



”JEG VED JO GODT, AT DE IKKE TROR JEG FINDES”

**Et kvalitativt interviewstudie om
queerpersoner i fertilitetsbehandling**

CAMILLA TVED

Examensarbejde i Sexologi 30 hp
Masterprogrammet i sexologi 120 hp

Malmö Universitet
Hälsa och samhälle 205 06 Malmö
Maj 2019

JEG VED JO GODT, AT DE IKKE TROR JEG FINDES ET KVALITATIVT INTERVIEWSTUDIE OM QUEERPERSONER I FERTILITETSBEHANDLING

CAMILLA TVED

Tved, C. Jeg ved jo godt, at de ikke tror jeg findes – Et kvalitativt interviewstudie om queerpersoner i fertilitetsbehandling.

Et kvalitativt interviewstudie som undersøger queer- og LGBTQ+ personers møde med det danske sundhedssystem i forbindelse med fertilitetsbehandling. Eksamensprojekt i sexologi 30 højskolepoint. Malmø Universitet: Fakulteten för hälsa och samhälle, Institutionen för sexologistudier, 2019.

De seneste 20 år har området for reproduktive rettigheder til LGBTQ+ personer undergået en rivende udvikling, og varierede udgaver af LGBTQ+ familier er en familieform i stigning i Danmark. Samtidig tegner LGBTQ+ personer sig som helhed for en høj grad af ulighed i sundhed. De fleste LGBTQ+ personer modtager fertilitetsbehandling når de skal danne familie, men alligevel er der meget begrænset med forskning i hvordan den brede LGBTQ+ gruppe oplever mødet med sundhedssystemet i forbindelse med reproduktion og familiedannelse.

Resultaterne viser en overvægt af svære og udfordrende oplevelser på både strukturel og individuel plan. Dette indebærer bl.a. at deltagerne oplever at de skal være eksperter på egen behandling, at de oplever sig forkerte, og henholdsvis meget synlige eller usynlige. Deltagerne har en skeptisk eller negativ forventning til at skulle i behandling grundet tidligere erfaringer med sundhedsvæsenet. Omvendt har deltagerne tillid til det faglige niveau i behandlingen. På trods heraf viser resultaterne adskillige tilfælde af kritisabel behandling. Det konkluderes, at sundhedspersonalet har behov for yderligere viden og kompetencer for at kunne yde queerfamilier en faglig kompetent behandling. Ligeledes efterlyses der yderligere skandinavisk forskning fra et normkritisk og sexologisk perspektiv.

Nøgleord: LGBTQ+, LGBTQ+ sundhed, LGBTQ+ familier, LGBTQ+ reproduktion, queer, queerfamilier, queer reproduktion, fertilitetsbehandling, regnbuefamilier, magt

Tak

Til alle jer der har bidraget med jeres historier – Ingen nævnt, ingen glemt

Til Charlotta Carlström, MAU, for svensk vejledning og stor imødekommenhed

Til Anna Banana Lisberg Poulsen for dansk vejledning og kærlig opbakning

Til Ane Kirk for at booste min akademiske selvtillid i opstartsfasen

Til mine familiepartnere Yoon og Bo

Til ungerne for at bære over med mig – på alle måder.

I KNOW PERFECTLY WELL, THAT THEY DON'T BELIEVE I EXIST

A QUALITATIVE STUDY OF QUEER-PERSONS ENCOUNTER WITH THE FERTILITY TREATMENT SYSTEM

Camilla Tved

A qualitative study looking at queer- and LGBTQ+ individuals' encounter with the Danish health care system in relation to fertility treatment. Final project in sexology, 30 points. Malmö university: Faculty for health and society, Institution for sexology studies, 2019.

The field of reproductive rights for LGBTQ+ individuals has undergone a substantial development during the last twenty years. Different editions of LGBTQ+ families have appeared and steadily rise in numbers. At the same time, LGBTQ+ individuals are disadvantaged when it comes to health issues. Most LGBTQ+ undergo fertility treatment when they form a family, but despite this fact, the research looking at their experience with the health care system in relation to reproduction and family creation, is very limited. By applying the concept of biopower by Michel Foucault this project explores how the current discourse around reproduction and family manifests itself in the fertility treatment of LGBTQ+ persons.

The results show a magnitude of challenging experiences on both structural and individual levels. As a result of this, the participants in this study experience a necessity to become experts of their own treatment; they feel out of place and at the same time very visible and invisible in a heteronormative system. The participants are sceptical or have negative expectations to the meeting with the health care professionals, which are founded in previous negative encounters with the health care system. On the other hand, the participants have high expectations to the professional medical level of the health care professionals. The conclusion is that health care professionals in Denmark need additional knowledge and skill sets to provide LGBTQ+ persons the appropriate professional treatment. This calls out for additional Scandinavian research in fertility treatment from a critical and sexological perspective.

Keywords: LGBTQ+, LGBTQ+ health, LGBTQ+ families, LGBTQ+ reproduction, queer, queer families, queer reproduction, fertility treatment, rainbow families, power

INDHOLDSFORTEGNELSE

1.	Indledning	6
1.1.	Baggrund.....	6
1.2.	Problemformulering	10
1.3.	Arbejdsspørgsmål	11
1.4.	Disposition og guide til læseren.....	11
1.4.1.	Begrebsafklaring	11
1.5.	Eksisterende forskning.....	13
2.	Metode	16
2.1.	Videnskabsteori	17
2.1.1.	Epistemologi	17
2.1.2.	Ontologi	17
2.2.	Tilgang	17
2.3.	Empirisk materiale	17
2.3.1.	Kvalitative interviews	18
2.3.2.	Transskribering og dataanalyse	19
2.3.3.	Verificering	20
2.4.	Etiske overvejelser	20
3.	Teori.....	21
3.1.	Magt/viden og dets produktive kræfter.....	21
3.1.1.	Disciplinering.....	22
3.1.2.	Biomagt.....	22
3.1.3.	Panopticisme	23
3.1.4.	Seksualitet	23
3.2.	Biomedikalisering	24
4.	Analyse	25
4.1.	Hvordan oplever LGBTQ+ personer mødet med fertiliseringsbehandlingsystemet?	25
4.1.1.	Bagage	26
4.1.2.	Tanker/overvejelser og indledende vejledning.....	27
4.1.3.	Selve behandlingen	29
4.1.4.	Alternative behandlingstilbud.....	31
4.1.5.	Fra brugere af eksperter til ekspertbrugere	32
4.2.	Hvilke objektificeringer og kategoriseringer finder sted og hvilke effekter har disse totaliserende magtteknikker?	32
4.2.1.	Klassificeret, men ikke som det rigtige	32
4.2.2.	Klassificeret yderligere	33
4.2.3.	Biologisk familie som ”kur”	34

4.3. Hvordan former mødet med fertilitetssystemet LGBTQ+ personers selvforståelse og hvordan kan disse individualiserende magtteknikker hjælpe os til at forstå moderne magt?	36
4.3.1. Magtfri biomedikalisering?.....	37
4.3.2. Nye muligheder og nye eksperter	38
4.3.3. David og Goliat danser – og subjektiviteter skabes.....	40
5. Konklusion.....	40
6. Diskussion.....	41
7. Referencer.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
8. Bilag.....	48
8.1. Bilag 1 - Interviewguide.....	48
8.2. Bilag 2 – Informationsbrev	52
8.3. Bilag 3 – Samtykkebrev (vejleder)	54
8.4. Bilag 4 - Samtykkebrev (deltager)	55

1. INDLEDNING

Dette projekt handler om hvordan queerpersoner oplever fertilitetsbehandlings-systemet. På mange måder handler det dermed om at blive til og om at findes. Om at findes og ikke blive set. Om at blive set på en måde, så man næsten ville ønske, at man ikke fandtes. Eller måske bare, at man fandtes lidt anderledes.

To bemærkninger fra deltagerne i dette projekt gjorde så stort indtryk på mig, at de har fulgt mig igennem hele processen. Den ene bemærkning blev til titlen på dette projekt – ”Jeg ved jo godt, at de ikke tror jeg findes”. Den anden bemærkning blev på mange måder min røde tråd undervejs. ”Vi er elefanten i rummet, og det er underligt at være usynliggjort og så samtidig bare virkelig *være* der”. Som jordemoder og sexolog hører jeg variationer over disse bemærkninger næsten dagligt og disse to bekræftede således nogle antagelser jeg havde på forhånd. Flere andre ting bekræftede mine antagelser undervejs i processen med dette projekt, men mange ting udfoldede sig helt anderledes end forventet og sådan bør det også være: Projektet fik lov til selv at bestemme ”hvordan det ville findes”.

1.1. Baggrund

I Danmark i 1996 blev det gjort ulovligt for læger at inseminere enlige og lesbiske kvinder (med enlige sigtedes til heteroseksuelle). Lovændringen var et forsøg på at sætte punktum for en praksis som havde fundet sted i mange lande i mere organiseret form siden 1970’erne (Mamo, 2007), og således også i Danmark.

Via donorsæd, enten hjemkøbt fra en sædbank eller direkte doneret fra en ven eller bekendt, havde kvinder kunne inseminere sig selv og blive gravide uden at have en seksuel relation til en mand. Lovændringen ramte en helt specifik gruppe af kvinder, og vakte stor politisk debat. Tiltaget blev i 1999 udfordret af jordemoder Nina Stork som benyttede sig af et hul i loven og startede sin egen klinik, hvor hun tilbød insemination af lesbiske og enlige kvinder (Petersen, 2009), mens det for læger og hospitaler fortsat var illegalt.

Parallelt med en fertilitetsbehandlingsindustri i rivende teknologisk udvikling samt øget fokus på og kamp for LGBTQ+ personers politiske og reproduktive rettigheder, blev dette startskuddet på en hurtigt fremadskridende udvikling på det reproduktive og familieretslige område i Danmark (Petersen, 2009, 2012, Nielsen & Hansen, 2016). Det skal understreges, at dette selvsagt ikke betyder, at queerfamilier ikke har eksisteret forud for den udvikling der beskrives her, blot at udviklingen i disse årtier øgede tempoet og formerne på familierne.

Fra slutningen af 1980’erne og fremadrettet bliver fertilitetsbehandling genstand for en stadigt mere omfattende politisk fokus og debat. Dette var dels ansporet af en stigende ufrivillig barnløshed blandt heteroseksuelle, og dels at ”den fagre nye verden” pressede sig på med udviklingen i de stadigt mere avancerede behandlingsteknologiske muligheder (Etisk råd, 1989, 1995, Petersen, 2009).

Parallelt foregik processer og kulturforandringer som dels bundede i en antidiskriminations- og ligestillingstilgang, dels handlede om basal kapitalisme i form af forbrugermindethed, markedsføring og økonomisk liberalisme (Nielsen&Hansen, 2016, Mamo, 2007)

For LGBTQ+ gruppen bør fremhæves en række konkrete lovændringer, som vurderes relevant for at forstå udviklingen på området. Listen udgør blot et kort historisk overblik og skal ikke vurderes som udtømmende:

I 1981 blev homoseksualitet afpatologiseret og fjernet fra Sundhedsstyrelsens diagnoseliste. Registreret partnerskab blev, som et af de første steder i verden, tilladt i 1989.

Som nævnt indledningsvist blev fertilitetsbehandling af lesbiske og enlige foretaget af læger, forbudt ved lov i 1996.

I 2006, efter knap 10 år, vurderedes loven fra 1996 som diskriminerende af Retsrådet, og fertilitetsbehandling af lesbiske og enlige kvinder blev lovliggjort. Denne knap 10-årige periode bliver et tydeligt billede på diskursskiftet i synet på lesbiske mødre. Som køns- og queerforsker Michael Nebeling Petersen skriver i sin afhandling *"Somewhere, over the rainbow: Biopolitiske rekonfigurationer af den homoseksuelle figur"*, så indebar perioden en rekonfiguration af den lesbiske figur fra et "queer cyborg monster til en ansvarlig symbolsk heteroseksuel" (Petersen, 2012).

Helt ansvarlige blev de lesbiske mødre dog ikke anset for at være. Den ikke-fødende part i lesbiske mødrepar var herfra i en årrække tvunget ind i en juridisk og social gråzone, idet de ikke blev registreret som juridiske forældre ved barnets fødsel, men alene kunne stedbarnsadoptere når barnet var 2,5 år og kun under forudsætning af kontinuerligt samliv på samme adresse (LGBT.dk)

I 2013 blev dette ændret, og i samme omgang blev det muligt for at lesbiske par at kunne danne familie med en, af dem, social kendt person med sædproduktion, om end forældrerettighederne fortsat alene kan tilfalde højst to voksne.

På trans-området blev kastraktionskravet som betingelse for juridisk kønsskifte, efter massiv og langvarig kritik, fjernet i 2014. Dette muliggjorde et fuldt juridisk kønsskifte uden forudgående medicinske indgreb af nogen art og således åbnedes muligheden for fertilitetsbehandling af mænd mhp. graviditet (disse registreres dog fortsat modstridende med deres køn, som mødre til barnet ved fødslen) (Dam, 2018). Senest afgjorde Landsretten i 2018 desuden at en transmand kan registreres som far til et barn født af hans partner. (Retsinformation 1997, 2006, 2008, 2015, 2019. LGBT.dk.).

Af aktuelle krav om yderligere ændringer kan nævnes krav om udvidede muligheder for surrogacy/rugemoderskab, krydsdonation af æg indenfor en lesbisk relation, samt en række forbedringer for transforældre (LGBT.dk, altinget.dk).

Opsummerende kan det konstateres, at området for reproduktive rettigheder og familie siden 1990'erne har været under hurtig forandring. Bølgerne i de ledsagende politiske og kulturelle debatter om, hvem der er moralsk og socialt "genkendelige" som familier, har til tider gået endog meget højt undervejs (Petersen, 2009). I skrivende stund i maj 2019 er det i den aktuelle valgkamp fra flere partier foreslået at inddrage rettighederne til fertilitetsbehandling for homoseksuelle, transpersoner og enlige kvinder (se f.eks. Jyllandsposten, 13.05.19), og og emnet er således fortsat både aktuelt og kontroversielt.

Selvom området er en mosaik af sundhedsfaglige, etiske, og juridiske udfordringer, og selvom udviklingen hverken er lineær eller ukompliceret at gengive uden at forsimple, så åbner de efterfølgende års bølge af lovændringer og teknologisk udvikling for flere og flere forskellige familietyper. I dag findes der ifølge Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI) mere end 37 forskellige familieformer i Danmark, hvoraf "regnbuefamilier" er én. SFI definerer regnbuefamilier som familier hvor "mindst én forælder er LGBT+ person" (SFI, 2018) og nyeste tal fra 2018 viser, at 0,3 % af børnebefolkningen i 2017 var såkaldte regnbuebørn og at antallet er tredoblet over de seneste ti år i Danmark.

SFI understreger dog at tallet alene bygger på CPR-registrets tal for borgere i samkønnede partnerskab/ægteskab og de officielle tal om LGBT+ familier er således reelt mørketal behæftet med stor usikkerhed (SFI, 2018).

Dette mørketal kan suppleres med det faktum, at ca. 10% af danskfødte børn i disse år kommer til verden ved hjælp af fertilitetsbehandling, hvilket placerer Danmark på en europæisk førsteplads for antal fertilitetsbehandling pr. indbygger (Dansk Fertilitetsselskab, 2013, Ziebe et. Al, 2011). Eftersom mange LGBT+ familier benytter fertilitetsbehandling, så kunne tallet indikere noget om antallet af LGBT+ familier, men det bør bemærkes at tallene ikke er opgjort på baggrund af seksualitet. Tal fra CRYOS, som er en af verdens største sædbanker, viser at 35% af deres donorsæd sælges til lesbiske, 50% til enlige/solo-mødre og 15% til heteroseksuelle par (Cryos.dk), men da der er tale om internationale salgstal er dette ligeledes blot et bidrag til et usikkert skøn. Sikre tal på antallet af LGBT+ familier er således ikke til at finde, men jeg mener dog at kunne konkludere, at der her hverken er tale om et nyt emneområde, en ubetydelig lille population, eller et fænomen som kan siges at være stagneret eller formindsket over årene. Tværtimod er der her tale om et område under stor politisk, social og kulturel bevågenhed, en ikke ubetydelig population, samt et fænomen i kontinuerlig vækst.

På baggrund af ovenstående var det derfor min klare forventning, at jeg ville kunne finde en del nordisk forskning i LGBT+ familiers reproduktive processer og erfaringer. Det var imidlertid ikke tilfældet.

Der findes en god del forskning i fænomenet ”ufrivillig barnløshed” (en klinisk definition, der udgår fra et heteroseksuelt udgangspunkt), men, som vi skal se, er det begrænset hvad der findes af nordisk forskning i LGBTQ+ familier. Ingen større indsats er blevet gjort for at afdække erfaringer og behov hos den brede LGBTQ+ gruppe i relation til fertilitetsbehandling, graviditet, fødsel og barsel. Hvorfor mon egentlig ikke?

Selv bliver jeg fra alle positioner jeg har på dette område, mere end almindeligt nysgerrig på en række ting: Hvad overvejer og prioriterer de i forbindelse med familiedannelse? Hvad oplever de undervejs i de systemer som de er afhængige af for at kunne stifte familie? Og hvad gør det ved dem? Og ved systemet? Hvad tænker de om de fertilitetsteknologiske muligheder og valg og hvordan navigerer de i dem?

Hvis vi lader disse spørgsmål hænge lidt og i stedet fokuserer på, hvor ”the magic happens”: Hvad enten det nu er privat eller offentligt, at den konkrete fertilitetsbehandling finder sted, så er det indenfor rammerne af sundhedssystemet, at det foregår. Det er imidlertid også sundhedsvæsenet, der ifølge forskningen er skueplads for en stor del af den diskrimination og marginalisering som LGBTQ+ personer angiver at opleve (Johansen et al, 2015, Graugaard et al, 2015, Aidsfondet, 2016.) Dette gælder ikke kun for LGBTQ+ gruppen, men også for en række andre social- og minoritetsgrupper i samfundet (se fx Rigsrevisionen, 2019, Sundhedsstyrelsen, 2011).¹ Ulighed i sundhed er en kompleks størrelse, men forskning viser, at en del af årsagen findes, er indlejret i selve sundhedssystemet - Lidt polemisk kan man sige at sundhedsvæsenet selv producerer en del af uligheden i den sundhed de skal levere (Lehn-Christiansen et al, 2016).

¹ En lang række levevilkår kan siges at spille ind på LGBTQ+ gruppens sundhed. I det følgende er alene fokuseret på faktorer der har rod i selve sundhedsvæsenet. Dermed er udeladt faktorer som fx hadforbrydelser, overrepræsentation i misbrugsstatistikker mv., som har indflydelse på mortalitet og morbiditet.

Kongstanken bag det danske sundhedssystem er, at det som en del af det universelle skattefinansierede velfærdssystem, skal løfte folkesundheden ved at være tilgængeligt for alle uanset økonomisk formåen (Lehn-Christiansen et. al, 2016). Sundhedsloven fastslår at der skal sikres ”let og lige adgang” til sundhedsydelser, og antidiskriminationsloven at forskelsbehandling på baggrund af race, hudfarve, religion eller tro, politisk anskuelse, seksuel orientering, alder, handicap eller national, social eller etnisk oprindelse, er strafbart² (Retsinformation, 2005, 2006). På trods af lovgivning, og på trods af et vist politisk fokus, så oplever LGBTQ+ gruppen diskrimination, stigmatisering og marginalisering i sundhedsvæsenet, både på strukturelt niveau og fra sundhedspersonalet (se bl.a. CASA, 2009, Als research, 2015, Graugaard et. Al, 2015, SOU, 2017). Sammen med strukturelle barrierer har dette en række negative konsekvenser for LGBTQ+ gruppens fysiske og psykiske sundhed og medvirker til en øget ulighed i sundhed sammenlignet med majoritetsbefolkningen.

Forskningen peger på årsager i form af, at sundhedspersonalet har minimal viden om LGBTQ+ personers levevilkår, reproduktive forhold, behov og rettigheder, men også at heteronormativ tænkning er stærkt dominerende både på individuelt og strukturelt niveau. Forskning peger også på, at tilstødende intersektioner som fx etnicitet blot forstærker problemet og øger uligheden (Klittmark, 2018, Aidsfondet, 2016, Als/Sabaah, 2015, Statens Institut for Folkesundhed, 2013).

Spørger man de sundhedsprofessionelle om deres motivation for at uddanne sig og arbejde indenfor sektoren, så angiver de ofte som grund en lyst til at gøre noget for andre. Ønsket om at afhjælpe lidelse, yde omsorg og støtte kan derfor anskues som en integreret del af den enkeltes faglige identitet og selvforståelsen bærer præg af en forestilling om at være neutrale, åbensindede og ikke-dømmende (Lehn-Christiansen, 2016, Krabbe, 2010). Ikke overraskende er der altså ingen onde hensigter at finde blandt sundhedspersonalet, snarere tværtimod. Det kan dog konstateres, at der på de respektive sundhedsuddannelser findes begrænset med uddannelse i emner som kunne tænkes at have en positiv effekt på diskrimination af forskellige minoritetsgrupper: Sexologi, normkritik, kønsteori, race- og minoritetsteori, er helt eller stort set fraværende på mange sundhedsuddannelser. Fraværet af sexologi som fag og perspektiv kan synes særligt i øjenfaldende i en profession som jordemoderfaget.

Opsummerende kan det synes modsætningsfyldt, at den politiske og medico-teknologiske udvikling, som i over 20 år har åbnet for stadigt flere reproduktive og familieretslige muligheder i Danmark, ikke parallelt har været kombineret med en interesse i at følge området med forskning. Vel at mærke forskning, som rækker ud over en interesse i forældreevnerne og barnets tarv. I en dansk sammenhæng er LGBTQ+ personers oplevelser og behov i forbindelse med fertilitetsbehandling, graviditet og familiedannelse tilsyneladende ikke-eksisterende. Projektets datamaterialet tilvejebringer således ny indsigt på området og bidrager til at fylde et ”hulrum” i den eksisterende forskning. Forhåbentlig kan dette bidrage positivt til debatten og den kliniske praksis, ikke mindst ved at bringe deltagernes oplevelse ud i det åbne.

² *Kønsidentitet- og udtryk er aktuelt ikke en del af den antidiskriminatoriske lovgivning. Retspraksis indtænker kønsidentitet- og udtryk, men kategoriserer dette under ”køn”. Loven er aktuelt under ændring).

Ovenstående har ledt mig til at følgende problemformulering:

1.2. Problemformulering

Hvilke effekter og sideeffekter har den nuværende diskurs omkring reproduktion og familie i det danske sundhedssystem og hvordan kommer dette til syne i fertilitetsbehandling af LGBTQ+ personer?

Intentionen med dette projekt er, fra et perspektiv af queerpersoner i fertilitetsbehandling, at se på de magtdiskurser der kommer til udtryk igennem klinisk praksis, kultur og normer indenfor rammerne af sundhedsvæsenet. WHO definerer seksuel sundhed som ”en tilstand af fysisk, mental og social trivsel relateret til seksualitet” (WHO, 2006), men hvis der skræbes i overfladen på denne definition kommer det også til syne, hvor politisk et begreb seksualitet er. Seksualitet har en stærk kulturel og social forbindelse til reproduktion og det at danne familie, og familien som institution trækker videre tråde til økonomi, jura og samfund. Samtidig har teknologisk udvikling gjort, at familier i dag kan ”komme til live” på et utal af måder. At få børn kræver, i princippet, ikke længere en heteroseksuel kernefamilie og selvom populærkulturen ofte italesætter kernefamilien som et udrydningstruet savanne-dyr, så er det ikke en destabiliseret kategori som sådan: Det dominerende normative ideal for køn, seksualitet og familie hedder fortsat heteronormativitet, og det er denne hegemoniske norm, der udgør idealet for familiedannelse, slægtskab og familie, og ikke mindst lovgivning og grundlæggende samfundsstrukturer (Nielsen&Hansen, 2016, Rosenberg, 2002). Køn, seksualitet og reproduktion er sammenhængende og overlappende kategorier, der kun vanskeligt kan skilles fra hinanden. Samtidig anses disse kategorier på hver deres måde for kerneelementer i vores identitet – ”Hvem er du?” Bliver egentlig et spørgsmål om hvilket (af to) køn er du? Hvad ”er du til” seksuelt og romantisk, hvad er dine familieforhold, har du børn? Og hvad der tæller som et acceptabelt svar på disse spørgsmål ændrer sig over tid (Johnsdotter, 2012)

Seksualiteten er både et produkt af magten og arena for dens udfoldelse: Hvad vi gør med den, hvad vi gør med vores kroppe, og ikke mindst *hvem* der gør det, det er kun delvist en privat sag i dag og i udstrakt grad udsat for debat, regulering og kontrol. Dette syn på seksualitet dækkes overordnet af socialkonstruktivistisk funderet akademia: Seksualitet er magtfulde regulerende systemer og seksuelle udtryk bliver derfor altid et udtryk for den sociale og kulturelle sammenhæng de er en del af. Denne tilgang står overfor en mere essentialistisk lejr, som ser seksualitet som en iboende essens i mennesket – en essens som er uløseligt knyttet sammen med den ”biologiske” krop (Johnsdotter, 2012). Med denne evigt aktuelle værdikamp på sexologi-området (en kamp der genfindes i mange andre sammenhænge) i baghovedet, så får fertilitetsbehandling af queerpersoner en ekstra dimension: Reproduktive teknologier har i udgangspunktet sat en række elementer som vi er oplært til at forstå som ”naturlige” og ”biologiske”, ud af spil, men det er gjort med en ciskønnet heteroseksuel målgruppe for øje: En stigende procentdel af heteroseksuelle var infertile og der blev udviklet behandling med henblik på at disse mennesker fortsat kunne stifte (heteroseksuelle) familier. Nu har politiske flertal åbnet døren ind til et behandlingsrum for en gruppe af mennesker som ikke er heteroseksuelle, som ikke umiddelbart har nogle infertilitets-faktorer og som gør familie på en anden måde end den ”normale”. At se på, hvordan mennesker som bryder med normer for seksualitet og køn

mødes af sundhedssystemet under fertilitetsbehandling og familiedannelse, bliver dermed også et syn på magten.

1.3. Arbejdsspørgsmål

I forlængelse heraf skal følgende spørgsmål guide analysen og hjælpe mig til at besvare min problemformulering:

1. *Hvordan oplever LGBTQ+ personer mødet med det danske sundhedssystem i forbindelse med fertilitetsbehandling?*
2. *Hvilke objektificeringer og kategoriseringer finder sted og hvilke effekter har disse totaliserende magtteknikker?*
3. *Hvordan former mødet med fertilitetssystemet LGBTQ+ personers selyforståelse og hvordan kan disse individualiserende magtteknikker hjælpe os til at forstå moderne magt?*

1.4. Disposition og guide til læseren

Jeg vil indlede med en kort afklaring af begreber og sprog, hvilket dels er vigtigt for læseforståelsen af projektet, men også er en del af at tydeliggøre mit teoretiske ståsted. Derefter præsenteres tidligere forskning og som en del heraf redegøres der for overvejelser omkring relevans samt usynligheder og synligheder i det fundne materiale.

Så følger en redegørelse af projektets metode. Herefter følger et teoriafsnit, som redegør for de benyttede teoretiske perspektiver og begreber som ligger til grund for analyse og fortolkning af den indsamlede empiri. Så følger projektets hovedafsnit, analysen, delt i tre kapitler.

Analysen følges af en opsummerende konklusion. Afslutningsvis perspektiveres og overvejelser omkring fremtidig forskning gennemgås.

Bagerst i projektet findes bilag og referencer.

1.4.1. Begrebsafklaring

I følgende afsnit præsenterer jeg kort centrale begreber og forståelser som udgør fundamentet for projektets tilgang. Fertilitetsområdet byder selvsagt på en del medicinske fagbegreber, men en del af dette sprog udgør samtidig fundamentet for den dominerende sproglige diskurs til at tale om køn, seksualitet, kroppe og familier i samfundet generelt. Det synes derfor centralt for læsningen at forstå de sproglige til- og fravalg, som har rod i en normkritisk tilgang og feministisk teori.

Sex, gender, køn

Almås og Bennestad skriver, at køn på én gang er en fundamental del af vores verden, og samtidig så vanskelig at afgrænse og definere. *”Kjønn har vært knyttet til krop, til handlinger, til sosial konstruksjon, til formeringsevne, til makt, underkastelse og mye mer”*. Først når vi gransker begrebet køn udfoldes det i al sin kompleksitet (Almås og Bennestad, 2006). I et forsøg på at navigere denne kompleksitet skelner man på svensk og engelsk mellem begrebet genus/gender i betydningen socialt eller kulturelt køn, og begrebet ”køn”/”sex” om kroppens ydre kendetegn og dens reproduktive kapacitet (Rosenberg, 2007). På dansk findes kun begrebet køn og en eventuel distinktion foregår således ved at sætte enten

”biologisk” eller ”socialt og kulturelt” foran. At opdelingen sex/gender ikke eksisterer på dansk kan have sine begrænsninger på dette felt, men det kan også ses som et bidrag til et mere plastisk og mindre ekskluderende kønsbegreb, hvor både begrebet og det det beskriver er i stadig forandring og til forhandling (Rosenberg, 2007). Køn er derfor bibeholdt som det sprogligt korrekte begreb.

Biologi og natur

Begreber som ”biologisk” og ”naturligt” har stor diskursiv styrke såvel på projektets felt som i samfundet generelt. Begreberne indgår i hvad man kan kalde et hierarkiserende sprogbrug, hvor de ofte opfattes som mere ”sande” og faktuelle qua deres rod i naturvidenskabelige felter (Ahmed, 2006). Jeg mener at der er fagligt belæg for at hævde, at de kan virke begrænsende og ekskluderende ifht. at tale om køn, seksualitet og kroppe (Ekdahl, 2017), og har derfor fravalgt dem.

*Trans**

5 af deltagerne i dette projekt er transkønnede og identificerer sig ikke med det køn de blev tildelt ved fødslen. Trans* er (også) en paraplybetegnelse, men kan ikke alene begribes indenfor en binær to-kønsmodel. Non-binære mennesker kan have en kønsidentitet, der helt falder udenfor en binær kønsforståelse, som skifter mellem de to, eller som helt eller delvist inddrager et tredje køn. Stryker skriver: *”The movement across a socially imposed boundary away from an unchosen starting point – rather than any particular destination or mode of transition”* (Stryker, 2008). Det bør nævnes, at det fejlagtigt ofte antages, ikke mindst i sundhedsvæsenet, at trans-identiteter er bundet til bestemte seksualiteter. Dette er selvsagt ikke tilfældet (Ekdahl, 2017, Almås&Bennestad, 2006).

LGBTQ+, Queer

I dette projekt har jeg valgt at veksle mellem begreberne ”LGBTQ+” og ”queer”. I Danmark står LGBTQ+ for Lesbiske, Gay (Bøsser), Biseksuelle, Trans*, Queers. Antallet af bogstaver kan udvides. I projektet her signalerer +’et at begrebet LGBTQ ikke bør ses som en fast afgrænset eller fuldt dækkende betegnelse. LGBTQ+ begrebet er tilvalgt, da det vurderedes som mest kulturelt genkendeligt og i både politiske og forsknings-mæssige sammenhænge er det hyppigst brugte. LGBTQ+ begrebet kan dog kritiseres for at være upræcist. Først og fremmest refererer T for ”trans” som bekendt til en kønsidentitet og ikke en seksualitet, hvilket historisk har givet anledning til både interessepolitiske konflikter og misforståelser i forhold til omverdenen (Stryker, 2008), og ligeledes kan Q for Queer diskuteres. Don Kulick hævder at queer alene kan betegne en kritisk tilgang til normativitet (Kulick, 2011), men på engelsk er begrebet kendt slang for homoseksuelle, ligesom det i praksis bruges som identitetskategori af både individer og subkulturer verden over (Halberstam, 2012). Tiina Rosenberg skriver om queer som akademisk begreb indenfor den tværdisciplinære queerteori som den udviklede sig op igennem 1990’erne, at begrebet og dets betydninger *”är svåra att sammanfatta i ett ord eller ens i en mening. Egentlig bör queer inte preciseras”* (Rosenberg, 2002). I al sin lingvistiske skævhed lever begrebet altså fint op til alt det som det kan dække.

I dette projekt benyttes ”queer” på flere måder: Som fællesbetegnelse for normbrydende seksualitet og/eller køn med flydende grænserne kategorierne imellem, som en afvigende ”skæv” position i et givent rum, og som akademisk begreb. Når der i projektet tales om ”queer-seksualitet” og ”queer-familier” så er det i et forsøg på favne en række individer og familieformer, der ikke nødvendigvis ser sig selv som en del af hverken LGBTQ+ begrebet, eller det

sociale/kulturelle LGBTQ+ miljø, men som omvendt kan genkende sig selv i at være - *queer* (Ambjörnsson, 2016, Nielsen&Hansen, 2016)

Cis, hetero, og normativiteter

Præfixet cis(latin) betyder ”på den samme side som” og refererer til mennesker, der identificerer sig med det køn, de fik tildelt ved fødslen. Begreberne ciskønnet eller cisperson refererer således til personer, der ikke er transpersoner (Ekdahl, 2017). Cisnormativitet er den kulturelt og socialt herskende norm og institutionaliserede antagelse om, at alle mennesker er ciskønnede (Amnesty, 2016, Ekdahl, 2017).

Heteronormativitet er i tråd (og sammenhæng) med cisnormativitet, den kulturelt og socialt herskende norm og institutionaliserede antagelse om, at alle mennesker er heteroseksuelle (Ekdahl, 2017): ”*Compulsory heterosexuality is a system that make it seem as if heterosexuality, with all of its imperfections and flaws and glithes, is the only game on town*” (Halberstam, 2012)

Familier – et vidt begreb

Både populærkulturelt, i LGBTQ+ kredse og i mere officielle systemer er begrebet ”Regnbuefamilier” og ”regnbuebørn” almindeligt forekommende. Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, SFI, definerer regnbuefamilier som familier hvor ”*mindst én forælder er LGBTQ+ person*”(SFI, 2018), men erkender dog også at man grundet de strikse regler for registreringer af borgernes seksualitet alene kan få kvantitative data fra CPR-registret hvoraf det fremgår om borgeren er i registreret partnerskab eller gift med, en person af samme køn (SFI, 2018). De officielle tal er således behæftet med stor usikkerhed. Begrebet regnbuefamilier er fravalgt i dette projekt da jeg anser det som upræcist. I stedet benyttes enten ”LGBT+ familier” eller fællesbetegnelsen ”normbrydende familier”. Fra et intersektionelt perspektiv rummer sidstnævnte begreb også at familierne kan bryde flere normer ad gangen, hvilket vurderes som vigtigt.

1.5. Eksisterende forskning

Litteratursøgningen

En af de ting der motiverer dette studie, er at der findes begrænset med tidligere forskning på området, ikke mindst når søgningen afgrænses til de skandinaviske lande. Et skandinavisk fokus er ønskeligt her idet konteksten er et dansk sundheds- og velfærdssystem. Trods forskelle de nordiske lande imellem, så er der overordnede fællestræk på områder som vurderes relevante for dette projekt: Skattefinansierede velfærdssystemer med god adgang til sundhedsydelser, relativt gode barsels- og familierettigheder samt en liberal tilgang til LGBTQ+ rettigheder (Nordens velfærdscenter, 2018, NIKK.no).

Efter en mere intuitiv og ustruktureret søgning på bl.a. bibliotek.dk, kvininfo.dk, LGBT.dk, google scholar og Dansk Fertilitetsselskab, gennemførte jeg en mere struktureret søgning. Jeg har hertil benyttet databaserne Cinahl, Pubmed, Social abstract, samt følgende søgeord. Alle søgeord er benyttet på svensk, dansk og engelsk for at udvide mulighederne:

LGBT+sundhed, LGBT+helbred, *Homoseksuelle forældre, lesbiske forældre, queer forældre, lesbiske mødre, samkønnede familier, regnbuefamilier, lesbiske+sundhedsvæsenet, lesbiske+sundhed, LGBT+sundhedsvæsenet, , transfamilier, transpersoner+reproduktion, transpersoner+sundhed, transpersoner+reproduktion, trans+gravid.*

Undervejs lod jeg mig lede videre af særligt relevante artikler og rapporters referencer. Som nævnt var intentionen at prioritere skandinavisk forskning, men det stod hurtigt klart, at dette påvirkede resultatet så negativt at det måtte opgives. International forskning måtte derfor i højere grad medtages, også selvom det som nævnt skaber problemer ifht overførbare grundet betydelige velfærdssystemiske forskelle. Derudover har jeg taget udgangspunkt i allerede kendte dokumenter og anvendt al information fra disse og benyttet emneord og forfatternavne til videre søgning på databaser til at skabe overblik og indblik i eksisterende litteratur og forskning på området.

Trods begrænsede resultater viste en systematisk søgning, at der er tilstrækkeligt med videnskabeligt grundlag til at gå videre med projektet og dets fokus.

Som beskrevet i indledningen så er det ikke dette projekts formål at beskæftige sig med forældreevne og il/legitimering af LGBTQ+ familier som sådan. Litteratursøgningen gav en mængde resultater som beskæftigede sig med dette, men disse er kun skimmet overfladisk med henblik på et overblik.

For overskuelighedens skyld er følgende opdelt i emner.

(Heteroseksuel) Infertilitet og barnløshed

I en litteratursøgning er det normalt relevant hvad der findes og ”siges” i resultaterne af søgningen, og forskning i ufrivillig barnløshed viser entydigt, at infertilitet udgør et komplekst scenarie af både bio-, psyko- og sociale påvirkninger, som har stor betydning for livskvalitet og trivsel hos de ramte. For denne del af søgningen blev det imidlertid interessant hvad der samtidig ikke blev tydeliggjort: Begreberne infertilitet og ufrivillig barnløshed er heterocentrerede begreber der tager udgangspunkt i cis-hetero familiers manglende evne til at undfange på grund af fysiologiske faktorer hos en eller begge parter. Trods at dette ikke umiddelbart har relevans for dette studie, så er der søgt på begge ord med det formål at få et indtryk af mængden af forskning på dette område, sammenholdt med mit eget. På dansk fandtes der enkelte studier på master/specioleniveau som undersøgte sammenhængen mellem (hetero) seksualitet og fertilitetsbehandling, men igen var det interessant, at ingen af disse relativt nye studier, havde en afgrænsning eller en definition af seksualitet - Det var helt og aldeles underforstået at man udgik fra et heteroseksuelt narrativ. Skønt en mindre detalje er dette interessant i relation til den heterocentricitet som tilsyneladende er et gennemgående tema i den eksisterende forskning.

Intern ulighed

Som også refereret i indledningen er det veldokumenteret at LGBTQ+ gruppen som helhed oplever ringere levevilkår og social ulighed i forhold til majoritetsbefolkningen. Jeg har i litteratursøgningen prioriteret dokumentation af, hvad man kunne kalde en intern baseret ulighed, hvor årsagsfaktorerne er direkte integreret i sundhedssystemet, såvel individuelt hos den enkelte fagperson, som strukturelt og systemisk.

En del af denne forskning beskæftiger sig fra et bredere perspektiv med udvikling af såkaldte ”LGBT kompetencer” blandt sundhedspersonale i primærsektoren, samt blandt psykologer, terapeuter og familiebehandlere. Majoriteten af disse undersøgelser fokuserer på de økonomiske og helbredsmæssige besparelser ved forebyggelse af nogle af de hovedfaktorer som går igen i de negative statistikker for LGBTQ+ gruppen: Overforbrug af alkohol og stoffer, psykiske sygdomme i de tidlige ungdomsår samt seksuelt overførte sygdomme. At begrænse stigma og

marginalisering ved at uddanne og styrke LGBTQ+ kompetencerne i social- og sundhedsprofessionerne ses som en vigtig løsning. Kun få studier har set specifikt på LGBTQ+ kompetencer blandt personale der arbejder med reproduktiv sundhed, til gengæld er en del af den dansk. Som eksempel kan fremhæves AIDS Fondets rapport fra 2017 om KSK-gruppens erfaringer med sundhedsvæsenet ifht STI'er og sikker sex. Undersøgelsen viste, at det sundhedsfaglige personale under- og misinformerede, og at der fandt fejl- og underbehandling sted, bl.a. ifht (manglende) test for kønssygdomme og screeninger for underlivskræft. Disse fund bekræftes på andre måder af anden dansk forskning, om end ingen af disse har beskæftiget sig med fertilitetsbehandlingsområdet (AIDS-fondet, 2017, SOU, 2017, Vidensrådet for Forebyggelse, 2015, Frisch, 2009, 2015).

Lesbiske forældre

En stor del af den kvalitative forskning i LGBTQ+ reproduktiv sundhed, har fokuseret på (cis) samkønnede lesbiske forældrepar. Som nævnt i indledningen er en del af dette ikke vurderet direkte relevant, men de store studier gennemgået ifht. erfaringer med sundhedssystemet, og interessant er det at se hvorledes gennemgangen over et tidsperspektiv viser, hvorledes fokus er flyttet fra forældreevne og legitimitet, til at se på erfaringer, ønsker og behov ifht reproduktiv sundhed og familiedannelse. Overordnet ses det at alle nyere studier, i større eller mindre grad, har problematiseret heterocentrisme og heteronormativitet i sundhedssystemer i relation til det at danne familie som lesbisk. Gennemgående fremhæves elementer som sprog/sproglig anerkendelse, trykte materialer, inddragelse af den ikke-fødende mor, viden og forståelse hos sundhedspersonale samt fravær af åben modstand/homofobi, som centralt i at understøtte lesbiske forældrepar. (se bl.a. Goldberg, 2010, Golombok, 1995, 2015, Gregg, 2018 mfl.). En lille håndfuld studier på bachelor-, master- og specialniveau har beskæftiget sig med samkønnede lesbiske forældrepar i Danmark, og billedet er her det samme (Sadjadi-Munk, 2018).

Transkønnede forældre

Litteraturgennemgangen gav også indtryk af at forskning med fokus på forælderkompetencer og legitimitet stadig udføres, men at fokus har flyttet sig videre i bogstavkombinationen LGBTQ+, til nu i højere grad at handle om (cis)bøssepar (med brug af surrogatbærer eller i større familier med 1-2 lesbiske mødre), samt transpersoner. Det samkønnede lesbiske mødrepar har til en vis grad vundet en (vis) moralsk genkendelighed og normativ status, mens det samme i langt mindre grad er gældende for homoseksuelle mænd, og stort set ikke for transpersoner. De studier som beskæftiger sig med trans og reproduktiv sundhed er alle relativt nye og udført i USA, Canada, Australien og England. Det drejer sig for eksempel om studier i reproduktionsbevarende tilbud i forbindelse med kønsbekræftende behandlinger (Cryopræservation), breast- og chestfeeding (amning på mandligt brystvæv), og fertilitetsbehandling og graviditet. Der tegner sig samme billede af et heteronormativt sundhedsvæsen som det ses af forskningen i lesbiske familier, om end forekomsten af udtalt stigmatisering og stigmatisering synes forhøjet for transpersoner (Se bl.a. Macdonald, 2016, Gruskin et al, 2018, Charter et. Al, 2018, Hoffkling et al, 2017). Et enkelt studie skiller sig ud ved at være dansk: Hansen og Erschen har foretaget en kvalitativ undersøgelse af 4 transkønnedes oplevelser, erfaring og ønsker omkring fertilitet og reproduktion, og også de finder, at det eksisterende vidensgrundlag er begrænset. Studiets konkluderer, at transkønnede har reproduktive ønsker og behov helt på linje med majoritetsbefolkningen og at dette er relevant at inddrage i forbindelse med

kønsbekræftende behandling. Disse ønsker og overvejelser mødes imidlertid af omfattende barrierer på en række niveauer. En del af disse barrierer handler om personalets lave vidensniveau, og normativ og stigmatiserende adfærd (Hansen&Erschen, 2018).

Den brede LGBTQ+ gruppe

Meget få studier har beskæftiget sig med den brede LGBTQ+ gruppes ønsker, erfaringer og behov ifht fertilitetsbehandling, graviditet og fødsel. Stort set alle studier udgår altså fra en enkelt seksualitet eller identitets-kategori, fx cis-lesbisk eller transkønnet, og stort set alle studier fokuserer på hvordan denne mødes af et heteronormativt system. Et enkelt studie skiller sig dog ud. Det drejer sig om studiet "LGBTQ competence wanted: LGBTQ parents' experiences of reproductive health care in Sweden", 2018 af Klittmark et. Al., Studiet baseres på kvalitative interviews med 12 LGBTQ+ forældre og deres erfaringer i processen fra fertilitetsbehandling til barsel. Studiet bekræfter, at der ikke er foretaget anden forskning i den brede LGBTQ+ gruppe, men at der efterhånden findes forskning i samkønnede lesbiske par. Klittmark et. al konkluderer, at heteronormativitet er udbredt i sundhedssektoren og at sundhedspersonalet har behov for at udvikle LGBTQ kompetencer for at kunne yde kvalificeret støtte.

Professor i sociologi, Alex Müllers forskning beskæftiger sig ligeledes med den brede gruppe. Müller har i Sydafrika forsket i, hvordan queeridentiteter og "sundhedsrum" formes af hinanden (Müller, 2017). Müller er grundlæggende kritisk overfor den måde begrebet "usynlighed" (af queeridentiteter) benyttes i en mængde forskning omkring LGBTQ-sundhed og levevilkår. Ifølge Müller fokuserer forskningen, og deraf afledte politiske diskurser, for ensidigt på usynlighed og uvidenhed som årsagsforklaring diskrimination og marginalisering. I det umiddelbart logiske modtræk - at frembringe løsninger i form af synlighed, repræsentation og lgbtq-kompetencemodeller – overses muligheden for at udfordre de grundlæggende magtstrukturer der ifølge Müller er den egentlige årsag (Müller & Meer, 2017, Müller, 2018).

Opsummerende kan det konstateres, at der på det samfundsvidenskabelige felt foreligger en del forskning i (cis) lesbiske familier, samt efterhånden også lidt i transpersoner og deres familier. (Cis) samkønnede bøssepar er primært studeret ifht. national og international adoption som falder uden for dette projekts fokus, samt ifht surrogacy. Den brede gruppes behov er meget begrænset afdækket.

2. METODE

Dette projekts epistemologiske udgangspunkt bygger på poststrukturalistisk teori. Som hos mange andre forskere indenfor det kønsteoretiske felt, er det ikke let at opsætte skillelinjer mellem mine forskellige positioner, og min forskning. Jeg er sundhedsuddannet som jordemoder, kommende sexolog, og jeg arbejder dagligt med den gruppe af mennesker, som dette projekt omhandler. Jeg er selv LGBTQ+ identificeret, og har selv været i fertilitetsbehandling indenfor de senere år. Derudover har jeg arbejdet i det danske folketing i en årrække som politisk rådgiver på sundheds- og LGBTQ+ området og har som sådan været en del af flere af de parlamentariske processer, som har ført til markante lovændringer på familierets- og LGBTQ+ området. Sidst, men ikke mindst, er jeg den ene halvdel af det forældrepar, der i landsretten i november 2017, som de første i Danmark, fik juridisk faderskab til en (trans)mand, og som dermed banede juridisk vej for

endnu en ny familieform. Jeg har således både private, faglige, arbejdsmæssige, politiske og psykologiske erfaringer og interesser i dette projekts fokusfelt. Dette påvirker naturligvis min forforståelse, på godt og ondt, og dette har jeg i videst muligt omfang forsøgt at være mig bevidst undervejs.

2.1. Videnskabsteori

2.1.1. Epistemologi

Mit epistemologiske udgangspunkt er poststrukturalisme af foucauldiansk inspiration. Denne form for epistemologi afviser ikke bare det universelle i den menneskelige "natur", men den stiller også spørgsmål ved universelle faste strukturer.

Ved at tage udgangspunkt i denne epistemologi vedkender jeg mig, at forholdet mellem den vidende og det der vides, er interaktivt, idet vi ikke kan placere os selv udenfor det vi undersøger. Jeg vil derfor, så vidt muligt, forsøge at redegøre for min egen forforståelse og position i forhold til emnet.

2.1.2. Ontologi

Følger man post-strukturalisme som epistemologi vil man finde at ontologien bag er konstruktionisme. Denne ontologi går ud på, at den empiriske 'virkelige' verden kun kan erkendes gennem social konstruerede systemer af tænkning og samspil. Viden om 'virkelighed' er altid under forandring via dets udspring af et givent socialt og historisk standpunkt. Derfor må sandhed og videnskab altid ses som historisk konstitueret og foranderligt versus 'objektivt', hvor det sociale ses som uberørt og upåvirkeligt (Bryman, 2008)

2.2. Tilgang

Formålet med dette studie er at undersøge hvordan LGBTQ+-personer påvirkes af fertilitetsbehandling og af den tætte kontakt med et normativt sundhedssystem som behandlingen kræver. Projektet er udført ved hjælp af kvalitativ metode. Ved hjælp af teori af Michel Foucault og Laura Mamo udformedes problemformulering og arbejdsspørgsmål som motivation for projektet. Dermed er projektet udført ved hjælp af en deduktiv tilgang, hvor forholdet mellem teori og data i højere grad er ledet af teoriens indflydelse på empiriske data, end omvendt. (Bryman, 2008). Min dataanalyse er guidet af en poststrukturalistisk tilgang, hvilket understreges af epistemologien i projektet.

2.3. Empirisk materiale

Empirien er indsamlet ved hjælp af semistrukturerede, kvalitative forskningsinterview. Da humanvidenskaben har menneskers livssammenhænge og erfaringer som genstandsfelt, og jeg netop søger de personlige og subjektive fortællinger, så benyttes kvalitativ metode fremfor kvantitativ (Collin&Køppe, 2014). Dette valg blev også motiveret af den eksisterende forskning i LGBTQ+ sundhed, som påviser en klinisk praksis domineret af lavt vidensniveau, hetero-normer og antagelser. En mere kvantitativ genereret viden kunne forestilles påvirket af netop dette. Jeg havde gerne suppleret mit materiale med et observationsstudie på en fertilitetsklinik for derigennem at få en bedre forståelse

af interaktioner og systemiske rammer, men dette vurderedes tidsmæssigt urealistisk.

2.3.1. Kvalitative interviews

I modsætning til kvantitativ forskning hvor antallet havde været afgørende for validiteten så ligger vægten her på ordene hos den enkelte informant mere end på et højt antal af informanter (Bryman, 2008), men for dels at opnå en vis bredde i materialet og samtidig få en vis repræsentation ifht. Familieformer, køn og seksualitet, så sigtede jeg mod at gennemføre 6-8 interviews. Resultatet blev 8 interviews med i alt 15 mennesker fordelt på 8 familieenheder.

Semistrukturerede interviews

Til projektet udformedes en semistruktureret interviewguide med dertil målrettede temaer og tilknyttede underspørgsmål (Bilag 1). Kvaliteten af deltageres svar afhænger bl.a. af forskerens evne til at spørge samt til at balancere åbenhed med egen forforståelse af feltet (Malterud, 2008). De formulerede temaer blev: 1. Erfaringer og forventninger forud for opstart af behandling/2. Strukturelle barrierer/3. Oplevelser under fertilitetsbehandling/4. Videns- og sociale ressourcer/5. Påvirkning af seksualitet og intimitet/6. Seksualitet, køn og sex i fertilitetsbehandling. Jeg kunne have valgt at udføre et pilotinterview (Bryman, 2008), men valgte i stedet at inddrage min bacheloropgave på jordemoderstudiet: ”Ikke-heteroseksuelle familiers møde med sundhedsvæsenet i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel” (Tved, 2010), der i relation til emne og studiedesign har tjent som udgangspunkt for dette projekt. Jeg justerede desuden interviewguiden et par gange efter de første interviews og dette skærpede fokus yderligere (Malterud, 2008). Formålet med en semistrukturerende guide var at opnå, at deltagerne forholdt sig til de samme retningsgivende spørgsmål. En vis struktur gør det lettere at sammenligne data efterfølgende men bør i ikke overgøres idet man bør undgå (alt for) standardiserende tiltag i kvalitativ metode (Malterud, 2008). Således skulle både interviewguiden og jeg selv som interviewer facilitere at deltagerne frit kunne reflektere over deres svar. Dette kan understøttes ved at udvise tålmodighed i interviewsituationen og ikke være bange for tavshed og pauser, men tværtimod give rum, og også forstå det som ikke siges højt (Collin&Køppe, 2014, Malterud, 2008). For at forebygge misforståelser samt for at udvide muligheden for at lade deltagerne supplere eller omformulere, benyttede jeg ofte at gentage informanternes udsagn (Malterud, 2008). Alle interviews varede ca. 60 min og blev optaget på diktafon for derved at undgå telefoner og internetopkobling som kan udgøre et problem i forhold til databeskyttelse (Vetenskapsrådet). Som supplement tog jeg skriftlige noter undervejs for bedre at kunne støtte hukommelsen og genkalde mig situationen under transskribering (Bernhard, 2002). Jeg søgte deltagere gennem advisering på min professionelle facebookside i forventning om en vis sneboldseffekt (Bryman, 2008) og dette viste sig også at være tilfældet. Indenfor et døgn spurgte mange i opslaget om de måtte dele det i diverse LGBTQ+ grupper og jeg fik hurtigt mange henvendelser. Bryman skriver om sneboldseffekten som metode, at man bør være opmærksom på at den næppe kan anses som repræsentativ for en population. Ikke desto mindre er det en gængs og ofte benyttet metode indenfor kvalitativ forskning (Bryman, 2008).

Inklusionskriterier

1. Individuer, par, eller familieenheder³ som aktuelt er i fertilitetsbehandling, eller som har afsluttet behandling indenfor de seneste 24 måneder. Udkommet af behandlingen vurderedes irrelevant, og det er således ikke vigtigt om der er opnået graviditet eller om behandlingen har måtte opgives.
2. En eller flere i familieenheden identificerer sig på LGBTQ+ spektret.
3. Alle involverede er eller har været åbne omkring deres seksualitet og/eller kønsidentitet under behandlingen, og er af personale og social- og sundhedssystem (i form af computersystemer, juridiske systemer etc.) blevet ”genkendt” som ikke-heteroseksuelle og/eller ikke-ciskønnede personer.

Eksklusionskriterier

I kraft af min position som jordemoder med speciale i normbrydende klienter, herunder LGBTQ+ gruppen, hvorfra jeg rekrutterede, så var det et eksklusionskriterie, hvis informanterne aktuelt var i klient-regi hos mig. Med denne selektion ønskede jeg at minimere risikoen for, at en deltagelse i projektet kunne tolkes som udslagsgivende for kvaliteten i den faglige behandling jeg yder som jordemoder. Af hensyn til projektets fokus har jeg ekskluderet deltagere som har modtaget fertilitetsbehandling i udlandet.

Bemærk, at kriterie 3 i praksis ekskluderer familier som hjemmeinseminerer. De som responderede på opslaget, fik tilsendt et uddybende informationsbrev, og ønskede de fortsat at deltage blev tid og sted aftalt. Jeg var åben overfor at interviewe på Skype i fald informanterne ønskede det eller hvis den geografiske afstand blev for stor, men dette blev ikke aktuelt.

2.3.2. Transskribering og dataanalyse

Jeg transskriberede løbende undervejs, dels for at udjævne arbejdsbyrden og dels for så vidt muligt at transskribere mens jeg stadig havde de enkelte situationer i hukommelsen (Bernhard, 2002). På den måde havde jeg et løbende overblik over materialet og dets temaer. Samtidig var jeg opmærksom på at bevare en åbenhed overfor at data kunne tage mig steder hen som jeg ikke havde forventet, også bagudrettet i forhold til spørgsmål og oprindelige problemstillinger (Larsson, 2005). Materialet er udskrevet i sin helhed. Ophold eller pauser er markeret med 3 punktummer i parentes. Der er brugt anførselstegn når informanterne citerede noget, gengav egne eller andre, tanker og tale. To af interviewene er gennemført på engelsk efter deltagerens ønske. Engelsk er begge deltagers modersmål og jeg har derfor valgt at bibeholde det engelske under transskriberingen for ikke at miste detaljer og autencitet i en eventuel oversættelse (Malterud, 2008)

Efter udført transskribering gennemlæste jeg alle interviews én gang uden at holde pauser eller tage noter. Som under transskriberingsprocessen gav dette mulighed for atter at reflektere over min egen rolle og påvirkning af interviewsituationen, de stillede spørgsmål og min egen forforståelse (Malterud, 2008). Derefter læste jeg teksterne igennem flere gange for at få et indtryk af ligheder og forskelle i teksten, samt hvilke emner og mønstre som gik igen.

En tematisk analysemetode blev valgt for at blotlægge mønstre i hvad queerpersoner har erfaringer og oplevelser efter fertilitetsbehandling. Ved hjælp af meningskondensering af hvert enkelt afsnit gennemgik jeg metodisk materialet og

³ Formuleringen ”familie-grupper”³ dækker over familiekonstellationer hvor der er mere end 2 forældre involveret

via denne analytisk induktive tilgang voksede de skitserede hovedtemaer og underkategorier frem af materialet. Malterud skriver herom, at det er vigtigt at lade foranderlighed være kendetegnende for kvalitative arbejdsprocesser (Malterud, 2008, Bryman, 2008). Dette så jeg bl.a. ved at min oprindelige intention om at se på fertilitets-behandlingens påvirkning af queersex, intimitet og seksualitet, ændrede sig fra at være et hovedtema til at være en underkategori. Omvendt tog spørgsmålet om selve mødet med systemet uventet meget plads og voksede til at blive det helt primære fokus efterhånden som dataindsamlingen skred frem.

2.3.3. Verificering

Verificering skal fastslå undersøgelsens pålidelighed og validitet. Fundenes generaliserbarhed og pålidelighed undersøges i forhold til undersøgelsens formål og rapportering. Idet undersøgelsen er baseret på kvalitative data fra et lille antal informanter, så er resultaterne ikke direkte egnede til generalisering i bredere populationer (Bryman, 2008). Fundene vurderes dog tilstrækkelig konsistente til, at der kan udledes en formodning om, at lignende vil kunne gøre sig gældende hos andre LGBTQ+ personer i dels fertilitetsbehandling, men også i anden kontakt med sundhedsvæsenet for eksempel under graviditet, fødsel og barsel. Dette skyldes bl.a. at mange af de beskrevne problematikker genfindes i andre studier herom.

2.4. Etiske overvejelser

Seksualitet og fertilitet/behandling vil for mange være følsomme og sårbare områder (Graugaard, 2015). Dette kræver omhyggelige forskningsetiske overvejelser forud for dataindsamling. Projektet her er udformet på baggrund af en godkendt etikansøgning til Malmö Universitets etiske råd i efteråret 2018, samt på retningslinjerne fra det svenske Vetenskapsrådet og EU's databeskyttelseslov, GDPR. Indenfor forskning diskuteres løbende, hvordan man etisk sikrer at deltagere i forskningsprojekter ikke påvirkes negativt af deres deltagelse, at der foreligger reelt samtykke, samt at deltagerens integritet og privatliv beskyttes (Bryman, 2008). Vetenskapsrådet har til dette fire retningsgivende hovedkrav.

Informationskravet sikres bl.a. via det informationsbrev alle deltagere har modtaget. Heri skitseres projektets formål, at det er frivilligt at deltage og at man til enhver tid i processen kan trække sig. Der informeres desuden om anonymisering og om hvor projektet skal offentliggøres (Vetenskapsrådet). Alle interviews indledtes med en mundtlig opsummering samt en kort snak om at ingen reaktioner var forkerte eller for meget, at de kunne undlade at svare på spørgsmål, samt at der kunne pauses ved behov. På trods af information og forberedelse kan der komme svære følelser op som deltageren ikke nødvendigvis selv er forberedt på. Som jordemoder er jeg vant til at håndtere følelser og affektformer, og informanterne fik besked om at de kunne kontakte mig efterfølgende hvis de oplevede forsinkede følelsesmæssige reaktioner eller der opstod spørgsmål. Ved behov ville jeg henvise til andre ressourcer. Dette blev ikke relevant.

Samtykkekravet dækkes via samtykkeerklæringen samt en kontinuerlig opmærksomhed på dette undervejs. Vetenskapsrådet betoner vigtigheden af muligheden for at kunne trække sig fra projektet uden konsekvenser. Som tidligere refereret findes der en vis sandsynlighed for at jeg har et kendskab til

deltagerne fra andre sammenhænge og det er vigtigt, at jeg gør mig overvejelser om, at ingen føler at de deltager, eller undlader at afbryde deltagelse, ud fra en følelse af social forpligtigelse (Collin&Køppe, 2003).

Da deltagerne alle var over 18 år blev værgunderskrifter på samtykkebrev ikke relevant (Vetenskapsrådet).

Konfidentialitetskravet opfyldes ved omhyggelighed med interviews og opbevaring af data. Min empiri forventes at indeholde personfølsomme oplysninger om bl.a. seksualitet, kønsidentitet og helbred, og deltagerne får derfor mulighed for at vælge en lokation som opfylder deres behov for privatliv, interviews indspilles på diktafon uden internetopkobling, og materialet anonymiseres under transskribering. Optagelser og transskribering opbevares på en computer med kode på som desuden var låst inde når jeg ikke var hjemme. Indspilninger bliver destrueret straks efter endt eksamination hvorved kun det anonymiserede materiale består (Vetenskapsrådet).

3. TEORI

”What might appear to be emerging freedoms and choice offered by new technological practices are concurrently forged within power relations, not outside them”. Mamo, 2007

3.1. Magt/viden og dets produktive kræfter

For at forstå Foucault og hans arbejde er det vigtigt at forstå (hans syn på) magt. I moderniteten er magt ikke længere centraliseret på stats- eller suverænitetniveau, ligesom den heller ikke kan siges at være lokaliseret specifikt på institutioner som fængsler eller hospitaler. Skønt vi lader til at have magtfulde institutioner, kan man helt enkelt ikke længere tale om magt som centreret her. Magt og styringsteknikker er i stedet sivet ind i alle livsaspekter hos det moderne menneske i liberale, vestlige samfund, og betydningen af en suveræn og autoritær statsmagt er sideløbende formindsket (Taylor, 2011).

At træde tilbage og begribe denne nye forståelse af magt, og samtidig erkende at et objektivt, indefra-og-ud, blik, på magts diskurser aldrig helt er muligt, er Foucault's startposition (ibid.). Derfra er et første skridt at forstå, at Foucault overordnet anskuer magt som dynamisk, og som noget der generer og reproducerer subjekter frem for at stække eller undertrykke dem. Som eksempel peger Foucault på hvordan moderne magt, er langt stærkere investeret i kontrollen med liv og reproduktion, end en suveræn magt som manifesterede sig som autoritær gennem sin ret til at herske over liv og død. Ud af den dynamiske magt og dens fokus på kontrol af liv og kontrollen med livsprocesser opstod et behov for at se på hele subjektet og deraf voksede behovet for elementer som rehabilitering og behandling der kunne holde subjektet ”ved livet”(ibid.).

Dette er et grundlæggende brud med en mere konventionel magtforståelse, som ser magt som undertrykkende, og det er dette brud der åbner muligheden for at vi kan se på magt og det moderne samfund fra nye perspektiver. Magtfulde sociale narrativer former det moderne subjekt, og for at forstå magten er vi derfor nødt til at forstå både narrativet og den rolle vi har i

I Foucaults optik får viden, og relationen mellem magt og viden, en helt særlig funktion. Viden i moderne samfund, og særligt viden med ophav i naturvidenskaberne, ophøjes til objektive sandheder og dermed bliver viden/magt en vigtig del af, hvordan en moderne magtdiskurs maskerer sig som værende imod magt i dens traditionelle forståelse. Med andre ord har vi i vores stræben efter at producere 'objektiv' viden, glemt den magt(position) denne viden blev produceret fra. 'Objektiv' viden bliver derfor fremstillet som magt-fri og som sand (Ransom, 1997). Der er dog ingen sammensværgelse; intet større plot fra en undertrykkende stat eller entitet. Dette er simpelthen den avancerede og fascinerende måde, som moderne magt har indtaget og erobret det moderne menneskes eksistens: "*knowledge follows the advances of power, discovering new objects of knowledge over all the surfaces on which power is exercised*" (ibid.)

3.1.1. Disciplinering

For at moderne magt kan operationaliseres, opstår en række mere selvundersøgende, normaliserende og moraliserende teknikker, hvorigennem mennesket kontrollerer og behersker sig selv og andre subjekter. Netop denne disciplinering er et centralt element for Foucault. Den glidende transformering fra magten som autoritær og voldelig til en mere "ubegribelig" magt gjorde den sociale krop til det primære objekt (Ransom, 1997). Der opstod en langt mere maskinel tilgang til kroppen end tidligere set. Dette banede vej for ikke bare en disciplinering af, og kontrol over, kroppen, men også en jagt på en optimering af kroppens kapacitet. I stedet for at opnå dette med vold og håndfaste straffe, trådte en mere uåndgribelig, disciplinerende og modellerende magt, der anså befolkningen som biologisk enhed (ibid.). Disciplinering blev et administrationsværktøj til kontrol af sociale processer og kroppe, og det er denne "skabelse af underkastede kroppe" som Foucault kalder biomagt:

"One would have to speak of biopower to designate what brought life and its mechanisms into the realm of explicit calculations and made knowledgepower an agent of transformation of human life"
(Foucault, 1978)

3.1.2. Biomagt

Foucaults biomagt-begreb er forståelsen af magten som regulerende for centrale menneskelige livsprocesser, herunder fertilitet og reproduktion. Når livsprocesser, i al deres uforudsigelighed og "rodethed", forsøges standardiseret og normaliseret, så opstår der en række "overskydende" kategorier som ikke passer ind. Disse afvigelser patologiseres og problematiseres, og dermed skabes et behov for ekspertviden og behandling, som kan facilitere en "helbredelse" og en rehabilitering tilbage i samfundet (Taylor, 2011). For at en sådan patologisering kan finde sted, forudsætter det imidlertid tilstedeværelsen af en medikalisering tilgang. Medikalisering kan forstås som et fænomen, hvor medicinsk viden, praksis og teknologi påvirker menneskets sociale sfære ved at trække et medicinsk funderet sygdoms- og risikobillede ned over livsaspekter, hvor dette ikke tidligere har domineret (Law via Mamo, 2007). Fundamentet i medikalisering er naturvidenskabelig og medicinsk viden, en viden som er socialt etableret som objektiv og faktuel, hvilket er med til at befæste den som sand. Foucault fremhæver her den stærke forbindelse mellem viden og magt og pointerer, at disse såkaldte videnskabelige fundamenter er historisk betingede og konstruerede. Ved

at stille spørgsmålstegn ved forståelsen af dem som ”objektive” og ”sande” stilles spørgsmålstegn ved magten (Taylor, 2011).

Indenfor en medikaliserings-ramme muliggør patologiseringen af sociale elementer således en indplacering i sundhedsvæsenet til medicinsk vurdering og behandling. Behandlingen – Foucault taler om en *kur* - er en central del af biomagt i det den kommer i form af normalisering og dermed mulighed for rehabilitering i samfundet. Man kan læse dette som en regulering og afretning af det afvigende subjekt, men igen understreger Foucault, at der ikke er tale om en sammensværgelse fra en centralt placeret skjult magt-elite; Subjektet oplever reelt denne behandling som en udstrakt hånd og et tilbud om hjælp, og denne dynamik er essensen i hvordan moderne magt former subjektet og ”jeg’et”.(Heede, 2002)

Foucault peger på hvordan medikalisering gennem risikotænkning og patologisering kan siges at producere sine egne objekter til analyse og behandling af eksperter og specialister, og disse føder så ind i en yderligere cementering af medikaliseringen og patologisering, bl.a. ved at insistere på sundheds- og naturvidenskab som objektiv, statisk og altvidende (Mamo, 2007, 2013). Man kan således tale om en art cirkulær ”fødekæde”-effekt, hvor medikalisering skaber rum for en øget patologisering, som skaber behov for medicinsk ekspertviden og behandling, som kommer i form af normalisering og regulering, som så igen skaber afvigelser og sygelighed.

Det her beskrevne kan forstås som udlægning af en mere strukturel form af biomagt, men Foucault pointerer atter, at biomagt er karakteriseret ved netop ikke at være så let at udpege (Taylor, 2011). Biomagt kan ikke reduceres til at opstå i eller udgå fra specifikke institutioner som fx sundhedsvæsenet.

3.1.3. Panopticisme

I hans værk om det moderne fængselssystem, ”Discipline and punishment” (1977). undersøger Foucault de mekanismer, som muliggør disciplinering og ser på hvordan denne udfolder sig i sociale sammenhænge, Om end det forekommer vanskeligt at fremhæve blot et enkelt element i disciplineringens mekanismer, så står panoptikon centralt heri. Panoptikon er i sin oprindelse er en arkitektonisk (fængsels)konstruktion. Med et centralt placeret udkigstårn, samt vægge der adskiller de indsatte fra al kontakt med hinanden, men hvorigennem personalet kan betragte dem, muliggøres en total overvågning og kontrol (Taylor, 2011). Isolerede, som de er, så ved de indsatte ikke med sikkerhed at de overvåges, eller hvordan og hvornår, og dermed bliver Panoptikon hos Foucault en analogi på den disciplinerende magt: Den er synlig, men samtidig usynlig, den kommer oppefra, men også indefra, den er automatiseret og dynamisk i sin uafhængighed af både autoritære stater og individer i magtpositioner. Gennem observationsmekanismer penetreres hverdagens sociale praksisser og gennem en tiltagende regulering og udbredelse får magten et eget, automatiseret liv som ikke kan adskilles fra subjektet (Taylor, 2011, Heede, 2002). Ud fra en konventionel magtforståelse kunne man således spørge – *hvem* sidder i panoptikon-tårnet? Og svaret fra et moderne magtperspektiv bliver: *du*.

3.1.4. Seksualitet

”At the heart of this economic and political problem was sex...it was essential that the state know what was happening with its citizens’ sex, and the use they made of

it...Between the state and the individual, sex became an issue, and a public issue no less"(Foucault, via Taylor, 2011)

Forud for udbredelsen af biomagt opstår seksualiteten som kategori, et emne som Foucault bl.a. har beskæftiget sig indgående med i 3 binds værket "Seksualitetens historie" (1976). I det sene 1800-tal og tidlige 1900-tal begynder befolkningen at "vokse frem som politisk og økonomisk problem" (Foucault, 1978), Dette afspejles bl.a. i de hastigt voksende læge- og naturvidenskabelige professioner, og et stigende socialt og moralsk samfundsfokus. Perioden blev overordnet karakteriseret af en lang række "videnskabelige gennembrud" indenfor bl.a. psykologi, psykiatri, retsvæsen, genetik- og arvelære og det var afvigelse, det degenererede og "perversiteterne" som kom under luppen. Som en del af denne udvikling udskiltes en egentlig seksualvidenskab og den videnskabelige elite arbejdede ud fra en tese om at seksuelle drifter manifesterede sig som et isoleret instinkt med stort samfundsskadeligt potentiale: "*a sexual instinct capable of presenting constitutive anomalies, acquired deviations, infirmities or pathological processes*" (Foucault, 1978). Dette ledte til at seksualiteten som felt blev stærkt forbundet til en vidensmagt og et behandlings- og kontrolregime – *scientia sexualis* (Foucault, 1978, Heede, 2002). Foucault peger på hvordan dette episteme skabte en forbindelse mellem individet, fællesskabet, og kulturel og social mening og kontrol: Gennem kategorisering former sociale og kulturelle forståelser subjektet og dets identitet (Foucault, 1978).

Som eksempel på hvordan *scientia sexualis* blev brugt, ses konstitueringen af den homoseksuelle figur og homoseksualitet som kategori, i det sene 1800-tal.

Sammen med en række andre seksuelle praksisser blev homoseksualitet kategoriseret som sygeligt og perverst i *kraft af* sin afvigelse fra, og modsætning til, det heteroseksuelle ægteskab og den heteroseksuelle familieform.

Heteroseksualitet som norm og ideal opstod altså sekundært ud fra afvigelsen (Ibid.). Historisk blev perioden dermed en overgang fra primært at forstå seksualitet og kroppe som en biologisk og statisk essens, til at dette blev noget der konstitueredes i, og gennem, sociale og kulturelle forståelser. Samtidig viser perioden også hvordan kategorier og klassifikationer bruges til at forme ikke bare subjektiviteter⁴, men også objekter. Foucault viser i "Seksualitetens historie", hvordan definitioner indenfor seksualitet og reproduktion fungerer både som kulturelle kategorier, og som regulerende og foranderlige systemer (Foucault, 1978, Heede, 2002). Dermed understreges både hvordan "naturligheder" og essenser bliver en urimelighed i denne sammenhæng, men også hvordan identitet, og seksualitet ikke kan adskilles fra moderne magt.

3.2 Biomedikalisering

Den amerikanske sociolog Laura Mamo har beskæftiget sig med seksualitet og reproduktion i en amerikansk kontekst. Mamo er stærkt inspireret af Foucault og ser seksualitet og fertilitetsbehandling som tydelige arenaer for biomagtens udfoldelse. Mamo fremhæver, at medikalisering her spiller en rolle som knap kan overvurderes, og ud fra en foucaultdiansk forståelse af biomagt har hun udviklet begrebet biomedikalisering indenfor for sit felt (Mamo, 2007)

Mamo beskriver, at efterhånden som medicinske tankegange bevæger sig ind på nye arenaer og samfundsniveauer, så bliver det vigtigt med perspektiver, der omfatter og afdækker de omfattende og akkumulerede effekter af medikalisering, forbrugerkultur, teknologi og risikotænkning. Mamo betoner desuden "cooperate

⁴ Subjektiviteter bruges her

interests” - medicinalfirmaer, sædbanker og den private behandlingsindustri - som en drivende og betydelig kraft indenfor biomedikalisering. Det nære slægtskab med Foucaults biomagtbegreb fornægter sig imidlertid ikke. Ligesom Foucault betoner det svært lokaliserbare ved biomagt, så peger også Mamo på, at biomedicinske processer ikke skal ses som en håndgribelig og identificerbar størrelse, men derimod som sociale diskurser og praktikker. Qua den amerikanske kontekst er rammen for Mamos forskning et privat sundhedsvæsen. På trods af retten til behandling i det offentlige, så søger mange i Danmark behandling i det private, typisk på grund af kortere ventetider, ligesom der skal betales for hormonbehandling og donorsæd. Blandt deltagerne har 7 af 8 familie-enheder således haft kontakt med private fertilitetsklinikker, ligesom 6 af 8 har købt donorsæd i en kommerciel sædbank. Der er altså et væsentligt element af privatisering i dansk fertilitetsbehandling

4. ANALYSE

4.1. Hvordan oplever LGBTQ+ personer mødet med fertilitetsbehandlingssystemet?

Seksualitet som en vigtig del af identiteten for det moderne menneske, og samtidig som uadskillelig fra en konstant socialt cirkulerende og produktiv magt, der er stærkt investeret i regulering og kategorisering af seksualiteten. Det er noget af det, der har gjort den ovenfor skitserede teori relevant at inddrage. Ud af empirien opstod følgende temaer som har struktureret den analyse der præsenteres nedenfor: Bagage; Indledende overvejelser; Selve behandlingen; Hjælp og ressourcer; Strategier og taktikker.

Indledningsvist præsenteres herunder en oversigt over de 15 deltagere (Tabel 1):

Tabel 1

Navn	Seksualitet	Køn	Alder	Race	Arbejde	Familieform
Rie, partner med:	Queer	Cis	40-45	Kaukasisk	Sundhedssektoren	2 forældre
Birka	Lesbisk	Cis	28-30	Kaukasisk	Pædagog	2 forældre
Nor	Ved ikke	Non-binær	28-32	Kaukasisk	Musik	Solo forælder Har partner Kollektiv
Molly, partner med:	Lesbisk	Cis	30-35	Kaukasisk	Konsulent	2 forældre
Julie	Lesbisk	Cis	30-35	Kaukasisk	Underviser	2 forældre
Katrine, partner med:	Lesbisk	Cis	30-35	Kaukasisk	Sundhedssektoren	2 forældre
Louise	Lesbisk	Cis	30-35	Kaukasisk	IT	2 forældre

Kirstine, partner med:	Lesbisk	Cis	32-38	Kaukasisk	Teknik- og miljø	2 forældre
Ronja	Lesbisk	Cis	30-35	Kaukasisk	Pædagog	2 forældre
Emmet, partner med:	Genderqueer	Non-binær	30-35	Kaukasisk	Sundhed	2 forældre
Jo	Genderqueer	Non-binær	32-38	Kaukasisk	Konsulent	2 forældre
Rome, partner med:	Queer	Non-binær	35-40	Racialiseret	Sundhedssektoren	2 forældre
Charlie	Ved ikke	Non-binær	28-34	Kaukasisk	Transportsektoren	2 forældre
Lulu, partner med:	Ved ikke	Cis	28-32	Kaukasisk	IT	2 forældre
Cecilie	Lesbisk	Cis	30-35	Kaukasisk	Pædagog	2 forældre

4.1.1. Bagage

Alle deltagerne er spurgt til erfaringer med sundhedsvæsenet forud for fertilitetsbehandling. Dette skyldes, at den eksisterende forskning viser, at LGBTQ+ personer har dårlige erfaringer med bl.a. uvidenhed og stigma i sundhedssystemet (se fx Aidsfondet, 2017). Fertilitetsbehandling og (håb om) efterfølgende graviditet og fødsel, må forventes at være lig med en forholdsvis tæt og kontinuerlig kontakt med sundhedssystemet, og jeg var nysgerrig på hvilke erfaringer deltagerne havde med sig fra tidligere.

Tidlige erfaringer

Af de 15 adspurgte deltagere svarer 1, at hun kun har haft positive erfaringer forud for behandling. Hendes partner fortæller om en enkelt dårlig oplevelse, men ellers ingen. En enkelt beretter om ”ingen erfaringer”. De resterende 12 deltagere fortæller, i varierende grad og omfang, om dårlige erfaringer med sundhedssystemet relateret til seksualitet, kønsidentitet, ikke-normativt kønsudtryk, og/eller hudfarve/etnicitet.

Det er altid lidt specielt hvis jeg skal have lavet kønssygdomstest...de går bare ud fra man er heteroseksuel kvinde...jeg undrede mig over hvorfor de ikke bare spurgte i stedet for at gå ud fra...Samtidig virkede det også som om man skal sige man har været sammen med nogle mænd hvis de skal tage nogle risici alvorlige (Nor)

Det der med at man skal sidde og være ”educational” overfor lægen, det er vildt irriterende og ubehageligt....De ved ingenting, der er bare helt blank plade når det ikke er heteroer der kommer ind af døren, og ciskønnede (Rie)

Jeg har haft nogle ubehagelige oplevelser af, at der blev stillet spørgsmålstejn til, at jeg ville have vaginalundersøgelser. Det blev insinueret at mine intentioner måske var lidt underlige (Birka)

Deltagernes erfaringer bekræfter den eksisterende forskning, og det er således med denne mentale bagage, at deltagerne træder ind i fertilitetsbehandlings-systemet. Som det ses nedenfor lavede deltagerne selv en forbindelse mellem deres tidligere erfaringer og det forestående. Især de af deltagerne med normbrydende kønsudtryk- og identiteter var meget bevidste om, at de afviger fra normer og derfor forstås og tolkes på bestemte måder, også i sundhedsvæsenet:

Jeg har haft mistillid til at de ved noget, at de er up to date på hvad det indebærer at være queer og afvige fra normen, så det var min forventning til behandling... (en) skepsis... en forventning om at blive misforstået ifht mit køn. Det er sådan en indgroet... at... det der med at føle sig forkert... ligesom det der med at blive peget ud på dametoiletet. Det er det jeg er bange for. At skulle stå og forsvare ens ret til at være der (Cecilie, maskulint konnoteret kønsudtryk)

Jeg tror altid jeg er på dupperne i forhold til, altså fordi jeg ser ud som jeg gør (Julie, maskulint konnoteret kønsudtryk)

Deltagerne beskriver reaktioner, der kan tolkes som udtryk for minoritetsstress, et begreb udviklet særligt til seksuelle minoriteter, som illustrerer sammenhængen mellem minoritetsposition, sociale stressfaktorer og disses påvirkning af mentalt helbred (Meyer, 2007).

Rie har været i fertilitetsbehandling med en tidligere partner for år tilbage og hendes tidligere erfaringer stammer fra en tid præget af illegitimitet. Det påvirker hende stadig nu hvor hun er i behandling med en ny partner:

Det var i de år, hvor så var det lovligt, og så var det ulovligt, og man rendte jo rundt og lavede alt muligt mærkeligt med det der, det var sindssygt stressende på sådan nogle vilde måder... det trigger nu... jeg havde sådan en træthed omkring det her nu, eller sådan: "Åhh, der er noget svært i det her" ikke?

You feel really lonely, like... you brace yourself to go into the clinics, then you do it and then you go home and do a lot of emotional work to get over it (Charlie)

4.1.2. Tanker/overvejelser og indledende vejledning

Til forskel fra de fleste cis-heterofamilier, så kræver queer-familie konstellationer planlægning og aktiv beslutningstagen. Det er sjældent bare et spørgsmål om at lægge prævention på hylden, der er ingen "hovsa"-graviditeter og typisk ingen umiddelbar adgang til sæd. De indledende processer og de barrierer som kan opstå undervejs i disse processer, er derfor en væsentlig del af hvordan LGBTQ+ personer danner (biologisk) familie. Dominerende i en indledende proces er, hvordan familiekonstellationen skal "se ud" og hvad der skal til for at opnå dette mål: Hvem skal bære graviditeten? Hvor skal sæden komme fra? Skal sæden købes i en sædbank, eller leveres fra en person i omgangskredsen, og skal donor spille en rolle i barnets liv?

Vores oprindelige plan var egentligt at gøre det med en ven... men så fandt vi ud af hvor besværligt det var... og dyrt og juridisk uklart, så vi kom aldrig i gang. Derefter købte vi så noget sæd som vi måtte levere tilbage fordi det var for dårlig

kvalitet... Vi endte med at bruge en, hvor at når vores børn bliver 18, så kan de møde ham (Ronja)

Deltagernes valg er ikke kun lyst-styrede, men skal parallelt afstemmes med lovgivning og privatøkonomi, ligesom også venteliste-situationen for behandling kan være en faktor. Intime valg om familieform afgør, hvordan deltagerne rubriceres indenfor sundhedssystemet og hvilke rettigheder de har:

Der er klart nogle andre ting på spil ifht et hetero-par, som begge to er biologiske forældre til barnet. De er jo bare forældrene. Om de så bare sidder der og ikke gør noget for det, så er de det bare. Hvor der er meget mere på spil for andre konstellationer, altså man skal kæmpe meget mere for det (Molly)

Deltagerne synes at støde på stærke sociale narrativer omkring hvordan familier defineres og på hvordan vi synes de kan opstå. Disse narrativer lader til at være særligt repræsenteret i sundhedssystemet, måske endda særligt stærkt i de dele, der beskæftiger sig med fertilitet og graviditet.

"Ufrivilligt barnløs" er jo et mærkeligt begreb at få sat på sig når man er lesbisk, der er jo ikke umiddelbart noget galt med mig når vi starter. "Normalen" er bare at man har været i gang i en lang proces derhjemme hvor det ikke har virket. Det er helt klart det vi møder. Hele tiden. Men det var jo ikke hårdt fra starten, det var spændende (Cecilie)

Det er forbundet med mange tunge følelser for cis-heteropar – der er noget der fejler, noget der ikke fungerer, det er følelser man kan mærke i de der rum. Og jeg har så åbentlyst ikke de her følelser (Lulu)

Dette kommer bl.a til udtryk i hvordan der i diagnosekodesystemet kræves en "infertilitets-faktor" for at kunne henvise til behandling (Dansk Fertilitetsselskab, 2019). Begrebet infertilitet er imidlertid en standard, der i forhold til fertilitetsbehandlingen alene tager udgangspunkt i cis-hetero personers kroppe og relationer, og dette går ikke hen over hovedet på deltagerne.

Der var bare hele tiden rigtig meget information der ikke var relevant for os, samtidig med at der ikke var noget information der egentlig var til os (Katrine)

De siger hele tiden almindeligt i forhold til heteroer, det er hele tiden det, der er sammenligningen (Lulu)

4.1.3. Selve behandlingen

Molly og Julie har haft et relativt kort behandlingsforløb, men den korte kontakt er ikke god: En mandlig læge kommenterer under en forsamling på, hvorvidt kvinder bør være ude på arbejdsmarkedet (frem for derhjemme), og under en vaginalscanning, hvor begge kvinder er til stede, kommenterer samme læge at Molly har så flotte æg, at ”hun skal da ikke være alene med mig i for lang tid”. *Ej, men det er forfærdeligt at vi ikke bare gik og fandt et andet sted. Men jeg ved... Og vi sagde ikke noget i situationen fordi vi blev så forskrækkede... det var så upassende* (Molly)

Da Julie, som ikke skal bære graviditeten, på klinikkens anmodning skal HIV-testes, undrer de sig også, og det samme gør det blodprøvelaboratorium som skal udføre prøverne. Ikke desto mindre fastholder den ansvarlige læge kravet om en HIV-test. På klinikken sætter de Mollys cpr-nr på Julies blodprøver, og Julie får aldrig svar på sin HIV-test.

Jeg tænker ikke det har noget at gøre med vores konstellation... der var generelt bare ret dårlig stemning. Det var ikke et rart sted. Og så havde de bare ekstremt travlt (Julie)

En del af forskningen i lesbiske familiers oplevelser i sundhedsvæsenet går på usynliggørelse af medmoderen/den ikke-gestationelle mor (Klittmark et. Al, 2018, Gregg, 2018). Samtlige deltagere beretter, at det har været en kilde til nervøsitet, hvordan medforælderen ville blive behandlet. Med en enkelt undtagelse følte de alle *overordnet*, at medforælderen blev inddraget kommunikativt og fysisk:

Altid plads, altid en stol til mig og jeg synes jeg bliver anerkendt (Lulu)

De har alle været dygtige til at forstå at vi var et par, et fælles forældreskab (Rie)

Flere fremhæver dokumenter og informationsmateriale som udfordrende.

Juridiske papirer kræver konkrete ændringer og overstregninger for at kunne passe på ikke-heteroseksuelle familier, og informationsmaterialer, web og brochurer og kræver tolkning for at kunne give mening for deltagerne:

Det betyder meget konkret at jeg selv laver en masse oversættelsesarbejde.

Samtidig bliver jeg distanceret til hele systemet (Nor)

Også gruppe-sammenhænge opleves som svære. 4 familie-enheder har været i behandling i det offentlige system og har derfor været til et stort obligatorisk informationsmøde. Tre par nævner at de føler sig usynlige til mødet. Et par fortæller, at man på deltagerlisten ved ankomsten kun kunne skrive sig på som ”mor” eller ”far”, og deres oplevelse var at mødet alene var rettet mod heteroseksuelle par:

Cecilie: Der blev ikke nævnt ordet lesbisk med ét ord. Til et to-timers møde om fertilitetsbehandling i det offentlige!

Lulu: Men de brugte rigtig meget tid på at forklare hvorfor ufrivillig barnløshed opstår uden på noget tidspunkt at nævne enten enlige eller lesbiske... De var sådan ”bare rolig mand, du må godt knalde damen efter et døgn”...

Ingen ekspertise hos eksperterne

Vi er bedre klædt på end fertilitetsklinikken...Klinikken (opleves) slet ikke som et sted hvor man kan få rådgivning, så man skal selv være rigtig godt klædt på, når man kommer derind i vores situation (Rie)

Ovenstående citat illustrerer en hvis ”uhåndgribelighed” for deltagerne: De kæmper for at orientere sig i et vidtforgrenet ekspertsystem, hvor der alligevel er meget begrænset hjælp at få, og det, at ingen rigtig ved noget, er noget der frustrerer samtlige deltagere.

...hvis det bare havde været mig (som solo-forælder), så havde jeg følt mig fuldstændigt magtesløs....Jeg er virkelig trykket ved tanken om ja, man skal have særlige evner... for at for at få den rette behandling(Birka)

Det, at skulle være tovholder på egen behandling opleves desuden som ressourcekrævende:

især følelsen af at man ikke alene har ansvaret for at vide alt, det havde jeg lidt undervejs sådan ”hvis vi overser noget nu så er det vores egen skyld”-agtigt (Katrine)

Jeg føler mig meget presset og stresset af at jeg skal indhente al information selv. Men jeg tør simpelthen ikke andet (Rie)

Deltagerne tvinges dermed udi at være ikke bare ”eksperter på sig selv”, noget som vi også ser nedenfor i afsnittet om tidligere erfaringer fra sundhedsvæsenet, men også eksperter på et system.

Ressourcer og juridiske udfordringer

Deltagerne beskriver altså, hvordan sundhedssystemet ikke tilbyder den nødvendige information i forhold til at starte behandlingen, men også hvordan den information, de tilbyder – og de kategorier og standarder, der produceres ud fra denne position – netop ikke er ”sand” for deltagerne (Ransom, 1997).

Selvom mange af deltagerne godt kan gennemskue dette og lægger et arbejde i at oparbejde en egen ”viden” og forståelse, så kræver det overblik og ressourcer som ikke altid kan mobiliseres. For flere af parrene har dette haft mærkbare konsekvenser. Ronja og Kirstine fortæller, hvordan de kun ved et tilfælde opdagede en fejl på klinikken som reelt betød, at Ronja ikke kunne være juridisk mor for sit første barn fra fødslen:

Processen tog så lang tid at lovgivningen var blevet lavet om til vores fordel, men problemet var at vi havde skrevet under på den gamle lov, fordi de ikke havde været opmærksomme på det på klinikken...det var så.. ej men altså (Ronja)

Ligeledes har dårlig kommunikation, fejlvejledning og fejlbehandling med donorsæd af alt for lav kvalitet, haft økonomiske konsekvenser for 3 af parrene:

... nu prøver vi bare at lade være med at tænke på det, men altså...det er jo over 20.000kr som vi bare kunne have sparet på, at det der brev havde skrevet det lidt klarere (Cecilie)

...Og oven i det at blev vi behandlet med for lavt MOT i sæden alle gangene, den laveste der er som man kun må bruge til IVF og vi brugte den jo bare fordi det var billigt og de sagde jo det var okay, så det regnede vi med (Louise)

De havde vejledt os forkert ifht sæd, og de havde vejledt os forkert ifht børneloven (Kirstine)

For tre af de otte familie-enheder var opholdspapirer og migrationsstatus et væsentligt element. De tre par udgjordes alle af en dansk statsborger og en borger med oprindelse udenfor EU. De juridiske og sociale udfordringer som et blandet hetero-par⁵ også ville opleve, blev hér øget af usikkerhed ift. lovgivningen ifht juridiske forælderrettigheder i de migrerede parters oprindelsesland.

Jeg (har) ikke mødt eller fundet nogen i systemet som kender svaret! Jeg har snakket med immigrationsmyndigheder, ambassader, med dem på klinikken... jeg haraltså...alle har jeg talt med, ...det eneste andet lesbiske par jeg har kunne finde som har været i den her situation, de fik altså afslag. Ingen ved om jeg kan anerkendes som mor i en juridisk kontekst i mit fødeland (Lulu)

Emmet er transmand og oplever hvordan kombinationen af hans migrationsstatus og det, at han nu skal være far, spiller direkte ind på beslutninger omkring bekræftelsen af hans kønsidentitet:

I'm in the process of applying for citizenship here and since we started I decided that I do wanna change my name legally...but I think this whole process also made me...ehm...I really didn't wanna change my gender-marker before, I've always been a bit back and forth about it, but now I really don't want to. I'm really much more afraid of the system here now, like what would it mean if I did it, and ...yeah...in terms of being on the birth certificate and all and I'm just scared (Emmet)

4.1.4. Alternative behandlingstilbud

Samtlige deltagere blev spurgt om, og i givet fald hvorfor, de ville benytte sig af et LGBTQ+ specialiseret tilbud i fertilitetsbehandling, hvis økonomi ikke var et spørgsmål. Samtlige deltagere har svaret ja. Svarene på hvorfor de ville det, giver samtidig et fingerpeg om, hvad deltagerne oplever som særligt svært i det etablerede system, og hvad de håber på at kunne undgå i et specialtilbud:

Det der ville betyde noget er hvordan personalet ville forvalte den LGBTQ+ kompetencer. For man kan jo have mange certificeringer, men rent praktisk...Men hvis man mødte noget personale som i deres eget udtryk spejlede en lidt mere mangfoldig menneskegruppe, så tror jeg ville føle mig automatisk mere tryk. Er det nogle erfaringer inden i eller er det bare noget du har hørt til et foredrag (Kirstine)

Hvis personalet havde den rigtige viden, ville Katrine ligeledes føle sig bedre tilpas:

Jamen så havde jeg følt mig mere tryk, så havde vi jo været omgivet af nogle der kendte til vores situation. Vi har jo aldrig prøvet det før, det havde da været rart (Katrine)

⁵ Med ”blandet” refereres her til par med forskellige nationalitetspapirer

Også Jo kunne ønske sig, at personalet ikke antog, at parret havde en bestemt seksualitet eller kønsidentitet, men at de ville spørge dem i stedet

Just to develop a sensitivity, how to do pronouns, not assuming when we walk in the door that we have a certain sexuality or identify in a certain way, instead of just asking us. Means just educating themselves and not be super stubborn on how their system works (Jo)

Ingen af deltagerne havde altså svært ved at udpege, hvorfor de ville tilvælge et specialtilbud. Alle fremhæver de trygheden - både i at vide at der er et juridisk og fagligt overblik, og i at blive ”genkendt” på vigtige elementer af deres identitet: Pronomener, kønsudtryk, kroppe, seksualitet og familie/relation.

4.1.5. Fra brugere af eksperter til ekspertbrugere

Ovenstående viser, hvordan mangelfuld vejledning og fejlbehandling har konkrete konsekvenser for familierne. De standarder og kategorier som fertilitetsbehandlingssystemet (og det lovgivningsmæssige grundlag dette er forankret i), arbejder med, synes allerede i udgangspunktet ikke at rumme deltagerne.

Deltagerne er tilsyneladende klar over, at det er et vilkår, at de skal være ”eksperter på sig selv”, men finder det samtidig stressende og udfordrende. Overordnet ses det, hvordan mødet med fertilitetsbehandlings-systemet cementerer og bekræfter både normaliteter og abnormaliteter: Det bliver for deltagerne tydeligt, at systemet ikke kender til dem og deres specifikke udgangspunkt, og dette bliver særligt tydeligt omkring køns- og seksualitetsmarkører. Sundhedspersonalet virker dog heller ikke åbne overfor, at deltagerne kan være ”noget andet” end det kendte og vanlige, og de kategoriseres derfor automatisk som tilhørende en given gruppe, der allerede ”vides” om; for eksempel ”ufrivilligt barnløse”.

Således bliver mødet med sundhedssystemet en arena for, hvad Foucault ville kalde totaliserende magtteknikker, der søger at kategorisere og standardisere vores deltagere og på den måde gøre det muligt, at ”vide” om dem, og behandle dem. Denne ”uhåndgribelige” magt tager visse steder tydeligt form for deltagerne, andre steder virker den knapt synlig (Heede, 2002).

4.2. Hvilke objektificeringer og kategoriseringer finder sted og hvilke effekter har disse totaliserende magtteknikker?

Det foregående kapitel har givet et indblik i konkrete oplevelser hos 15 queerpersoner i fertilitetsbehandling. I det følgende skal vi se nærmere på effekterne af at blive mødt af et sundhedssystem, der italesætter og forholder sig til deltagerne på bestemte måder.

4.2.1. Klassificeret, men ikke som det rigtige

Ud af de 15 deltagere er 5 non-binære transpersoner (fordelt på 2 par samt 1 soloforælder, dog også med partner). Et enkelt par har været åbne herom, de tre andre har holdt meget lav profil med dette og har kun oplyst det allermest nødvendige til meget få ansatte i systemet. I praksis har alle 5 i systemet helt eller delvist ”passeret” som cis lesbiske undervejs, hvilket skaber en helt særlig

situation: Deltagerne hemmeligholder og nedtoner én abnormal subjektivitet, mens de læses og tolkes ind i en anden abnormalitet:

We walked in the clinic as an abnormality, like they weren't able to see our constellation, our family, couldn't use pronouns, couldn't understand what we are" (Emmet)

I just dont like when someone automatically assumes that I dont produce sperm or that you don't... Going through fertilitystuff refers back to a lot of harmful genital focus that I've been through, who has what parts (Jo)

Nor, som har haft et langt behandlingsforløb og som ikke har været åben om sin transidentitet, fortæller om det, at skulle være så længe i systemet som en anden:

Det er sådan et mærkeligt fremmedgørende arbejde, hvor man ligesom spiller en bestemt rolle som man godt ved man skal spille...Jeg orkede ikke...så blev det sådan, nå ja, så står der kvinden på et dokument, det er nok mig de mener. Jeg ved jo godt, at de ikke forstår, at jeg findes (Nor)

For Charlie og dens partner er det hele tiden en afvejning af om åbenhed er det værd:

This moment is gonna affect me and our whole experience of this process and in the end it doesnt become worth it...but...So, when you walk into these offices ad you dont say "I identify this way or talk about my body this way, this is my name", then you just walk out of there just feeling like you have to wash dirt of yourself. Just crying (Charlie)

Citaterne illustrerer den psykiske belastning som de nonbinære deltagere oplever ved at være "hemmelige"; ved ikke at være sig selv. Samtidig kan de også tolkes som et billede på en, i visse sammenhænge, langsomt tiltagende normalisering af cis-lesbiske familier. Sat direkte op imod hinanden tydeliggøres her den (homo)normativitet som cis-lesbiske familier langsomt, men sikkert indskrives i – en normativitet som transfamilier (endnu) ikke har adgang til⁶. Den vurderings- og kategoriseringsproces som cis-lesbiske forældrepar har været "udsat" for siden halvfemserne, viser hér at have medført, hvordan de i dag i højere grad gen- og anerkendes som objekt for biomagtens normaliseringsprocesser (Foucault, 1978, Petersen, 2009).

4.2.2. Klassificeret yderligere

To af deltagerne oplevede, hvordan hhv. race og BMI⁷, var med til at kategorisere dem yderligere i fertilitetsbehandlingen. Dermed kommer der yderligere identitetsmarkører i spil.

Ved en opstartssamtale på fertilitetsklinikken, som foregår på engelsk, siger jordemoderen afslutningsvis i en spøgefuld tone, at næste samtale skal foregå på dansk. Efterfølgende er jordemoderen i tvivl om under hvilken etnicitet hun skal registrere Rome i computersystemet, og hun vælger til sidst forvirret kaukasisk: *And I was like, "Am I gonna get white privileges with that?"* (griner).

⁶ Det er vigtigt at bemærke at kategorien "trans-familier" her alene dækker over enkelte familietyper og desuden her medtager international forskning og forhold. I Danmark er kategorien "trans-familier" fortsat meget begrænset af juridiske barrierer og kun få familie-modeller er reelt en mulighed

⁷ BodyMassIndex. Vægtkategoriseringssystem

Rome fortsætter mere alvorligt:

I think through this whole proces my racial identity was a bigger "threat" in some way. Race-stuff is just more heightened in Denmark, I feel like there's a difference and...the way that they have a chart for POC-bodies and that they're supposed to feel and express more pain, thats so fucked up (Rome, racialiseret)⁸

Citatet viser, hvordan kompleksiteten øges ved på flere planer at være objektificeret som abnormal. Det illustrerer også, hvad der er på spil når man ikke klassificeres "korrekt". Set i dette lys kan det forklare, hvorfor deltagerne ovenfor vælger at hemmeligholde eller nedtone, at de er transpersoner.

For Lulu og Cecilie blev mødet med fertilitetsafdelingens BMI/vægt-regime et følelsesmæssigt lavpunkt i processen. Cecilie er sund og rask med regelmæssig cyklus, men personalet vurderer, at hendes BMI er for højt og vejleder hende efter de sundhedsfaglige retningslinjer for overvægtige:

Det kom helt bag på mig at jeg var i den kategori....og det hænger jo sådan i luften ikke? Jeg blev helt sindssygt ked af det...Men jeg føler mig jo sund og rask og har altid følt mig stærk, eller...det er ikke en følelse, jeg ér stærk og i god form....Det har været meget dobbeltsidigt det der med at blive meget vred og også føle sig meget kropsligt ramt

(Partner)Lulu: *Jeg var rasende. Det er det mest påvirkede jeg har set dig i alle de her år, i alle de snakke vi har haft og alle behandlinger. Vi gik udenfor bagefter og du hang bare på mig og græd*

4.2.3. Biologisk familie som "kur"

Reproduktive rettigheder er mærkesager for en række interessenter på LGBTQ+ området, og fra politisk hold fremhæver man gerne homoseksuelles rettigheder som et billede på det frisindede og demokratiske danske samfund (Se f.eks. Regeringen, 2018). Som Nebeling skriver, så kan man måske tale om en situation, hvor åben homoseksualitet ikke længere "tegner nationens degeneration, men derimod nationens storhed" (Nebeling, 2009). Reproduktive rettigheder er ikke bare ønsker og drømme hos individer, men indgår også som en del af en politisk dagsorden. Den politiske og moralske interesse for adgangen til fertilitetsbehandling for (dele af) LGBTQ+ gruppen, skyldes at behandlingen giver adgang til at danne familie - en af de stærkeste sociale og kulturelle institutioner i samfundet overhovedet (Nielsen&Hansen, 2016, Kulick, 2005). At denne mulighed – LGBTQ+ familier - på en række samfundsniveauer parallelt anskues som en dårlig kopi af originalen og også behandles derefter, er i dén sammenhæng sagen uvedkommende. Samtidig kunne et historisk tilbageblik på udviklingen på området tyde på, at dette på mange måder også er et spørgsmål om tid fordi normaliseringen hele tiden "arbejder" og sociale og kulturelle normer ændres, jvf normalisering af cis-lesbiske familier. Opsummerende kan det ud fra både historiske og aktuelle samfundsdebatter lidt forenklet konstateres, at der på området er vældig meget på spil for vældig mange – personligt, moralsk og politisk.

Ved at lægge et Foucault-perspektiv ned over de store linjer, såvel som vi gjorde på de små i det foregående kapitel, så ser vi at dette bekræftes: Der ér meget på

⁸ "POC": People Of Colour: Gængs engelsksproget betegnelse for racialiserede/farvede kroppe

spil. Adgangen til fertilitetsbehandling af queerpersoner kan anskues som et forsøg på en regulering af en bestemt befolkningsgruppe. Der reguleres imidlertid ikke på LGBTQ+ gruppen som helhed, men på de enkelte grupper repræsenteret heri. Supplerende hertil har grupperne desuden konkurrerende faktorer i form af bl.a. race, vægt, kønsudtryk mv. og dette ”roder” de beskrevne magtprocesser yderligere. Gennem lovarbejde, parlamentariske beslutningsprocesser og sundhedsvæsenets retningslinjer, udstikkes kategorier af (cis-hetero) normalitet og (queer) abnormalitet. De abnormale kategorier deles atter op i, hvem af dem der er berettiget til behandling og hvem der ikke er. Et eksempel på, hvordan nogen kan anerkendes juridisk som familie og andre kan ikke kan, ses bl.a. ved at transpersoner i dag kan få forælderrettigheder som ikke-fødende medforældre, men ikke som fødende (Dam, 2018). Grupperne under LGBTQ+ paraplyen reguleres og disciplineres altså i nogen grad hver for sig, men afretningen i de enkelte kategorier har konsekvenser på tværs af dem. Seksualiteten og kønnet er ikke ”bare” afvigende, men kategoriseres konkret *i forhold* til hvordan de forbinder sig til reproduktion – ”*Seksualiteten bliver betydningsbærende*” (Foucault, 1978)

Som konsekvens af cementeringen af noget som normalt og afvigelser som patologiske, opstod behovet for lindring og helbredelse af det syge, Foucault kaldte selv dette for en kur (Taylor, 2011). I denne sammenhæng kunne man se retten til familiedannelse, som en form for ”kur”: Gennem rettigheder gives det afvigende subjekt mulighed for at indgå i en kopi af den heteronormative familiestruktur, som danner grundlag for hele samfundets opbygning.

En yderligere styrkelse af biomagtsperspektivet får vi ved at se på, hvordan deltagerne reagerer på dette ”normaliseringsgreb”. For flere deltagere (og deres partnere) fylder nye kategoriseringer mere end deres queer udgangspunkt, og de er mærket af, hvordan dette tager sig ud i systemets optik.

For Rome betyder det konkret, at hen tilbageholder information om hens PTSD-diagnose for sundhedspersonalet:

It makes me sort of ”one of those” people in their eyes” ...it would make me sort of a refugee, even though I’m not, and that’s simply so racialized here and I just don’t wanna be put into a category like that, not because it’s wrong, but it’s not me

Cecilie er ked af det, men parret omlægger deres kost og for første gang nogen-
sinde køber Cecilie sig en vægt og begynder at veje sig:

Det har fulgt mig indeni. Jeg har købt en vægt, jeg føler mig virkelig slået ud

Det ses, hvordan (selv)disciplinerende og overvågende dynamikker træder i kraft. Cecilie går med på vægtkontrol og diæt, og kan dermed siges at have accepteret systemets vurdering og ”tilbud” om vægttab mhp. en BMI i ”normalområdet”. Rome kan ses at indgå i en disciplinerende af sig selv i den forstand, at hun tilbageholder personlige informationer for personalet. Ved at skjule et helbredselement forsøger hun at kontrollere, hvordan sundhedsvæsenet ser på hende og undgå yderligere kategorisering.

Rome og Cecilies oplevelser viser, hvordan kategoriseringen foregår som noget automatiseret og systemisk, men også, hvordan der i Foucaults perspektiv bygges yderligere lag af abnormalitet ovenpå de i forvejen afvigende kategorier

(Foucault, 1978). Direkte i forlængelse af kategoriseringen følger desuden forsøg på regulering i form af formulerede forventninger om hhv. dansk-evner og vægttab, altså et klassisk ”biomagts-greb”, hvor afvigende kroppe forsøges identificeret og afrettet med det mål at indpasse dem (tilbage) i en kategori af normalitet (ibid.)

Vi ser således, hvordan definitioner indenfor seksualitet og reproduktion fungerer både som kulturelle kategorier, og som regulerende og foranderlige systemer. Dermed understreges både hvordan ”naturligheder” og essenser bliver en urimelighed i denne sammenhæng, men også hvordan seksualitet, reproduktion og subjektivitet ikke kan adskilles fra moderne magt.

Efter at have set på hvordan deltagerne i dette projekt oplever at være udsat for de totaliserende magtteknikker, der gør sig gældende i et heteronormativt sundhedssystem – det vil sige hvilke *effekter* dette system har – så skal vi i det følgende se nærmere på vores deltagers udvikling i mødet med alt dette: For hvad gør det ved deltagernes tanker om deres ”selv” og deres subjektivitet, når de udsættes for disse totaliserende magtteknikker? Hvilke side-effekter, af det nuværende narrativ, er der tale om?

4.3. Hvordan former mødet med fertilitetssystemet LGBTQ+ personers selvforståelse og hvordan kan disse individualiserende magtteknikker hjælpe os til at forstå moderne magt?

Fertilitetsbehandling producerer tilsyneladende mere end blot familier. Ikke mindst, hvis disse familier er queer. De foregående kapitler gav et bud på, *hvad* det er der produceres og *hvordan* det kommer til syne indenfor rammerne af, hvad man kan kalde det heteronormative sundhedsvæsen.

Seksualitet, og dermed reproduktion, er både et produkt af magten og arena for magtens udfoldelse. At se på, hvordan sundhedssystemet møder familier som bryder med normer for køn og seksualitet, er derfor lig med et studie af en socialt cirkulerende magt (Foucault, 1978, Taylor, 2011).

Når deltagerne starter i fertilitetsbehandling, så er det for de flestes vedkommende med dårlige erfaringer med sundhedsvæsenet i bagagen, og dertil beskrives det hvordan det kræver meget store ressourcer at navigere i lovgivninger, vejledninger og rettigheder under stadig forandring. De af deltagerne, som har konkurrerende intersektioner, både skjulte i form af kønsudtryk og nedtonede/hemmelige transidentiteter, eller åbent i form af racialisering og vægt, oplever tegn på minoritetsstress og kæmper på flere niveauer en hård kamp mod, hvad der opleves som fejlkategorisering af systemet.

Et andet udtryk for magten som socialt cirkulerende kan også ses gennem et biomagtperspektiv på den politiske kamp for retten til reproduktiv behandling. Denne kamp føres af LGBTQ+ organisationer og politiske allierede, og deltagerne er eksempler på nogle af dem, som ønskede, og nu benytter, disse rettigheder. Foucault viser imidlertid hvordan de selvsamme rettigheder kan ses som klassisk biomagtsudøvelse gennem en disciplinerings- og reguleringsdiskurs, hvor afvigelser og abnormaliteter først udpeges og siden ”kureres” igennem normalisering (Taylor, 1978), som det vises med cis-lesbiske familier.

4.3.1. Magtfri biomedikalisering?

Det falder i øjnene, at stort set alle deltagere i projektet noterer meget stor tillid til *selve* behandlingen. Mamo beskriver, hvordan de som afviger fra normaliseringskategorier netop bliver tilgængelige mål for intervention og specialiseret viden (Mamo, 2007), og deltagernes tillid kan læses som et udtryk for hvordan biomedikaliseringen virker. Den forstås ikke som uvelkommen indblanding eller dominans, men som tilbud om hjælp af høj kvalitet (Mamo, 2007, 2013). Mange af deltagerne nævner, at de formoder, at selve behandlingen er ens for alle og at de oplever et fagligt dygtigt personale. De negative oplevelser vedrører alt det udenom den egentlige behandling - alt det sociale i rummet. Flere af deltagerne har øje for at personalet i dagens sundhedsvæsen har meget travlt og arbejder under svære vilkår. Mange deltagere har indskudte kommentarer og direkte understregninger, af at personalet var "nok ikke mener det på den måde", "nok bare havde travlt", og "var fagligt dygtige". Samtlige deltagere forsikrer mig mindst en gang, ofte mange, og ofte i forlængelse af noget negativt eller kritisk, om at personalet (også) var "søde". Mamo beskriver, hvordan diskurser i medikaliseret reproduktion producerer forskellige former for lesbiske subjektiviteter og tildeler disse et socialt tilhørsforhold gennem biomedikalisering. Men samtidig reagerer lesbiske par forskelligt på at være i disse magt-relationer, og reagerer med alt fra "*selective resistance to selective compliance*", hvor citaterne ovenfor kan ses som det sidste (Mamo, 2007).

Som beskrevet i de foregående kapitler, så oplever mange af deltagerne følelser af "forkerthed" i mødet med et medikaliseret heteronormativt sundhedssystem. Her opererer totaliserende magtteknikker med normer og standarder, hvor igennem deltagerne "bliver til" som queere subjektiviteter (Foucault, 1978, Heede, 2002). Samtidig bliver de, gennem diagnosticering og patologisering, også til som objekter for konkret behandling. På trods af, at deltagerne har øje for mange områder, hvor de oplever noget svært eller ubehageligt, så er det tilsyneladende vigtigt for dem at kommunikere om det man kunne kalde "det søde". Det fremgår ligeledes tydeligt, at deltagerne har tillid til, at der ikke er noget at udsætte på selve behandlingen. Mængden af hormonstimulation har for et par af deltagerne været noget de debatterede med personalet, men ellers er der overordnet meget lidt skepsis eller mistillid til de faglige kompetencer.

Dette er særligt interessant fordi der i den samlede empiri forekommer adskillige tilfælde af kritisabel behandling: En journal mistes og data forsvinder, relevant somatisk sygdom overses og der fejlbehandles, i flere tilfælde behandles med sæd af alt for lav kvalitet, i 1 tilfælde kræves der hiv test på partner i samkønnet lesbisk par - men svaret bliver væk/oplyses aldrig, i 1 tilfælde markeres et sæt blodprøver med forkert cpr. Derudover er der en episode som jeg umiddelbart vurderer som en decideret seksuel krænkelse, hvor der muligvis ville kunne opnås medhold ved klage til myndighederne.

Ses der på deltagernes tidligere erfaringer forud for behandling, erfaringerne fra opstartsprocessen, og de oplevelser de har i selve fertilitetsbehandlingssystemet, så kan man godt undre sig over, hvorfra denne tillid kommer. Hvorfra henter deltagerne denne tillid til den rent fagspecifikke del af deres behandlingsforløb? Vender vi tilbage til Foucault og naturvidenskabelig viden som "sand" objektiv viden (Foucault, 1978, Ransom, 1997), skyldes deltagernes tillid til selve behandlingen muligvis, at den netop er positioneret som medicinsk, og som baseret på en "sand" og "objektiv" naturvidenskabelig viden, og at den *i kraft*

heraf ses som friholdt og isoleret fra magt i det sociale rum? Det er bemærkelsesværdigt som det går igen i deltagerne fortællinger, at den faglige del af behandlingen næsten beskrives som svævende i sin egen satellit, helt løsrevet fra de totaliserende magtteknikker deltagerne ellers udsættes for.

Udover det indlysende i, at deltagerne naturligvis reelt har mødt en masse kompetente, imødekommende og søde mennesker undervejs, er der så noget særligt i det, at en stor del af kritikken pakkes ind i forsikringer om det modsatte? Dette kan handle om, at en del af den neutralitet som den medicinske funderet behandling til trods, kan tænkes at "smitte af" på personalet i deres hvide uniformer og klare forankring i sundhedssystemet: Vi vil gerne tro, at personalet er professionelle, og at de, ligesom selve behandlingen, kan friholdes for "skyld". Subjektivitet formes og ledes af styringsteknologier i mødet med de totaliserende magtteknikker: Ud fra en konstant bevidsthed om deres afvigerpositioner ledes deltagerne til at tage, og føle, ansvar for det sociale i rummet i meget omfattende grad. En afledt effekt af dette er, at personalet, af deltagerne selv, friholdes for skyld og ikke udpeges som magten. Man kan sige, at ja, det er karakteristisk for moderne magt at den er flydende og u håndgribelig, men noget peger på, at det for deltagerne, som objekter for behandlingen, også kan være et element af, at det er lettest på den måde. En anden afledt effekt er, hvordan nogle af deltagerne bevidst tilpasser deres personlighed til situationen:

Jeg kommer til at tænke, at jeg skal være noget ekstra for dem for, at jeg får en ordentlig behandling...jeg kommer til bevidst at være særligt flink eller særligt imødekommende eller særligt nem at arbejde sammen med. For at få en lige så god behandling som dem, der er far og mor (Birka)

Vi ser således, hvordan deltagerne i dette krydsfelt mellem totaliserende magtteknikker og individualiserende magtteknikker undergår en form for selvsubjektificeringsprocesser (Taylor, 2011).

4.3.2. Nye muligheder og nye eksperter

Samtlige deltagere blev spurgt om, og i givet fald hvorfor, de ville benytte sig af et LGBTQ+ specialiseret tilbud i fertilitetsbehandling, hvis økonomi ikke var en faktor. Samtlige deltagere har svaret ja. Svarene på hvorfor de ville det, giver både et fingerpeg om, hvad deltagerne oplever som særligt svært i det etablerede system, og hvad de håber på at kunne undgå gennem at benytte et specialtilbud:

Det havde vi benyttet os af immediately, det er jeg slet ikke i tvivl om. Altså det ville bare være sådan en tryk og rar følelse og tage SÅ meget stress ud af kroppen, hvis man vidste, at det var nogle, der vidste, hvad de lavede. Det der er simpelthen så stressende for mig i det her, er at jeg synes vi skal holde øje ALT i det. Så det der ville være sådan helt relief i kroppen, hvis man vidste, at der var en klinik som havde kompetencer på det område. Det ville være SÅ dejligt (Rie)

Flere efterlyser en viden og forståelse, der rækker ud over inkluderende sprog og juridisk overblik:

But again... Of cause its about words and making space, but its also about understanding multiple layers and structures. Us coming to a clinic and being read as a lesbian couple without questions is just as much a microaggression as ignoring that we are – maybe – lesbians. The whole “ we see you as lesbians, welcome!”, if that’s the offer... that’s not okay in a way (Charlie)

Indenfor fertilitetsbehandlingsystemet får normaliserings- og legaliseringsprocesser biomedikaliserende fortegn. I billedlig forstand opstår et eget øko-system med flere parallelle kredsløb: Biomagt producerer patologi i form af individer der ikke passer ind i det heteronormative samfund, og dermed produceres et behov for ekspertviden, og behandling/kur. Denne leveres i form af normalisering via adgang til familien som kulturel og socialt bærende samfundsinstitution, og i form af invasiv medicinsk behandling og fertilitetsteknologi. Begge dele kræver kategoriserings- og standardiseringsmanøvrer, som i et biomagtperspektiv på én gang udvider hvad vi ser som normalt, og samtidig genererer ”overskudsprodukter” i form af nye subjektiviteter, som ikke kan, eller vil, tilpasses de nye (homo) normativiteter, de sundhedspolitiske kategorier eller kliniske retningslinjer.

Mamo peger på, hvilke konsekvenser en tilsvarende normaliseringsproces har haft for fertilitetsbehandling af queerpersoner i USA: Fra halvfjerdsere og startfirsernes lav-teknologiske inseminations-behandling, enten foretaget hjemme i privaten eller tilbudt i lokale aktivistdrevne kvindehuse/sundhedscentre, hvilket var lettere tilgængeligt for bredere socialgrupper, til i dag at være processer massivt domineret af medicinal- og behandlingsindustrien, hvorved private sundhedsforsikringer er eneste behandlingsport (Mamo, 2007, 2013). En af konsekvenserne er et tab af viden og erfaringer udviklet i sociale fællesskaber af kvinder og minoriteter, frem for den medikaliserede viden rodfæstet i økonomiske interesser som vi ser i dag (Mamo, 2007). Den entydige interesse i et specialtilbud fra deltagerne side, kunne i forlængelse heraf tolkes som et ønske om at fastholde viden på egne hænder og præmisser.

Deltagerne efterspørger meget konkret adgang til dels et samlet juridisk overblik, dels forståelse og indblik i levevilkår og strukturelle udfordringer. Der efterspørgeres med andre ord special- og ekspertviden – et element der genkendes fra biomagts sfære og som blot understreger den kompleksitet Foucault hele tiden holder i hævd. Når deltagerne efterspørger ekspertviden, så er det både andre eksperter og en anden viden end den, som de totaliserende magtteknikker baseres på.

I mellem de totaliserende- og individualiserende magtteknikker, ser vi hvordan ”normalitetens domæne” konstant udvides og ændres. I al sin kompleksitet, bliver det i et biomagtperspektiv dermed tydeligt, hvordan fertilitetsbehandlings-systemet producerer behov for ekspertviden til brug for de kategoriseringer, som er en del af magten og dens discipliner. Magten er produktiv (Foucault, 1978, Heede, 2002). Men det bliver ligeledes tydeligt, hvordan dette, hos deltagerne, producerer behov for en *anden slags* ekspertviden. En viden, som leder til andre kategoriseringer og normaliseringer og som kan hjælpe dem til at navigere i fertilitetsbehandlings-systemet. Som Mamo skriver, så har queerpersoner med assistance fra egne sociale og aktivistiske netværk, og ikke mindst via internettet, på *visse* måder formået at få fodfæste direkte i centrum af det de egentlig afviger fra (Mamo, 2013). Dette viser med al tydelighed, hvordan magt/viden er

uadskillelige i det moderne samfund og hvordan moderne magt former nye subjektiviteter, som har behov for ny ekspertviden og nye eksperter, til at guide dem.⁹

4.3.3. David og Goliat danser – og subjektiviteter skabes

Umiddelbart er der en tydelig asymmetri i relationen mellem en magtfuld institution som sundhedsvæsenet, og den enkelte familie. Det er en ubalance som på overfladen kunne synes næsten umulig at udfordre – man ser næsten for sig hvordan et farligt væsen tårner sig op over den lille forskræmte og sårbare borger. Væsenet kategoriserer og udskiller subjekter, der ikke anses som normale. For deltagerne i dette projekt betyder det ofte flere lag af kategoriseringer som ikke-normal og vi ser hvordan det opleves ikke kun ubehageligt, men også *forkert*.

Foucault viser os dog, hvordan denne magtforståelse er både forældet og utilstrækkelig. Ud fra deltagerne fortællinger, ser vi hvordan de faktisk mobiliserer de nødvendige ressourcer; at de udfordrer de svar og ”ikke-svar” de får, og forsøger at sikre deres rettigheder og mål. De tager kampen op med ”væsenet” og de totaliserende magtteknikker og gennem denne modstand siger de sandheden om dem selv – og demonstrerer dermed en større viden om dem selv, end væsenet har.

Skønt ikke naturvidenskabelige funderet, så er disse individualiserende magtteknikker, denne viden, *også* en del af moderne magt – en produktiv magt, der gennem selvsubjektificeringsprocesser danner subjektiviteter i krydsfeltet mellem totaliserende- og individualiserende magtteknikker (Taylor, 2011, Heede, 2002)

5. KONKLUSION

Reproduktions- og fertilitetsbehandlingsområdet kan ses som et billede på, hvordan moderne magt er fixeret i kontrollen med krops- og livsprocesser. Gennem administrering og kategorisering ses en opdeling af levede liv og kropsfunktioner i bestemte kasser. Biomagt regulerer og kategoriserer deltagerne i dette projekt, og selvom dette kommer til udtryk allerede længe før de starter i behandling, så eksponeres magten i fertilitetsbehandlingssystemet fordi det tydeliggøres, hvordan biomagten har brug for et medikaliseret ”verdenssyn” for at kunne virke optimalt.

Der er hverken i direkte eller overført betydning, nogen naturlighed i deltagerne tilstedeværelse i fertilitetsbehandlingssystemet. De ankommer til behandling som forkerte kategorier og det er de bevidste om, at de gør. De ved, at det er en præmis, at de skal mobilisere ressourcer og skabe plads i ”rum” som er formet efter andres kroppe og behov. Visse steder ser deltagerne magten og modstanden tydeligt, andre steder ikke. Nogle vælger ikke at se den. De fleste deltagere er i mere eller mindre konstante forhandlinger med sig selv og hinanden om dét de ser - magten får sit eget liv og grænserne mellem hvad der er magt og hvad der er subjekt, flyder ud. Ud af krydsfeltet mellem totaliserende og individualiserende magtteknikker vokser nye subjektiviteter og nye normaliteter, nye eksperter og ny viden. Fordi magtens teknikker fejl-kategoriserer deltagerne fra starten, så

⁹ En sådan rolle kunne udfyldes af min egen fagposition, som feministisk jordemoder og sexolog, hvilket indskriver mig selv i biomagtens avancerede mekanismer.

skubbes deltagerne ind i en modstandsposition, hvor de skal være eksperter på sig selv. Her opdyrker de "egen"-viden og ekspertise og ud fra dette grundlag insisterer deltagerne på en sandhed om sig selv. Det er i høj grad disse individualiserende magtteknikker, som hjælper dem til at navigere igennem fertilitetsbehandlingssystemet.

Magt og viden kan ikke adskilles i et moderne samfund. Som tidligere beskrevet, så er der meget på spil når vi i samfundet taler seksualitet og reproduktion. Med familien, som den centrale bærende samfundsstruktur, er der brug for selekteringsmekanismer og reguleringssystemer til at bevare den som institution. Seksualitet og reproduktion bliver sådanne systemer, og kan derfor ikke adskilles fra moderne magt. Ved at konvertere en tidligere illegitimitet til en række, på papiret, legaliserede familieformer, så skubber queerfamilier til grænserne for normalitet. Men i processen normaliseres nogle hurtigere end andre, og nye abnormaliteter kommer til. Disse normaliseringsprocesser finder sted inden for rammerne af et biomedikaliseret behandlingssystem, der dermed ikke bare producerer nye muligheder og nye familier, men også ny viden og behov for nye eksperter. Dette viser os, hvordan moderne magt cirkulerer og hvordan det moderne individ forstår og skaber sit "selv" i krydsfeltet mellem totaliserende og individualiserende magtteknikker.

6. DISKUSSION

Materialet bag dette projekt blev både indholds- og omfangsrigt, og selv her i den afsluttende proces fremstår det helt unikt i den viden det tilvejebringer. Deltagerne fik en virkelighed til at findes. Deres virkelighed.

Deltagernes ressourcer og stædighed, deres evne til at rumme, og til at abstrahere fra givne situationer og vilkår, siger noget. Dels om, hvordan modstand kan tage forskellige former, og om kærlighed, håb, og evnen til at tænke kreativt fra en position, hvor man er bagud på point fra starten. Det siger dog også noget om, hvem der *reelt* har adgang til fertilitetsbehandling. At kunne det som deltagerne her har kunnet, handler grundlæggende om sociale ressourcer, og dermed handler adgangen til fertilitetsbehandling (også) om klasse. Måske endda mere end det handler om juridiske rettigheder på et stykke papir.

Jævnfør dette, så kunne projektet her, udover den valgte foucaultdianske tilgang, have haft gavn af et stærkere intersektionelt perspektiv. Ligesom viser dele af materialet tydeligt, hvordan emnet køn og kønsudtryk fylder meget for deltagerne. Dette kunne have været foldet yderligere ud med en decideret kønsteoretisk tilgang og det er noteret til en fremtidig brug af materialet.

En åbenlys konklusion er det, at mere skandinavisk grundforskning i LGBTQ+ og det brede reproduktive område er nødvendigt. Vigtigheden af et normkritisk udgangspunkt herfor kan dog ikke understreges nok. Som jordemoder ser jeg et stort behov for forskning som ikke tager udgangspunkt i en moralsk undren over, hvorvidt det er sundt for børn at vokse op i forskellige queere familie-konstellationer, men i stedet ser på hvad det gør ved de børn, at disse familier starter ud på en platform af modstand og afvisninger. Som ser på, hvordan det er at danne familie når man godt ved, at dem som skal hjælpe en med at gøre det,

ikke tror at man findes. Ligeledes ser jeg vigtighed i forskning som inddrager, hvordan ”verden ser ud” fra sundhedspersonalets side af skranken - Hvilke konkrete tanker, overvejelser og antagelser gør de sig? Som en del heraf vil jeg fremhæve, at forestillingen om at ”alle (patienter) behandles ens” i sig *kunne* udgøre en væsentlig barriere for overhovedet at arbejde normkritisk indenfor sundhedssektoren. De sundhedsfaglige kerneværdier som humanisme, rummelighed og tilgængelighed har enorm kulturel og social styrke både i og indenfor sundhedssektoren. Måske bliver (forestillingen om) selvsamme værdier en stopklods for en nødvendig og tiltrængt udvikling i sundhedsfagene?

I forlængelse af dette fremstår et styrket normkritisk, kønsteoretisk og sexologisk fokus i grund- og efteruddannelser for samtlige sundhedsfaggrupper, herunder konkret styrkede LGBTQ+ kompetencer som et nødvendigt svar på de fremkomne fund. Dermed lægger jeg med helt på linje med konklusionen i det eneste andet studie i Skandinavien, som direkte har beskæftiget sig med samme felt – Klittmark, et al, 2018. En markant forbedring af videns- og kompetenceniveauet på sundhedsuddannelserne ville komme LGBTQ+ gruppen til gavn i hele sundhedsvæsenet, men efter al sandsynlighed ville det også gavne en række andre af de grupper, som angiver at møde ulighed i sundhedssystemet. En vidensbaseret, reflektiv og normkritisk tilgang vil reelt rumme langt flere normbrud end de som er beskrevet i dette projekt. En ofte overset pointe er desuden, at dette må formodes at gavne ikke bare sundhedsvæsenets brugere, men også arbejdsmiljøet for de ansatte.

Afslutningsvis vil jeg tillade mig at trække en tråd til min egen faggruppe – jordemødrene. En del af deltagerne i dette projekt havde allerede været gravide og/eller født da jeg interviewede dem. Flere deltagere delte uopfordret negative episoder fra kontakten med jordemødre og fødselslæger, episoder som lå helt i tråd med de som er refereret i dette projekt, men som oplevedes desto tungere i en nu meget konkret familiedannelsesproces med barn på vej. Dette er desværre en bekræftelse af erfaringen fra min egen praksis som jordemoder. De fund og resultater som er gjort i dette projekt mener jeg derfor med rimelighed kan antages at dække andre dele af det reproduktive område, end blot fertilitetsbehandlingen. Der er behov for yderligere forskning og dokumentation på det brede reproduktive område, således at den sociale og kulturelle diskurs, herunder ikke mindst den kliniske praksis, kan ændres.

Hvad betyder fremkomsten af alle disse periferiske former for seksualitet? Er deres fremtrængen ved højlys dag tegn på at reglementet slækkes? Eller beviser det forhold at man viser dem så meget opmærksomhed en strengere styreformers virksomhed og en bestræbelse på at skærpe kontrollen af den? (Foucault, 1978)

Canadian Association of Midwives is an organization that is rooted in the feminist movement and has a history of commitment to human rights and social justice... We are committed to including...marginalized communities in our central dialogue and ensuring that CAM is inclusive in its statements, actions and in all aspects of its work. These priorities are not established by the needs of the majority but by the importance of the inclusion of all people (CAM, 2015, Statement on Gender Inclusivity and Human Rights)

8. REFERENCER

- Alvesson, M (2011): "Intervjuer: genomförande, tolkning och reflexivitet" (1. uppl.) Liber AB
- Ahmed, Sara (2017): Podcast Killjoy.fm: "Living a feminist life", 24.5.2017: <https://novaramedia.com/2017/05/24/living-a-feminist-life/>
- AIDS Fondet (2017): "Min læge sagde, at lesbiske slet ikke kunne få sexsygdomme"- Undersøgelse om seksuel sundhed blandt lesbiske, biseksuelle, queers og kvinder, der har sex med kvinder", AIDS-Fondet v/ Karen Ewers Haahr
- Amnesty International (2016): "Transkønnedes adgang til sundhed i Danmark - en opfølgning på Amnestys rapport fra 2014". Amnesty International; 2016
- Brinkman, S & Kvale, S (2015): Det kvalitative forskningsinterview som håndværk, Hans Reitzels forlag
- Birkler, J (2005): "Videnskabsteori", Munksgaard
- Bryman, A (2008): "Samhällsvetenskapliga metoder", (2. Uppl.), Liber AB
- Charter, R, Ussher, J, Perz, J & Robinson, K (2018): "The transgender parent: Experiences and constructions of pregnancy and parenthood for transgender men in Australia" International Journal of Transgenderism, Jan-Mar2018; 19(1): 64-77. 14p.
- Collin, F. & Køppe, S (2003): "Humanistisk videnskabsteori", Forlaget DR Multimedie
- Cryos.dk: <https://dk-da.cryosinternational.com/>
- Dam, E L (2018): "Når mænd føder børn En menneskeretlig analyse af de danske regler om registrering af retligt forældreskab for personer, som har skiftet juridisk køn". Tidsskriftet Retskraft. Volume 2, No. 1, 2018
- Dansk Fertilitetsselskab: <https://fertilitetsselskab.dk/>
- Dreyfus, H L & Rabinow, P (1982): "Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics", Second edition, The University of Chicago Press, 1982, 1983
- Erschens Appel, A og Riishede Hansen Riishede, M (2017): "Transkøn og reproduktion - En kvalitativ undersøgelse af 4 transkønnedes oplevelser, erfaring og ønsker omkring fertilitet og reproduktion i forbindelse med kønskorrigerende behandling", AAU

Etisk Råd (1989): "Årsrapport1989", Etisk Råd.

Etisk Råd redegørelse (1995): "Kunstig befrugtning. Redegørelse", Etisk Råd

Etisk råd.dk (2017): "Anbefalinger omkring dobbeltdonation":
<http://www.etiskraad.dk/~media/Etisk-Raad/Etiske-Temaer/Assisteret reproduktion/Publikationer/2017-Det-Etiske-Raads-anbefalinger-omlovliggørelse-af-dobeltdonation.pdf>

Foucault, M (1978): "Seksualitetens historie 1. Viljen til viden", Bibliotek Rhodos

Foucault, M (2003): "Society Must Be Defended". New York: Picador.

Følner B., Dehlholm M., Christiansen J (2015): "Nydanske LGBT-personers levevilkår". Als Research for Ministeriet for Børn, Undervisning og Ligestilling

Goldberg, A (2010) "Lesbian and Gay Parents and Their Children – Research on The Family Life Cycle", American Psychological Association

Golombok, S (2015): Modern families: Parents and children in new family forms". Cambridge, UK: Cambridge University press

Gregg, I (2018): "The healthcare experiences of lesbian women becoming mothers", 2018

Gransell, L & Hansen, H (2009): "Lige og Ulige? Homoseksuelles, biseksuelles og transpersoners levevilkår", CASA, 2009

Graugaard, C., Klarlund Pedersen, B. og Frisch, M (2015): "Seksualitet og sundhed", Rapport for Vidensråd for Forebyggelse

Gruskin, S, Everhart, A, Olivia, D, Baral, S, Reisner, S L, Kismödi, E, Cruz, D, Klemmer, C, Reich, R M, Ferguson, L (2018): "In transition: ensuring the sexual and reproductive health and rights of transgender populations." A roundtable discussion, Reproductive Health Matters, 26:52, 21-32

Halberstam, J (2012): "Gaga feminism, sex, gender and the end of normal". Beacon Press.

Heede, D (2001): "Det tomme menneske. En introduktion til Michel Foucault" København: Museum Tusulanums Forlag; 2001: 29-110

Hoffkling, A, Obedin-Maliver, J and Sevelius, J (2017): "From erasure to opportunity: a qualitative study of the experiences of transgender men around

pregnancy and recommendations for providers”, BMC Pregnancy and Childbirth 2017, 17(Suppl 2):332

Klittmark, S, RNM1, Garzon, M, RNM1, Andersson, E, RNM, PhD1 and Wells, B M, PhD2 (2018): “LGBT competence wanted”, Department of Women’s and Children’s Health, and Department of Public Health Sciences, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden. Scandinavian journal of caring sciences, 2018

Kulick, D (Red) (2005): ”Queersverige”, Bökforlaget Natur och Kultur, Stockholm, 2005

Johansen K., Laursen B., Juel K (2015): ”LGBT-sundhed. Helbred og trivsel blandt lesbiske, bøsser, biseksuelle og transpersoner”. Statens Institut for Folkesundhed. Syddansk Universitet

Johnsdotter, S (2012): ”Sexualitet och kultur”, av Plantin, L & Månsson S-A(red.) (2012): ”Sexualitetsstudier”, Liber.

Jyllandsposten (2019): ”Ny KD-formand slår politikken fast: Enlige og homoseksuelle skal ikke have statens hjælp til at få børn”, af Berit Ertman. 13.maj, 2019.

Krabbe, M (2010): ”En undersøgelse af den sygeplejefaglige identitet”, PhD, Cph Business School

Lehn-Christiansen, S, Liven, A, Dybbroe, B, Holwen, M, Thualgant, N, Aaman, I C, Nordenhof, B (2016): ”Ulighed i sundhed – Nye humanistiske og samfundsvidenskabelige perspektiver”, Frydenlund Academic

LGBT Danmark (2018): LGBT historie i Danmark, tilgængeligt: <http://lgbt.dk/om-os/historie/>

Light A., Obedin-Maliver J., Sevelius J., Kerns J (2014): ”Transgender Men Who Experienced Pregnancy After Female-to-Male Gender Transitioning”, Obstetrics & Gynecology 2014; 124 (6): 1120-27

Macdonald, T (2016):
“Transmasculine individuals' experiences with lactation, chestfeeding, and gender identity: A qualitative study”

Malterud, K (2008): ”Kvalitative metoder i medicinsk forskning”. Universitetsforlaget

Mamo, L (2007): ”Queering reproduction: Achiving pregnancy in the Age of Technoscience”, Duke university Press

- Mamo, L (2013): "Queering the Fertility Clinic", Springer Science+Business Media New York 2013
- Meyer, I. (2007). "Prejudice and Discrimination as Social Stressors". I Meyer, I. & Northridge, M (red.): The health of sexual minorities. Public health perspectives on Lesbian, gay, bisexual and transgender population. New York: Springer.
- Müller, A (2018) Beyond 'invisibility': queer intelligibility and symbolic annihilation in healthcare, *Culture, Health & Sexuality*, 20:1, 14-27,
- Müller, A. Meer, T (2017): "They treat us like we're not there": Queer bodies and the social production of healthcare spaces". Gender, Health and Justice Research Unit, University of Cape Town, Cape Town, South Africa. *Health&Place* 45 (2017) 92-98
- Munk-Sadjadi, L (2018): "Når kvinder får børn med kvinder – En kvalitativ undersøgelse af udfordringer og oplevelser hos lesbiske forældrepar i sundhedsvæsenet i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel", *Sociologi*, AAU
- Nielsen Baagøe, S & Hansen Riss, G (2016): "Køn, seksualitet og mangfoldighed", *Samfundslitteratur*.
- NIKK.no - Nordisk information för kunskap om kön:
<https://www.nikk.no/kunskap/>
- Nordens Velfærdscenter: <https://nordicwelfare.org/da/>
- Petersen Nebeling, M (2009): "Fra barnets tarv til ligestilling: En queerteoretisk undersøgelse af Folketingets forhandlinger om kunstig befrugtning". *Tidsskriftet Kvinder, Køn & Forskning*, no. 2, 2009
- Petersen Nebeling, M (2012): "Somewhere, over the rainbow Biopolitiske rekonfigurationer af den homoseksuelle figur". Center for Kønsforskning Institut for Nordiske Studier og Sprogvidenskab
- Petersen Nebeling, M (2014): "Da homoen blev familieduelig: En queerteoretisk diskursanalyse af folketingsforhandlingerne om homoseksuelles adgang til adoption 1988-2010". Center for Kønsforskning Institut for Nordiske Studier og Sprogvidenskab
- Ransom, S J (1997): "Foucault's discipline. The Politics of Subjectivity". Duke University Press.
- Regeringen (2019): "Handlingsplan til fremme af tryghed, trivsel og lige muligheder for LGBTI-personer". Udenrigsministeriet

Rigsrevisionen (2019): "Beretning om forskelle i behandlingskvaliteten på sygehusene", Folketingets Rigsrevision.

Russell Bernard, H (2002): "Interviewing: Unstructured and Semistructured". Research methods in anthropology. Sid 202-238. New York: Altamira Press

Stryker, S (2008): "Transgender History". Berkely, Seal Press.

Sundhedsstyrelsen (2011): "Ulighed i sundhed – Årsager og indsatser", SST

SOU (2017): "Transpersoner i Sverige – Forslag for stærkt ställning och bättre levnadsvillkor", 2017. Statens offentliga utredningar. SOU 2017:92

Sundhedsloven. Tilgængelig: <https://danskelove.dk/sundhedsloven/208>

Taylor, D (2011): "Michel Foucault Key Concepts". Edited by Dianna Taylor. Accumen.

Tved, C (2010): "Ikke-heteroseksuelle familiers møde med sundhedsvæsenet under graviditet, fødsel og barsel". Bachelor, Professionshøjskolen Metropol Kbh '+09876543

Weirsøe Mogensen, M (2017): "Barnløshed, fertilitetsbehandling og seksualitet - et kvalitativt interviewstudie om seksuelle udfordringer, mestring, anerkendelse og den sundhedsprofessionelles rolle", Master, AAU

Witthøfft, A (2016): "Sundhedsvæsenet svigter de etniske patienter", Sygeplejersken 2016; (9) 22-26.

7. BILAG

7.1. Bilag 1 - Interviewguide

Interview-guide

Overordnet fokusområde:

At undersøge hvordan LGBTQI+ personers seksualitet og intime relationer påvirkes af dels selve fertilitetsbehandlingen og dels af kontakten med fertilitetsbehandlingssystemet og sundheds-personalet.

Hovedspørgsmål:

1. Hvilke forventninger og tanker lå forud for opstart af fertilitetsbehandlingen?
2. Var der strukturelle barrierer før eller undervejs i behandlingen – Økonomiske, juridiske, sociale/kulturelle?
3. Hvad har jeres oplevelser været i fertilitetsbehandlingssystemet i relation til at have normbrydende seksualitet/køn/familieform?
4. Hvilke videns-ressourcer og hvilke sociale ressourcer har I hhv. fået via sundhedssystemet og selv opsøgt undervejs ifht det at danne familie og være i fertilitetsbehandling?
5. Har forløbet påvirket jeres seksualitet, sexliv, jeres intime relation(er) og i givet fald hvordan?
6. Oplever at seksualitet, køn og sex spiller en rolle ifht at være i fertilitetsbehandling og stifte familie?

Således temaer: Erfaringer og forventninger forud for opstart af behandling/Strukturelle barrierer/Oplevelser i fertilitetsbehandlingssystemet/Vidensressourcer og sociale ressourcer/Påvirkning af seksualitet og intimitet/Seksualitet, køn og sex i fertilitetsbehandling – hvilken rolle spiller det?

Indledning

Introduktion af mig og studiet. Det skriftlige informationsbrev gennemgås. Samtykke erklæring. Introduktion af rammerne for interviewet – tidsramme, strukturering, mulighed for pauser, mulighed for afbrydelse. Opsamling og afslutning, kontaktinformationer sikres.

- Er der ord eller sprog som I foretrækker brugt i relation til krop, køn, seksualitet, anatomi etc. Og er der ord eller begreber I foretrækker at jeg ikke bruger?
- Fortæl kort om jer selv: Alder, køn, race/etnicitet, seksualitet, beskæftigelse, jeres relationsstatus

1. Behandlingsopstart og det første møde med systemet

Havde I indledende strukturelle, juridiske, økonomiske udfordringer op til behandling?

Giv et kort oprids af jeres fertilitetsbehandlingshistorik – Tidslinje, behandlingsbehov, behandlingssted, donor/sæd, hvor er du/I lige nu i processen? Hvilke erfaringer med sundhedsvæsenet har I fra tidligere? (ifht seksualitet og køn?)

Søgte I behandling et bestemt sted og hvorfor?

Hvad var jeres forventninger og tanker før det første møde og/eller den første behandling?

2. At være i behandling

Hvordan var kontakten med personalet? Hvordan følte I jer modtaget?

Specifikt til medforælder/partner: Hvordan var det at være med som partner i relation til personale?

Hvilke følelser og tanker satte det i gang at være patient/er i systemet?

Var I åbne i jeres omgangskreds om at I var i behandling?

3. Om information, viden og ressourcer

Fik I af personalet udleveret materiale eller henvisninger til andre ressourcer?

Fandt I nogen selv? Hvilke?

Har I trukket på netværk, organisationer, grupper, venner, familie eller lign. For supplerende viden?

Har nogen med en sundhedsfaglig baggrund talt med jer om seksualitet og sex i processen?

Hvordan følte I jer (konkret som individer, som par, som familieform) *spejlet og mødt* undervejs?

Er der noget I har følt at I har manglet eller savnet ifht viden om behandlingsprocessen, bivirkninger, undersøgelser eller lignende?

4. Konkret fertilitetsbehandling (Forstået som: Medicin, blodprøver, scanninger, indvendige undersøgelser, æg-udtagning, æg-oplægning, insemination mv.)

Hvis der er modtaget hormonbehandling undervejs:

- Hvordan oplevede I dette?

- Hvordan spillede hormonbehandling ind på jeres hverdag og intime samliv?

Hvordan oplevede I det at skulle lægge krop til undersøgelser og invasiv behandling? /overvære at partner lagde krop til?

Hvis der er modtaget IVF-behandling:

- Hvordan var beslutningen om at takke ja til IVF?

- Hvordan oplevede I IVF-behandlingen?

- Ændrede IVF behandlingen noget i relation til krop, seksualitet og intimitet?

5. Sex, seksualitet og intimitet

Hvilken rolle har reproduktion tidligere spillet i jeres seksualitet, individuelt og sammen?

Har det/Hvordan påvirket jer, individuelt og sammen, at reproduktion er trukket ind i jeres samliv?

Hvordan/Har selve behandlingsprocessen spillet ind på jeres hverdag og intime samliv?

Har I oplevet konkrete forandringer og påvirkninger i jeres relation til egen krop, til sexlyst, i jeres relation undervejs?

Hvis I har haft udfordringer undervejs - Hvordan har I tacklet dem? Har I modtaget hjælp udefra?

6. Sex-, køns- og seksualitetskompetencer i fertilitetsbehandling

Adskiller behovene hos fertilitetsbehandlede queer-personer sig fra heteroseksuelles i fertilitetsbehandling? Hvis ja, hvordan?

Ser I et behov for LGBTQI+ kompetencer hos personalet i fertilitetsbehandlingssystemet eller er det mindre vigtigt ifht. Behandlingen og målet om graviditet?

Hvis økonomi og jura ikke var en barriere, ville I så opsøge behandlingssteder som var specifikt rettet mod LGBTQI+ personer eller er dette ikke relevant for jer?

ENGELSK VERSION

1. Initiating treatment and the first meeting with the system

Can you tell me briefly about your fertility treatment-process – Donor/sperm, What kind did you need, where did you seek treatment, where are you right now? Did you initially have any structural, juridical, financial, social/cultural barriers before you got to start treatment?

What were your experiences with the healthcare system specifically regarding sexuality and gender?

Did you seek treatment any specific place regarding this?

What were your expectations and thoughts before the first meeting on the clinic?

Did you prepare in any way? How?

2. Being in treatment

How did you experience being a part of the fertility treatment system?

How was your contact with the staff and healthcare personnel?

Specifically for co-parent/partner: How was it for you as a co-parent?

What thoughts and emotions came up around being a client/patient?

Were you open about your process in your social/family circles and how did you use your personal network underway?

3. Information, knowledge and resources

Did the staff give you any material, leaflets or other information? Did you seek some yourself?

Have you used network, NGOs, activist groups, friends, family to supplement your knowledge?

Did anyone from the healthcare system talk to you about sex, sexuality and intimacy in this process?

How did you, as individuals, as a couple, as a family, feel represented and reflected in the system?

Is there something specific that you missed or thought lacking about treatment, sideeffects, examinations etc?

4. Concrete fertility-treatment (As in: Medicin, bloodtests, scans, internal examinations, handling eggs, insemination etc)

If hormones were given:

- How was it? Did it have an effect on your daily life and intimacy?

How was it body-wise to be exposed to invasive examinations and treatments?

If IVF treatment was received:

- How was it to have to make the decision about IVF?

- How did you experience the IVF treatment=

- Did IVF change anything in relation to body, sexuality and sex?

5. Sex, sexuality and intimacy

How (did) the overall treatment process affect your daily life and intimacy as a couple?

Were there structural challenges and barriers that were specifically relevant regarding sex and sexuality?

Did you experience any concrete changes and effects on your relation and sexuality along the way? Individually and together as a couple?

Did you have challenges during this process, and if yes, how did you handle them? Did you receive any outside help?

6. Sex-, gender- and sexuality competences in fertility-treatment

In your view – is sex, gender and sexuality relevant to fertility-treatment?

How/why?

Does the need for queer-people in fertility-treatment separate from the needs for straight people? If yes, how do you think so?

Do you see a need for LGBTQI+ competences in the healthcare system regarding fertility-treatment? Or is this less important in relation to the actual goal of a pregnancy?

If law and finances weren't a barrier, would you deliberately seek out clinics that had those competences or profiles? And if yes, why?

7.2. Bilag 2 – Informationsbrev

Identificerer du dig på LGBTQI+ spektret og har du eller din partner erfaring med fertilitetsbehandling aktuelt eller inden for de seneste 24 måneder?

Jeg søger deltagere til et interviewstudie

På trods af en stigning i antallet af familier hvor en eller flere identificerer sig på LGBTQI+ spektret og har benyttet fertilitetsbehandling til at stifte familie, så findes der meget begrænset viden om hvordan denne gruppe oplever kontakten med fertilitets-behandlingssystemet samt hvordan kontakten og behandlingen påvirker deres seksualitet. Som jordemoder oplever jeg desuden en tendens til at fertilitets-behandlingshistorien i jordemoderkredse opfattes som irrelevant når først graviditet er opnået, hvor min erfaring fra mit arbejde som jordemoder er at fertilitetsprocesserne kan vedblive at fylde både psykisk og fysisk i forbindelse med graviditet og fødsel.

Formålet med dette studie er derfor at undersøge hvordan LGBTQI+ personers seksualitet og intime relationer påvirkes af dels selve fertilitetsbehandlingen og dels af kontakten med fertilitetsbehandlingssystemet og sundhedspersonalet. Resultatet kommer til at belyse et område hvor der foreligger begrænset med forskning i en nordisk kontekst. Studiet sigter til at synliggøre erfaringer og oplevelser fra en gruppe som tildeles stadigt flere reproduktive rettigheder og muligheder, men som forskning også viser ofte har dårlige erfaringer med bl.a. sundhedsvæsenet i form af diskrimination og stigmatisering.

Jeg søger dig/jer som er LGBTQI+ identificeret, som har erfaring med fertilitetsbehandling inden for de seneste 24 måneder og som i forbindelse med behandling har været åben om din seksualitet og/eller kønsidentitet overfor personale og sundhedssystem. Udkommet af behandlingen er ikke relevant, så du kan deltage selvom du eller din partner ikke har opnået graviditet. I kan deltage som par, som +2 forældre eller som enkeltperson, og man kan deltage selvom man er solo-forælder.

Med en baggrund som jordemoder og sexolog har jeg forståelse for at samtaler om dette område kan være sårbart og følsomt, samt at mange i målgruppen har erfaringer med traumer og overgreb. Jeg er indstillet på dette og har erfaring og kompetence til at håndtere sådanne situationer i fald de opstår. Interviewet kan naturligvis pauses ved behov og alternativt afbrydes.

Interviews udføres på mit kontor i Kbh., eller på et sted du/I foretrækker.

Interview kan også foregå via Skype. Hvert interview forventes at tage cirka 60 min. og vil blive optaget på diktafon. Deltagelse er helt frivillig og kan som nævnt til enhver tid afbrydes. Interviews forventes udført i december og januar.

Fortrolighed garanteres. Udefrakommende får ikke del i materialet. Data vil alene kunne tilgås af mig som forsker og vil blive destrueret så snart projektet er godkendt. I udskriften af materialet vil alle deltagere blive anonymiseret undervejs og offentliggørelse af projektet vil således indebære total anonymitet samt sløring af muligheder for at koble citater til specifikke deltagere.

Personoplysninger vil blive håndteret i overensstemmelse med EU's databeskyttelseslov (GDPR). En samtykkeblanket til håndtering af personoplysninger vil indgå i din deltagelse

Projektet vil blive offentliggjort som en masteropgave/et speciale i sexologi.

Har du lyst til at deltage i ovenstående? Eller har du spørgsmål og vil vide mere?
Du er velkommen til at kontakte mig på tlf. +45 31337434 eller sende en mail:
camillalupka@gmail.com

7.3. Bilag 3 – Samtykkebrev (vejleder)

Projektets titel: Fertilitetsbehandling og queer-seksualitet	Datum: 18. oktober 2018
Studieansvarig/a: (student/er) Camilla Tved camillalupka@gmail.com Tlf: +45 31337434 Handledare: Charlotta Carlström charlotta.carlstrom@mau.se	Studerar vid Malmö universitet, Fakulteten vid hälsa och samhälle, 205 06 Malmö Utbildning: Masterprogrammet i sexologi Nivå: avancerad

7.4. Bilag 4 - Samtykkebrev (deltager)

Samtycke från deltagare i projektet

Projektets titel: <i>(ifylles av student)</i> ”Queer-seksualitet og fertilitetsbehandling”	Datum: <i>(ifylles av student)</i> 18. okt. 2018
Studieansvarig/a: <i>(ifylles av student)</i> Camilla Tved Din E-post Camillalupka@gmail.com	Studerar vid Malmö universitet, Fakulteten vid hälsa och samhälle, 205 06 Malmö, Tfn 040-6657000 Utbildning: Master-programmet i sexologi
<p>Jag har muntligen informerats om studien och tagit del av bifogad skriftlig information. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.</p>	
<p>Jag lämnar härmed mitt samtycke till att delta i ovanstående undersökning:</p> <p>Datum:</p> <p>Deltagarens underskrift:</p>	