsidentitet med et ønske om, at få den bedst mulige omsorg.

“Best practice”

Respondenterne blev alle adspurgt til, hvordan de tænkte at mødet mellem transmænd, transmaskuline, nonbinære personer og SP kunne blive bedre. Alle respondenter svarede entydigt, at de ønskede, at SP besad mere viden og fik uddannelse i og omkring transkøn og reproduktion. Hvordan de hver især tænkte, at denne uddannelse og implementering af ny viden skulle foregå, var forskellig. I nedenstående vil nogle af respondenternes ideer for en “best practice” blive oplistet.

- Vidensbank på afdelingen hvor SP kan søge hjælp
- Uddanne eksperter på området. Hvor man som patient kan søge råd og vejledning
- SP skal uddannes i LGBT+ kompetencer og i køn i relation til barsel, madning, amning og flaskeernæring
- Opdatere sundhedsfaglige hjemmesider, som Lægehåndbogen.dk og Sundhed.dk med relevant viden

- Undgå cis-heteronormativt sprogbrug både i form af kommunikation, men også i blanketter og informationsmateriale
- Bedre inklusion og repræsentation af normbrydende familier, f.eks. i form af billedmateriale
- Blive mødt med respekt
- "Don't assume, ask"
- Medinddragelse af partner
- Journalføring af pronomen, familieform og ønsker

Selvom alle respondenter angav et ønske om, at SP skulle have en opkvalificering i LGBT+-viden og -kompetencer, fyldte det også hos dem alle, at de godt vidste, at de er en minoritet og derfor ikke ønskede at tage for meget plads, eller at sundhedsvæsenet skulle tilpasses dem. Respondent Norr forklarer herom:

(...) det er 2 %, der er transkønnede. Størstedelen af de fødende vil jo være ciskvinder og jeg vil ikke have, at vi (transkønnede) skal dominere. Cis-kvinderne skal fylde mest. Men altså bare lige blive spurgt, altså helst ikke på forsiden (af et afkrydsningsskema), for det synes jeg ville tage for meget plads, men bare et sted, når man bliver mødt første gang. Så man ikke bliver usynliggjort igen og skal springe ud hver gang. Det kan godt være ret ubehageligt.

Respondenten Buster beretter hvordan han synes det er svært hvis sundhedsvæsenet skal tilpasses ham:

(...) jeg føler bare, det der med at være så anderledes, jeg føler ikke at jeg har retten til at ting skal tilpasse sig efter mig (rørthed), jeg håber du møder andre transkønnede der har det anderledes for sådan skal man jo ikke have det, men sådan har jeg det (...) jeg ved jo allerede at svangreomsorgen ikke er for mig, så jeg lukker øjnene lidt.

Alle respondenter angav desuden på hver deres måde, at de havde forståelse for, hvordan man ikke kan forvente, at de sundhedsprofessionelle ved alting, om det at være transkønnet og om madning og amning, så længe nogen bare ved noget om det.

Diskussion

I det kommende diskussionsafsnit vil det empiriske materiale, som blev præsenteret i resultatafsnittet, analyseres og diskuteres ved hjælp af Honneths anerkendelsesteori og perspektiv. Diskussionen er opdelt i seks nye tematikker, det sidste tema er af et perspektiverende afsnit.

Anerkendelse i den private sfære

I følgende afsnit vil elementer af Honneths teori om anerkendelse blive præsenteret igen, herunder begrebet, den private sfære. Ydermere vil teorien sammenholdes med nogle af de empiriske fund, hvilket resulterer i et fokus på, hvilke relationer, der set i et anerkendelsesperspektiv har haft betydning for respondenterne og deres made eller amme forløb.

Ifølge Honneth kan anerkendelse i den private sfære opstå, gennem symmetriske, gensidige kærlighedsforhold mellem et subjekt, og "den konkrete anden" (Honneth, A. 2003, s. 15). Honneth oplister forskellige eksempler på, hvor sådanne gensidige kærlighedsforhold kan udfolde sig, nemlig relationen mellem forældre og barn, romantiske partnere og mellem venner (Honneth, A. 2003, s. 15). Honneth beskriver, hvordan subjektet netop i kærlighedsforholdet har muligheden for at opleve anerkendelse og spejling i dets følelsesmæssige behov, samt udforske og afprøve egne værdier og ressourcer. På den måde mener Honneth at kærligheden og anerkendelsen i den private sfære udgør den grundlæggende forudsætning for, at man som subjekt kan agere og indgå i et såkaldt intersubjektivt forhold og dermed udvikle ens fundamentale selvtillid (Honneth, A. 2003, s. 14-16).

Retter man blikket mod at prøve at forstå respondenternes relation med deres respektive partnere i den private sfære, og ser på relationens betydning i et anerkendelsesperspektiv, beskrev alle respondenterne forskellige nære relationer som værende af stor betydning for dem ifb. med deres oplevelser og erfaring med at give deres børn mad: relationen mellem dem og deres partner og relationen mellem dem og deres børn, når de gav dem mad.

Størstedelen af respondenterne, oplevede partneren som en positiv faktor i deres oplevelser og erfaringer med at give deres børn mad. Dog med undtagelse af respondenteren Norr, hvor netop en forhenværende partner og far til barnet havde bidraget til at respondenteren oplevede stress og bekymring, hvilket respondenteren angav havde en negativ indvirkning på deres ammeforløb. De respondenter, hvor deres partner havde spillet en positiv rolle, havde fra partneren oplevet at få omsorg og støtte, der havde haft afgørende betydning i deres made og ammeforløb. Eksempelvis beskriver respondenteren Alec, hvordan hans partner havde været hans største "cheerleader" og respondenteren Frej beskriver hvordan det at han og hans partner var fælles om at give flaske, var med til at understøtte et ligeværd i deres forældreskab. Endvidere havde fire ud af fem respondenter en partner der selv var transperson, hvilket de ligeledes angav som værende af positiv betydning, da det gjorde at de mødte en spejling og forståelse fra partneren, som bidrog positivt til deres respektive amme og madeforløb.

Opsummerende kan man sige at i et anerkendelsesperspektiv, kan respondenternes fundamentale selvtillid blive påvirket af den anerkendelse eller mangel på samme, de møder fra deres partner, og dette kan påvirke oplevelsen og kvaliteten af deres amme eller madeforløb, da netop anerkendelse ifølge Honneth kan være med til at bidrage til at udvikle subjektets, i dette tilfælde respondenternes fundamentale selvtillid og styrke dem i mødet med omverdenen, herunder omvæltende livsbegivenheder, som f.eks. det at blive forældre og amme eller made et barn kan være (Honneth, A. 2003, s. 15-16). Endvidere skriver Honneth, at konsekvensen af netop manglende anerkendelse, i form af manglende følelsesmæssig støtte eller respekt, kan være at subjektet mister noget af det positive forhold til sig selv, og dermed vanskeliggøres subjektets mulighed for at opnå det gode liv. (Honneth, A. 2003, s. 18-19). Der består således en vekselvirkning mellem omverdenen, relationen, og respondenteren. Et eksempel på dette, kan altså være at Norr, den respondenter der oplevede en konfliktfyldt relation til faren til deres barn i barselsperioden, ifølge Honneth kan opleve at dette beskadiger deres selvtillid. I Norr's tilfælde, var det dog på ingen måde kun den manglende anerkendelse i den private sfære der fyldte, de oplevede nemlig også kærlighed og tilknytning i relationen til deres barn når de ammede og angav at de positive følelser mellem dem og barnet under amning, var en betydningsfuld faktor i deres ammeforløb som skabte glæde i deres liv.

Ser man yderligere nærmere på de resterende respondenternes beskrivelser og oplevelser af deres made og ammeforløb, fremhæves hvordan den fysiske og psykiske interaktion med deres børn, når de gav dem mad, gav alle respondenterne følelser af nærhed, tryghed, kærlighed, hygge, tilfredsstillelse og tilknytning. Set i et anerkendelsesperspektiv, kan man formode at denne vellykkede forælder-barn relation og interaktion, som amning og madning, hvor respondenterne er noget vigtigt for deres børn, kunne give respondenterne en oplevelse af at føle sig anerkendt i den private sfære. Om netop forældre-barn relationen skriver Honneth, at:

“Ligesom den vellykkede relation mellem forældre og barn udgør forudsætningen for at træde ind i konfliktfyldt verden, bliver venskabet og familien en forlængelse og en udvidelse af anerkendelsesforhold der vedligeholder den fundamentale selvtillid (Honneth, A. 2003, s. 15).

Desuden definerer Honneth, at det gode kærlighedsforhold udover at være symmetrisk og ligeværdigt også handler om gensidighed (Honneth, A. 2003, s. 15-16). En gensidighed, der netop kunne være på spil mellem respondenterne, der giver mad og omsorg til barnet og barnet der får mad og omsorg. Den vellykkede interaktion og relation kan hermed give respondenterne en følelse af kærlighed og anerkendelse.

Således tegner der sig et mønster af, at respondenterne primært oplevede kærlighed og anerkendelse i den private sfære og dermed udviklede deres forhold til sig selv: selvtilliden. Hvilket formentlig kan have været med til at bidrage til et godt og meningsfuldt amme eller madeforløb.

Barriere i mødet med de sundhedsprofessionelle

Respondenterne oplever med de sundhedsprofessionelle var primært karakteriseret af dårlige oplevelser. For overblikkets skyld, er disse dårlige oplevelser omdannet og identificeret til fire barrierer som respondenterne oplevede i mødet med de SP. De fire barrierer er: bekymring for mødet, mangelfuld viden, manglende støtte og rådgivning og IT-systemer og jura. Disse barrierer vil i afsnittet blive koblet sammen med Honneths to sfærer, den juridiske sfære og den solidariske sfære og begrebet krænkelse vil blive diskuteret iht. at forstå respondenterne oplevelser.

Barriererne er præsenteret i tabel 7.

Tabel 7. Barriere i mødet mellem transpersoner og sundhedsprofessionelle

	Uddybning
Bekymring for mødet	Bekymring forud for mødet med de SP. Overvejelser og bekymring for hvordan SP vil tage imod dem.
Mangelfuld viden	Ingen eller mangelfuld viden om transkønnede personers trivsel og sundhed og trans-specifik viden, herunder hormonterapi med T, top-op og inkluderende sprogbrug.
Manglende støtte og rådgivning	Manglende inddragelse af partner. Manglende repræsentation af normbrydende familieformer, samt manglende vejledning om alternative måder at made og amme på, f.eks. SNS-system eller kombination af at give flaske og made/amme.
IT- systemer og jura	IT-systemer der ikke kan håndtere transmænd der er gravide, klinisk biokemi systemer der ikke kan håndtere blodprøver fra mænd, behov for oprettelse af erstatnings cpr-nr., for at oprette de nyfødte børn, fordi "mænd i systemet ikke kan føde". Ikke muligt at blive juridisk anerkendt som det køn man er, hvis man har født et barn. Mangelfuld journalførelse af pronomen.

I den tidligere nævnte danske rapport, "Danske LGBT+ -personers møde med almen praksis – udfordringer og muligheder", fandt man ligeledes barrierer i mødet mellem LGBT+ -personer og de sundhedsprofessionelle i almen praksis. Selvom rapporten ikke har undersøgt transkønnede personers oplevelser i mødet med svangreomsorgen, vurderes

det stadig relevant at nævne at alle barrierer, som fremkom fra empirien i dette speciale, ligeledes går igen i rapporten (Egede, S. J. et al. 2019).

Drager man igen Honneths anerkendelsesteori ind og ser man nærmere på ovenstående barrierer i et anerkendelsesperspektiv, kan det være relevant at forstå dem i relation til de to andre sfærer, nemlig den juridiske sfære og den solidariske sfære. Lad os først fokusere på den juridiske sfære, som Honneth definerer således:

Igennem de universelle rettigheder, der er givet til alle medlemmer af samfundet, er subjektet i stand til at få selvrespekt eller agtelse for sig selv som et lige medlem af samfundet blandt andre. Anerkendelse gives her igennem de lovmæssige relationer, der foreskriver de rettigheder som subjektet har positiv adgang til, såsom velfærdsstatens goder. (Honneth, A. 2003, s. 16).

De oplevelser og barrierer respondenterne havde med IT systemer og jura, kan man argumentere for skal placeres i den juridiske sfære. Respondenterne oplevede alle hver især barrierer med henholdsvis IT-systemer, journalføring og jura. Respondent Frej, der oplevede at han ikke kunne blive anerkendt som hverken gravid, pga. IT-systemet eller som værende den far til hans barn som han er, fortalte hvordan det påvirkede ham på et følelsesmæssigt plan, og komplicerede hans møde med sundhedsvæsenet.

Anerkendelse i form af rettigheder er ifølge Honneth med til at realisere menneskets autonomi og udvikle selvrespekt. Honneth tilføjer at en person uden rettigheder i et samfund, godt kan have selvrespekt, men at dette forhold til sig selv kun virkelig kan realiseres hvis mennesket anerkendes som et beskrevet af Honneth, "autonomt handlende retssubjekt" (Honneth, A. 2003, s. 16).

Honneth skriver desuden hvordan det kan skade menneskets forhold til sig selv, i dette tilfælde selvrespekten, at blive krænket. Honneth kommer med et eksempel på en sådan krænkelse af juridiske rettigheder f.eks. kan opstå når hele grupper diskrimineres i et juridisk system. Generelt vil disse krænkelse påvirke menneskets positive forhold til sig selv (Honneth, A. 2003, s. 16).

Man kan ikke på baggrund af den førmtalte respondents udtalelser sikkert sige, hvordan hans oplevelser vil påvirke ham og hans forhold til sig selv, men man kan formode at de barrierer han og de andre respondenter oplevede med manglende juridiske rettigheder, og

IT-systemer der ikke fungerede, ihvertfald ikke understøtter en familiedannelses proces. En proces som ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger i "Amning, en håndbog for sundhedspersonale" er grundlæggende for sundhedsprofessionelle at støtte op om, for at sikre gode meningsfulde amme og madeforløb for ammende og madende personer (Sundhedsstyrelsen, 2023).

Fokuserer vi nu på den førnævnte solidariske sfære, som Honneth beskriver omfatter relationen mellem mennesket og gruppen og samfundet (Honneth, A. 2003, s. 16-17), vurderes det relevant at sætte relationen mellem respondenterne og SP i spil og igen inddrage de andre barrierer og oplevelser som respondenterne angav i mødet med de SP. Respondenterne fortalte alle hver især om oplevelser med SP, der havde været præget af at de SP, ikke lå inde med den viden, som respondenterne efterspurgte og havde brug for, herunder vejledning om alternativer til madning og amning. De angav ligeledes bekymringer forud for mødet med SP, baseret på usikkerhed om hvorvidt SP ville kunne hjælpe dem, eller baseret på tidligere dårligere oplevelser i sundhedsvæsenet.

Honneth beskriver flg. om hvordan anerkendelse kan ske i den solidariske sfære:

Værdsættelsen kan for eksempel have sin baggrund i subjektets særlige livsforløb, præstationer, funktioner, eller handlinger, som det har udført eller udfører. Denne form for anerkendelse udløser den tredje form for praktisk forhold til sig selv, nemlig værdsættelsen af sig selv som medlem af et solidarisk fællesskab (Honneth, A. 2003, s. 16-17).

Prøver man at forstå respondenternes oplevelser med at SP havde manglende viden om blandt andet transkønnethed, i et anerkendelsesperspektiv, kan man anfægte om respondenterne netop blev mødt af de SP i deres særlige livsforløb, eller handlinger, herunder at blive gravid, og give et barn mad?

Lad os igen se nærmere på nogle af respondenternes oplevelser og hvilke konsekvenser det at blive mødt med manglende viden om sig selv og ens livsforløb kan have.

Tre af respondenterne oplevede, at de SP manglende viden omkring brugen af hormonterapi og dens indvirkning på graviditet, fødsel og et amme/made forløb. Her kan man frygte, at respondenterne, som flere også angav, kan komme til at agere eksperter på dem selv, for at få en god og relevant behandling og vejledning. Flere angav enten selv at

lægge inde med den viden, de havde brug for, eller finde det i diverse Facebook grupper og internetfora. Disse fund stemmer overens med fundene i f.eks. (Egede, S., J., et al. 2019). Her kan man inddrage begreber som patientsikkerhed og fejlbehandling, som kan blive relevant at se nærmere på, da manglende viden om en specifik minoritetsgruppe i sundhedsvæsenet kan føre til fejlbehandling og hermed kompromittere patientens patientsikkerhed (Egede, S, J. et al. 2019). Et eksempel på hvordan mangelfuld viden kan kompromittere patientsikkerheden, kan være da respondent Frej oplevede selv at skulle bede om piller der kunne stoppe hans mælkedannelse, da han tidligere havde fået mastitis og blev afvist i dette behov og så fik mastitis igen eller da respondenten Alecs tidligere hormonterapi med T, blev brugt som forklaringsmodel til de komplikationer der skete under en af hans fødsler, og madeforløb.

Hvis man vender tilbage til respondenternes særegne livsforløb og den mulige manglende anerkendelse heraf, kan en anden konsekvens af at respondenterne overvejende ikke møder anerkendelse i den solidariske sfære være at de, ifølge Honneth, kan få svært ved at indgå i et positivt samspil i fællesskaber og grupper i samfundet og at de skades i deres selvværdsættelse (Honneth, A. 2003, s. 16-19). Honneth forklarer dette om krænkelse i den solidariske sfære:

Eksempler på sådanne krænkelsesformer finder vi et kontinuum fra ikke at blive hilst på til ekstreme former for stigma, og der er ingen grænser, hvad der kan karakteriseres som krænkelse. Der er tale om et kontinuum, der kan udvides teoretisk og nuanceres analytisk og empirisk (Honneth, A. 2003, s. 18-19).

Af de fire respondenter, der havde en partner, oplevede ingen, at deres partner blev medinddraget af SP i deres madningsforløb. Særligt hos respondenterne Frej, fyldte den manglende medinddragelse af hans partner meget for ham efter fødslen. Han beskriver dette i flg. citat, som tidligere i en længere form, er præsenteret i resultatafsnittet.

Frej: Det at blive usynliggjort, altså, at de usynliggør den ikke biologiske forældre (...) Der er mange, der ikke har kigget min partner i øjnene, når vi har haft samtaler på barselsgangen, der er faktisk en mor her, som har en vigtig rolle til den her baby, men som bliver kørt af sporet, fordi vedkommende ikke har født barnet. Det har været ret problematisk (...) Jeg tror, at hvis man kunne se på hele familien og man kunne møde alle familieformer, det ville have gjort rigtig meget for os.

Så for at svare på det før stillede spørgsmål, om hvorvidt man kunne anfægte om respondenterne blev mødt i netop deres særegne livsforløb, kan man på baggrund af Honneths anerkendelses og krænkelser perspektiv mene at respondenterne ikke blev mødt med anerkendelse og forståelse for deres livsvalg, derimod blev de mødt med krænkelser. Krænkelser som i denne kontekst kom til udtryk i form af den manglende viden fra de SP og de antagelser og formodninger dette førte med sig, samt manglende anerkendelse og inddragelse af deres partnere og familieform.

Sundhedsloven dikterer at alle mennesker har ret behandling af høj kvalitet, samt let adgang til information (Sundhedsloven, 2005) og i Autorisationsloven bekendtgøres det at SP har pligten til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed overfor alle patienter (Autorisationsloven, 2019). Dermed er det både givet ved lov at alle mennesker har ret til den bedst mulige behandling i mødet med sundhedsvæsenet, men det er således til dels også den enkelte behandlers ansvar at holde sig opdateret på den nyeste viden. Da vi allerede nu ved fra eksisterende forskning at det kræver uddannelse i LGBT+- kompetencer for at møde LGBT+- personer bedst muligt (Klittmark, S. 2018) kan man tænke at uddannelse omkring transpersoners sundhed, trivsel, reproduktion og familiedannelse bør indgå, som en større del af undervisningen på de sundhedsfaglige uddannelser og på de respektive afdelinger, for dels at give de sundhedsprofessionelle, de bedst mulige forudsætninger for at leve op til lovgivningen og deres autorisation, men også for at sikre at patienterne får de bedst mulige forløb.

Dysfori

I kommende afsnit diskuteres en mulig sammenhæng mellem respondenternes oplevelse af dysfori, krænkelser samt begrebet minoritetststress.

Fælles for respondenterne var, hvordan de oplevede og beskrev dysfori. Dysfori blev ikke forbundet med den konkrete handling i at amme eller made et barn, hverken det mentale eller fysiske aspekt af det. Derimod blev dysfori nævnt som værende en ubehagelig stress følelse, der nogle gange kunne fylde negativt for respondenterne i mødet med de sundhedsprofessionelle og omverdenen. Der blev givet forskellige eksempler på at dysforiske følelser kunne blive udløst ved at sidde i et venteværelse for at komme til jordemoderkonsultation, når respondenterne ammede eller made i det offentlige rum,

eller når de blev fejlkønnet på gaden eller i mødet med de SP. Det var altså primært bekymringerne om hvad andre tænkte om dem og andre menneskers opførsel overfor dem, der udløste følelsen af dysfori. Dysfori blev således ikke beskrevet som en iboende følelse af ubehag, der var tilstede i sig selv, men snarere som følelser, der kunne blive aktiveret i mødet med omverdenen.

Nedenstående er forskellige små udklip af tre af respondenternes citater, der kan være med til at forstå og nuancere respondenternes oplevelser med dysfori. Citaterne er i deres fulde længde blevet præsenteret tidligere i resultatafsnittet.

Alec: So, it didn't feel like confusing to me to chestfeed regarding my gender, but it can be confusing to other people and that can be exhausting or uncomfortable for me, but when I am feeding her, it just makes sense, or I don't feel it undermines my gender in any way.

Buster: Dysfori er for mig noget, der opstår i relation til andre. Jeg var i sådan en trans basisgruppe, og der joker vi med hvordan vi ville have det med os selv, hvis vi var på en øde ø, så ville jeg være ligeglad med hvordan min krop så ud (...) Hvad tænker de andre om mig, kan de se hvem jeg er, møder jeg nogen jeg kender, og skal jeg til at forklare mig? Det er jo sådan med bekymringer, at de sjældent får en, nogen steder hen. Men situationen var stressende og ubehagelig.

Norr: For igen det at amme og hvilket køn jeg har, hænger ikke sammen for mig, men det var irriterende, at resten af verden ikke kunne kende forskel på det (...) Så med de kropslige forandringer kom jeg tilbage i kassen og der var meget kønnet (...) Så ift. kønsdysfori, havde jeg det okay med alt hvad der havde med mig og barnet at gøre. Så der er uden tvivl nogle der har haft det værre. Det var mest det at høre på andre menneskers holdninger omkring det.

I Honneths anerkendelsesperspektiv kan respondenternes dårlige oplevelser og de barrierer, de har mødt i sundhedsvæsenet, karakteriseres som krænkelser og mangel på anerkendelse i den solidariske og juridiske sfære (Honneth, A. 2003). Hertil kan man tænke om en mulig konsekvens af krænkelser og dermed skader på respondenternes positive forhold til sig selv, selvværdssættelsen og selvrespekten, kan gøre at de oplever dysfori i mødet med omverdenen. Honneth beskriver blandt andet hvordan mennesket når det er sat under pres pga. manglende anerkendelse eller krænkelser kan opleve symptomer der f.eks. ligner en depression (Honneth, A. 2003, s. 20). Her findes det relevant at inddrage begrebet minoritetsstress. Minoritetsstress er en form for stress som minoritetspersoner kan opleve når de pga. deres minoritetsstatus i samfundet oplever at bryde med normer i

samfundet (Meyer, I. H. 2003). Minoritetsstress hos LGBT+- personer kan f.eks. forårsages af at opleve diskrimination i samfundet, herunder sundhedsvæsenet, eller at man internaliserer transfobi, dvs. at omverdenens negative tanker om det at være transkønnet kan resultere i at man selv oplever skam og skyld omkring ens kønsidentitet og derfor f.eks. oplever dysfori (Graugaard, C. 2019, s. 245, LGBT+ Danmark & Yngre læger 2020).

Usynlighed og repræsentation

Hvor anerkendelsesformerne udgør en normativ ide om det gode liv, er de korresponderende krænkelsesformer udgangspunktet for at forstå motivet for eller grunden til kampen for anerkendelse (Honneth, A. 2003, s. 18).

Honneth beskriver i ovenstående citat at sammenhængen mellem anerkendelse og krænkelse er, at kampen for at opnå anerkendelse netop består i at undgå krænkelse. I dette afsnit ses nærmere på hvad respondenterne på forskellige måder har gjort for at undgå krænkelse. Desuden diskuteres respondenternes oplevelse af at føle sig synlige og usynlige og dette sættes i forbindelse med Honneths anerkendelsesteori. Begrebet tovejs tabu introduceres som en forklaring på manglende italesættelse af køn fra de sundhedsprofessionelles side.

Et af Honneths perspektiver er altså, at motivationen for at få eller leve det gode liv er at undgå krænkelse. Her er det fundet relevant at sætte dette perspektiv i relation til en af respondenternes oplevelser. Respondenten Alec angiver følgende om hvordan hans transkønnethed påvirkede hans møde med SP og hvordan han ikke ville være besværlig omkring det:

I mean it affected it, because it was always a big question for me, because I didn't know how it did affect (...). Like I didn't push back against anyone about my gender, or demand anything, or I would never be a troublemaker about it. Because I wanted people to treat my body with care and take care of me and my family.

Dette kan i et anerkendelsesperspektiv netop være et eksempel på et menneske, som prøver at passe bedst muligt ind i et system, ved at justere dens adfærd og ved at lægge en strategi for at opnå anerkendelse og dermed undgå en dårlig behandling eller krænkelse i den solidariske sfære. Med andre ord kan man overveje, om det respondenter gør når han prøver at gøre sig mindst mulig besværlig i mødet med SP, er at han forsøger at gøre sig

mindst mulig synlig, for på den måde at undgå krænkelser og ikke blive skadet i hans positive syn på ham selv.

Honneth beskriver hvordan en måde at opleve anerkendelse i den solidariske sfære kan være ved, at genkende sig selv i et fællesskab eller i samfundet, således kan manglende genkendelse skade det positive forhold til sig (Honneth, A. 2003, s. 16). Med andre ord, hvis man oplever manglende repræsentation i samfundet og usynliggørelse kan det påvirke det positive forhold man har til sig selv, eller opleves som en krænkelse.

Også andre respondenter kom med eksempler på, hvordan de oplevede ikke at føle sig repræsenteret eller oplevede at de blev usynliggjort i mødet med de SP i sundhedsvæsenet. En konsekvens af at være usynlig kan være at man oplever at man i nogle situationer til gengæld kan blive meget synlig, f.eks. når man bryder med bestemte normer.

Særligt tre af respondenterne, Buster, Alec og Frej kom med udlægninger af at have oplevet stor synlighed i mødet med SP, fordi de brød med en af de normer der er i sundhedsvæsenet om at gravide og ammende eller madende personer, udelukkende er kvinder. Nedenstående er to forskellige udlægninger af denne synlighed beskrevet af respondenterne Frej og Alec. Citaterne har været præsenteret tidligere i resultatafsnittet. Frej forklarer:

Jeg kendte en jordemoder på afdelingen, som sagde til mig, (...) at der havde været meget snak på afdelingen omkring det. Jeg oplevede det ikke selv, men selvfølgelig var der det, tænkte jeg bagefter, men det er ikke særlig rart at tænke, at jeg har været der og føde og haft alle de her følelser og så har de siddet inde i personalestuen og talt om mig.

Alec angiver:

People also tiptoed around my gender. It was also this oddity, because I was there for five days, and everybody knew that I was trans, and there was this trans man giving birth (...) but I also got paranoid, like what are they talking about in the lunchroom? what is the conversation that is not happening to my face? I had to accept that, and that people still cared about us, and people did care.

Ovenstående er eksempler på hvordan det at føle sig synlig og usynlig nogle gange kan være to sider af samme sag og at denne dynamik kan opstå når minoritetspersoner bryder med normer.

Her kan det være interessant at inddrage nogle andre begreber fra Honneths anerkendelsesteori, nemlig begreberne usynlighed og synlighed. Honneth beskriver hvordan begrebet usynlighed skal forstås ved at et subjekt eller en gruppe oplever sig som ikke eksisterende og dermed usynlige i en social kontekst eller betydning (Honneth, A. 2003, s. 98-99). Honneth mener således at for at man kan give anerkendelse til nogen, må man erkende deres eksistens først, så de bliver synlige. Dermed er erkendelsen af nogen som individer i et samfund et vigtigt led i en anerkendelses handling (Honneth, A. 2003, s. 98-99). I dette perspektiv kan man antage at de af respondenterne der netop oplevede ikke at føle sig repræsenteret eller set som dem de var, kan have oplevet ikke at føle sig anerkendt, fordi de netop ikke oplevede at blive erkendt eller repræsenteret.

Et andet tema som gik igen hos respondenterne var at de ikke blev spurgt ind til deres køn og deres køns betydning iht. deres made eller ammeforløb. Lad os se nærmere på, hvorvidt respondenterne selv var åbne omkring deres kønsidentitet, nu hvor de ikke blev spurgt ind til det. To af respondenterne Buster og Frej, som var juridiske transmænd, angav, at de ikke havde et valg om, hvorvidt de ville være åbne omkring deres køn, fordi de pga. deres cpr. nr. ikke kunne lade være. En anden respondent Alec var åben omkring hans kønsidentitet og bragte det selv på bane overfor de SP for at få den bedst mulige omsorg. De to resterende respondenter Storm og Norr var ikke åbne omkring deres kønsidentitet. Respondenten Storm, var ikke et sted i hans transitionsproces hvor han ville have kunnet dele at han var en transmand. Den sidste respondent Norr, tilbageholdt bevidst at de var transperson, for ikke at komplicere mødet med SP yderligere, dette beskrives i flg. citat af Norr. Citatet er også præsenteret i resultatafsnittet:

(...) Jeg tror de ville have set på mig som ekstra tosset, hvis jeg havde insisteret på det skulle fylde og der var vigtigere ting på det tidspunkt, så det var et bevidst valg at undlade, men det er jo fjollet, for det er jo bare noget med at journalføre det og registrere det (...).

Ingen af respondenterne blev spurgt ind til deres kønsidentitet af SP, men spørgsmålet er, hvordan respondenterne ville have haft det, hvis de var blevet spurgt ind til det? Kunne det tænkes, at de ville have følt sig erkendt og anerkendt og måske have delt personlig og vigtig viden om dem selv, hvis SP havde spurgt ind til deres kønsidentitet ifb. med konsultationer og møder omkring madning og amning? Måske. Måske ville respondenterne have følt sig anerkendt. Et inkluderende sprogbrug er et af de bud, som nogle af respondenterne kom med ift. en "best practice". En vigtig tilføjelse til dette er dog at når det kommer til at bringe emner som kønsidentitet op overfor patienter, så kræver det ifølge flere studier uddannelse i sprogbrug og viden om målgruppen, for at kunne gøre det på en sådan måde at patienten oplever det som tryghedsskabende og meningsfuldt og det dermed ikke skader mere end det gavner (Klittmark, S. et. al. 2018, MacDonald, T. et. al. 2016).

Men hvem har egentlig ansvaret for at facilitere en samtale om f.eks. kønsidentitet i sundhedsvæsenet? Hvem har ansvaret for at bringe kønsidentitet og dets betydning for det enkelte menneskes forløb på bane? og hvordan kan SP vide at nogen er en transperson, og handle derefter, hvis vedkommende ikke selv fortæller det? Her kan det være relevant at bringe et sexologisk begreb i spil, nemlig begrebet "tovejstabu".

Tovejstabuet dækker over at der i sundhedsvæsenet findes et misforhold mellem hvad patienten ønsker og har behov for at blive spurgt ind til og hvad de sundhedsprofessionelle faktisk gør når det kommer til klinisk-sexologiske tiltag og problemstillinger. Der er flere bagvedliggende årsager til at dette tabu eksisterer, men faktorer som blufærdighed, usikkerhed eller et misforstået hensyn, om ikke at ville overskride nogens grænser lægger blandt andet bag ved den manglende italesættelse fra både patient og behandler (Møhl, B., Giraldi, A., Graugaard, 2019, s. 688). Tovejstabuet kan således måske være en af forklaringerne på hvorfor de sundhedsprofessionelle ikke spurgte ind til respondenternes kønsidentitet.

Et dansk studie fra 2017 viste at den største barriere fagpersoner havde for ikke at italesætte sexologiske emner, var manglende viden og færdigheder (Rundblad, L. et al. 2017, Møhl, B., Giraldi, A., Graugaard, 2019, s. 688). Derudover viste en anden tidligere nævnt, dansk rapport, at LGBT+- personers livsstil eller kønsidentitet blev set som en særlig

kommunikativ udfordring af mange sundhedsprofessionelle (Egede, S. J. et al. 2019). En af konsekvenserne ved dette tovejstabu er, at mennesker risikerer at få mangelfuld eller slet ingen vejledning om sexologiske emner (Møhl, B., Giraldi, A., Graugaard, 2019). Dette stemmer overens med hvad respondenterne i dette speciale angav som værende en stor barriere i mødet med de SP, nemlig det at de sundhedsprofessionelle ikke havde den viden de havde brug for at kunne give den rådgivning som respondenterne søgte.

“Best practice”

Respondenternes gode oplevelser gennemgås i dette afsnit og der præsenteres et bud på hvordan de sundhedsprofessionelle kan arbejde anerkendende i mødet med transpersoner.

Respondenternes gode oplevelser med de SP var karakteriseret af oplevelser, hvor de følte, de modtog den rådgivning, de efterspurgte og fik den vejledning, som de havde behov for i deres konkrete forløb. Eksemplerne på dette var konkrete råd omkring eksempelvis hjælp til amme og made stillinger, brug af diebrik, sondeernæring samt made og ammehjælp lige efter fødslen.

Disse gode oplevelser, kan i et anerkendelsesperspektiv forstås på den måde at SP var med til give respondenterne en følelse af at føle sig erkendt og set i deres solidariske sfære og på den måde anerkendt i deres særegne livsforløb og handlinger (Honneth, A., 2003, s. 16-17). Netop en anerkendende tilgang til at møde, vejlede og rådgive personer omkring amning og madning, er beskrevet i SST's anbefalinger om amning, her beskrives det hvordan SP kan formidle amning ved at anerkende den enkeltes unikke situation:

“Sundhedspersonalets vejledning om amning skal formidles med anerkendelse, accept og inddragelse af forældrene og være målrettet familiens specifikke behov og situation”. (SST, 2023, s. 13).

Respondenterne havde forskellige bud på, hvordan de kunne ønske sig at være blevet mødt af de sundhedsprofessionelle i svangreomsorgen. Disse ønsker lægger til grund for respondenternes bud på, hvad en “best practice” for sundhedsprofessionelle i svangreomsorgen kunne være i mødet med barslende, ammende, madende transmænd og

nonbinære transmaskuline personer. Nedenstående er et selekteret udpluk fra respondenternes bud på en best practice.

- SP skal uddannes i LGBT+- kompetencer og i køn i relation til barsel, madning, amning og flaskeernæring
- Undgå cis-heteronormativt sprogbrug både i form af kommunikation, men også i informationsmateriale
- Bedre inklusion og repræsentation af normbrydende familier, f.eks. i form af billedmateriale
- "Don't assume, ask"
- Medinddragelse af partner
- Journalføring af pronomen, familieform og ønsker

Ovenstående fund stemmer overens med de fleste af de anbefalinger som fremgår af Sundhedsstyrelsens pjece "Din LGBT venlige praksis - det gode møde mellem LGBT-patienter og almen praksis" (Fouchard, J., 2021) samt anbefalingerne i flere internationale kilder omkring det inkluderende møde mellem den sundhedsprofessionelle og den gravide, madende eller ammende person (Griggs, M., K., et al. 2021, Ferri, R., L., et al. 2020).

Hvis de sundhedsprofessionelle følger nogle af respondenternes ovenstående bud på "best practice", kan de SP således, både ifølge respondenternes selv, men også ifølge Honneth være med til at bidrage til at patienten får en oplevelse af, at føle sig erkendt, anerkendt og dermed øge respondentens positive forhold til sig selv (Honneth, A., 2003). På den måde kan SP måske være med til at styrke en familie dannelsesproces samt bidrage positivt til tilknytningen mellem voksen og barn ifb. med et amme eller made forløb (SST, 2023).

Fremtiden

Retter man blikket mod fremtiden, vurderes det at flere tiltag kan være nødvendige for at sikre at transmænd og nonbinære transmaskuline personer sikres den bedst mulige omsorg og behandling i mødet med de sundhedsprofessionelle i svangreomsorgen.

Den største barriere i mødet mellem respondenterne og de sundhedsprofessionelle, var at respondenterne oplevede at de sundhedsprofessionelle manglede viden om kønsidentitet, normbrydende familier og transkønnede personers grundlæggende behov og ønsker omkring madning og amning. De SP manglede altså uddannelse i LGBT+ viden og kompetencer. For at imødekomme denne manglende viden, kunne det være relevant at udarbejde og udforme konkrete, evidensbaserede anbefalinger til at styrke og klæde sundhedsprofessionelle bedst muligt på til mødet med transkønnede personer i svangreomsorgen. Dette gælder ikke kun viden omkring transmænd og nonbinære transmaskuline personers ønsker og muligheder for amning eller madning, det kunne også gælde viden omkring transkvinders mulighed for at amme eller made deres børn.

Derudover kunne det være relevant at undersøge hvordan de sundhedsprofessionelle oplever mødet med transpersoner; hvilke oplevelser, normer og barrierer der er på spil hos dem, for på den måde at kunne målrette og sikre klinisk relevant uddannelse af sundhedsprofessionelle i svangreomsorgen. Derudover vurderes det at der er brug for yderligere dansk forskning om transpersoners behov indenfor reproduktion, familiedannelse og puerperiet set i et intersektionelt perspektiv. Håbet med yderligere forskning er at det kan være med til at sikre at alle mennesker får den bedst mulige omsorg i mødet med sundhedsvæsenet.

Konklusion

I dette speciale er det blevet undersøgt, hvilke ønsker, oplevelser, følelser, og erfaringer som transmænd og nonbinære transmaskuline personer har vedrørende amning/madning af deres nyfødte børn. Dette affødte fire forskningsspørgsmål.

1. Hvilke overvejelser har de gjort sig om at made eller amme deres børn?
2. Hvilke oplevelser har de haft med at made og amme deres børn i tiden efter fødslen?
3. Hvilken støtte har de fået i deres sociale netværk? og hvilken betydning har det haft for dem i deres forløb?
4. Hvilken information, rådgivning og støtte har de fået af SP omkring madning og amning af deres børn? og hvilken betydning har det haft for dem i deres forløb?

Alle respondenterne fortæller på hver deres måde, hvordan de grundlæggende vidste, at de ville og havde lyst til at amme, made eller give flaske til deres kommende barn og at selve beslutningsprocessen ikke fyldte særlig meget for dem. Ingen af respondenterne havde modtaget råd eller vejledning fra sundhedsprofessionelle, der havde haft betydning for dem i deres beslutningsproces om, hvordan de ville give deres børn mad efter fødslen.

Respondenterne havde overvejende positive oplevelser med at made eller amme deres børn, deres oplevelser var karakteriseret af følelser som; kærlighed, omsorg, tilknytning, dejlig kropslig oplevelse og tryghed.

Fire ud af fem respondenter havde en partner og angav, at de havde haft stor støtte i deres partner under amme og made forløbene, hvilket havde bidraget til gode amme og madeforløb. Nogle havde været fælles med deres partner om at give mad, hvilket havde givet dem en følelse af ligeværd i forældreskabet.

Respondenterne oplevede generelt omsorg og venlighed fra de sundhedsprofessionelle. Gode oplevelser bestod af at modtage konkret og meningsfuld amme og madningsrådgivning, om f.eks. brug af diebrik, behandling af gulsot og forskellige amme og madestillinger.

Deres oplevelser med at made og amme var i relation til mødet med de sundhedsprofessionelle præget af negative og svære oplevelser. Følgende fire barrierer mellem respondenterne og de SP blev kortlagt: bekymring for mødet, mangelfuld viden, manglende støtte og rådgivning, IT-systemer og jura.

Den information og vejledning de fik fra de SP var præget af mangelfuld cis heteronormativ viden om respondenternes livssituation og flere respondenter fandt deres primære viden om amning og madning igennem Facebook grupper, trans-fællesskaber og venner der også var trans og ammede eller madede.

Dysforiske følelser opstod primært i mødet med en cisheteronormativ omverden. Dysfori opstod sjældent ifb. med respondenternes kropslige eller mentale oplevelser med at made, amme, eller give flaske.

I et anerkendelsesperspektiv mødte respondenterne primært anerkendelse i den private sfære, hvorimod de primært mødte krænkelser i den juridiske og solidariske sfære. Ved at gøre op med tovejstabet og blive uddannet i LGBT+- kompetencer kan de sundhedsprofessionelle arbejde anerkendende og være med til at understøtte transpersoners positive forhold til sig selv og dermed understøtte deres amme og madedeforløb.

Respondenterne kom med flere bud på en "best practice", der kunne være med til at forbedre mødet mellem transmænd og nonbinære transmaskuline personer og de sundhedsprofessionelle i svangreomsorgen. Blandt andet: SP skal have uddannelse i LGBT+- kompetencer og i køn i relation til barsel, madning, amning og flaskeernæring, bedre inklusion og repræsentation af normbrydende familier, f.eks. i form af billedmateriale, journalføring af pronomen, familieform og ønsker.

Fremtiden kunne med fordel byde på forskning om hvordan de sundhedsprofessionelle oplever mødet med transpersoner i svangreomsorgen, samt mere dansk forskning omkring gravide og barslende transpersoner i et intersektionelt perspektiv og det kunne udarbejdes anbefalinger for at sikre det bedst mulige forløb for transmænd og nonbinære transmaskuline personer i svangreomsorgen.

Litteraturliste

Aarhus Universitet, metodeguiden, Purposive sampling (formålssampling). Tilgængelig: [Purposive sampling \(formålssampling\) \(au.dk\)](#) [03-05-2023]

Aarhus Universitet, metodeguiden, Snowball. Tilgængelig: [Snowball sampling \(au.dk\)](#) [03-05-2023]

Amning - en håndbog for sundhedspersonale, 2023, Sundhedsstyrelsen, 6. udgave, 1. oplag., kap. 5

Anbefalinger for svangreomsorgen, 2022, Sundhedsstyrelsen, 4. udgave, 1. oplag

Autorisationsloven, 2019. LBK nr. 731 af 08/07/2019

BRANDT, J. S. et. al., 2019, "Transgender men, pregnancy, and the "new" advanced paternal age: A review of the literature", *Maturitas - An international journal of midlife and beyond*, vol. 128, s. 17-21.

Briefing: transkønnedes adgang til sundhed i Danmark - en opfølgning på Amnestys rapport fra 2014, 2016, Amnesty International

BRINKMANN, S., TANGGAARD, L., 2015, *Kvalitative metoder - en grundbog*, Hans Reitzels Forlag, 2. udgave, 2. oplag. Kap. 1, 11.

DEVUN, L., 2021, *The Shape of Sex – Nonbinary Gender from Genesis to the Renaissance*, Columbia University Press.

EGEDE, S., J., FOUCHARD, J., FRISCH, M., et al., 2019, "Danske LGBT-personers møde med almen praksis – udfordringer og muligheder", Rapport udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Sexologisk Forskningscenter, Klinisk Institut, Aalborg Universitet.

FERRI, R., L., et. al., 2020, "ABM Clinical Protocol #33: Lactation Care for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, Questioning, Plus Patients", *Breastfeeding medicine*, vol. 15, nr. 5.

FOUCHARD, J., 2021, "Din LGBT-venlige praksis", Sundhedsstyrelsen.

FRISCH, M., MOSEHOLM, E., ANDERSSON, M., 2019, "Sex I Danmark - nøgletal fra Projekt SEXUS 2017- 2018, Statens Serum institut & Aalborg Universitet

FØLNER, B., DEHLHOLM, M., CHRISTIANSEN, J., 2015, "Nydanske LGBT-personers levevilkår", Als Research for Ministeriet for Børn, Undervisning og Ligestilling

GRAUGAARD, C., GIRALDI, A., MØHL, B., 2019, *Sexologi – faglige perspektiver for seksualitet*, Munksgaard, København, 1. udgave, 1. oplag. Kap. 1, 10, 26, 31.

GRIGGS, K., M., et. al., 2021, "Care during pregnancy, childbirth, postpartum, and human milk feeding for Individuals who Identify as LGBTQ+", *Wolters Kluwer Health, Inc.* vol. 46, nr. 1.

HADLAND, S., YEHA, B., MAKADON, H., 2016 "Caring for lgbtq youth in inclusive and affirmative environments", *Pediatric Clinics of North America*, s. 1-16.

HONNETH, A., 2003, *Behovet for anerkendelse - en tekstsamling*, Hans Reitzels Forlag, København, 1. udgave, 2. oplag, s. 7-152

KLITTMARK, S. et. al., 2018. "LGBTQ competence wanted: LGBTQ parents' experiences of reproductive health care in Sweden", *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, s. 1-10

KVALE, S., 1997, *InterView – en introduktion til det kvalitative interview*, Hans Reitzels Forlag, A/S København, kap. 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 15

LAFLEUR, G., 2021, RASKOLNISKOV, M., KLOSOWSKA, A., *Trans Historical – Gender Plurality before the Modern*, Cornell University Press

lgbt danmark.dk. Tilgængelig: [LGBT+ Danmark Ordbog Archive - LGBT+ Danmark](#) [01-04-2023]

lgbt danmark.dk. Tilgængelig: [LGBT+ Danmark Politisk status: Familie og forældreskab - LGBT+ Danmark](#) [18-04-2023]

lgbt danmark.dk. Tilgængelig: [LGBT+ Danmark LGBT+ Historie - LGBT+ Danmark](#) [02-01-2023]

LGBT+ Danmark & Yngre læger. 2020. Tilgængelig: [Hvad er minoritetsstress? | lgbsundhed](#) [01-04-2023]

LAQUEUR, T., 1992, *Making sex - body and gender from the Greeks to Freud*, United States of America: Harvard University Press

MACDONALD, T. et. al. 2016, "Transmasculine individuals' experiences with lactation, chestfeeding, and gender identity: a qualitative study", *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 16, nr. 106, s. 1-17.

MEYER, I., H., 2003, "Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence", *Psychologic Bull*, s. 2-9.

Promedicin.dk. Tilgængelig: [Dostinex - information til sundhedsfaglige - Medicin.dk](#) [06-06-2023]

Region Syddanmark, Efterfødselssamtale OUH, 2023. Tilgængelig: [Efterfødselssamtale \(regionsyddanmark.dk\)](#) [01-04-2023]

RUNDBLAD, L., ZWISLER AD., PALM JOHANSEN, P. et al. 2017, "Perceived sexual difficulties and sexual counseling in men and women across heart diagnoses: A nationwide cross-sectional study", *Journal of Sexual Medicine*, Vol. 14, No. 6, s. 785-796.

RØNDAHL, G., BRUHNER, E., LINDHE, J., 2009, "Heteronormative communication with lesbian families in antenatal care, childbirth and postnatal care", *Journal of advanced nursing*, s. 2337-2344.

SPENCER-HALL A., GUTT B., 2021, *Trans and Genderqueer Subjects in Medieval Hagiography*, Amsterdam University Press

Sundheds- og Ældreministeriet, 2014. Bekendtgørelse om sterilisation og kastration. BEK nr. 957 af 28/08/2014

Sundhedsloven, 2005. LBK nr. 1286 af 02/11/2018

THULESEN, S., H., 2021, *Det Uafgjorte Køn – en undersøgelse af kønnede forhandlinger i det 12. og 13. århundredes lærde, nordfranske litteratur og naturfilosofi*, Roskilde Universitet

TRÆDEN, K., B., 2022, *Transmænd, transmaskuline og nonbinære personers oplevelser med madning og amning af deres børn - en litteraturgennemgang*, Master i Sexologi, Aalborg universitet.

Bilag

Bilag 1. Interviewguide, dansk version

Bilag 2. Rekrutteringsbrev, dansk version

Bilag 3. Samtykkeerklæring, dansk version