

Masterafhandling ved Masteruddannelsen i Sexologi
Aalborg Universitet

Transkøn og reproduktion

En kvalitativ undersøgelse af 4 transkønnedes oplevelser, erfaring og
ønsker omkring fertilitet og reproduktion i forbindelse med
kønskorrigerende behandling

Udarbejdet af:

Anja Appel Erschens Studienummer: 20152689

Mette Riishede Hansen Studienummer: 20156812

Måned og år:

Maj 2017

Vejleder:

Christian Graugaard

Antal anslag:

145.242

Resume

Baggrund

Fertilitet og reproduktion er temaer, der traditionelt ikke vægtes særlig højt i forbindelse med udredning og behandling af transkønnede i det danske sundhedssystem. Med den nylige lovændring, der tillader juridisk kønsskifte uafhængigt af kastration, har transkønnede nu mulighed for at bevare reproduktive organer og har dermed mulighed for at få biologiske børn også efter kønsskifte. For at imødekomme transkønnedes behov for fertilitetsbevarende behandling og reproduktionsmuligheder bedst muligt er det væsentligt at undersøge, hvilke erfaringer, overvejelser og ønsker de transkønnede selv har i den forbindelse.

Metode

Afhandlingen er udført ved kvalitativ metode med en fænomenologisk-hermeneutisk tilgang. Empirien er indsamlet ved hjælp af semistrukturerede, kvalitative forskningsinterviews med 4 transkønnede informanter (2 FtM og 2 MtF). Disse interviews blev efterfølgende transskriberet og derefter analyseret ved hjælp af meningskondensering, hvorved der fremkom 3 hovedtemaer med 7 tilhørende undertemaer: kønsidentitet, sundhedssystemet og reproduktion.

Derudover er der udført ekspertinterview med lægefaglig sundhedsprofessionel.

Konklusion

De transkønnede har, ligesom resten af befolkningen, ønsker og drømme, når det kommer til reproduktion og familieliv. Samlet set kan vi konkludere, at de transkønnede i den forbindelse møder omfattende barrierer på flere niveauer: individplan, interpersonelt, institutionelt samt på statsniveau.

Disse barrierer er funderet i lovgivningsmæssige begrænsninger, samfundets stigma, strukturelle og økonomiske barrierer inden for sundhedssystemet, manglende forståelse fra de sundhedsprofessionelle samt kropsdysfori hos de transkønnede.

Abstract

Background

Traditionally, fertility and reproduction are not very prominent themes in the diagnostics process and treatment of transgender patients in the Danish healthcare system. As a result of a recent legislative change, which allows legal gender reassignment without castration, transgender persons now have the opportunity to keep their reproductive organs and thus the opportunity to have biological children after gender reassignment. In order to accommodate transgendered persons' needs regarding fertility preservation and reproductive options, it is essential to investigate the experiences, thoughts and wishes of the transgender persons themselves.

Method

The prime method for data sampling for this study is qualitative interviews. Data was collected through semi-structured interviews with 4 transgender respondents (2 MtF and 2 FtM). The interviews were then transcribed and analysed by means of content analysis, which revealed 3 main themes and 7 subthemes: gender identity, the healthcare system, reproduction.

An additional interview was conducted to get an expert view from a medical healthcare professional.

Conclusion

Transgender persons, like the general population, have dreams and wishes concerning reproduction and starting families. The overall conclusion of this study is that transgender persons face multiple barriers on several levels: internally, interpersonally, institutionally and legally.

These barriers are founded in legislative limitations, community stigma, structural and economic barriers in the healthcare system, lack of understanding in health care professionals and transgender body dysphoria.

Indholdsfortegnelse

1. INDLEDNING	1
2. BAGGRUND	2
2.1 Kønsteori	2
2.1.1 Foucault	3
2.1.2 Butler	5
2.1.3 Biologisk og socialt køn.....	6
2.1.4 Transkøn.....	6
2.2 Samfundsteori	8
2.3 Seksualitet, sundhed og rettigheder.....	10
2.4 Behandlingen af transkønnede	12
3. BEGREBSAFKLARING.....	16
4. FORMÅL OG FORSKNINGSSPØRGSMÅL.....	17
5. LITTERATURSØGNING	17
6. VIDENSKABSTEORETISK UDGANGSPUNKT	20
7. METODE	21
7.1 Kvalitativ metode	21
7.2 Tematisering.....	22
7.2.1 Egen forforståelse	22
7.3 Design	23
7.3.1 Etik.....	24
7.3.2 Udvælgelse og rekruttering af informanter.....	24
7.3.3 Rammer for interviewet	27
7.3.4 Interviewguide	27
7.3.5 Ekspert-interview.....	29
7.4 Transskribering.....	29
7.5 Analyse	29
7.6 Verificering	30
7.7 Rapportering.....	30
8. RESULTATER	30
8.1 Kønsidentitet	31
8.1.1 At føle sig forkert.....	31
8.1.2 At blive et helt menneske	33

8.2 Sundhedssystemet	36
8.2.1 Mødet med sundhedsprofessionelle	36
8.2.2 Samtalen om reproduktion	39
8.3 Reproduktion	41
8.3.1 Reproduktion knyttet til bio-køn	41
8.3.2 Refleksioner over reproduktion	43
8.3.3 Forælderroller	46
9. DISKUSSION	47
9.1 Samfunds- og lovgivningsmæssige barrierer	48
9.1.1 Samfund	48
9.1.2 Lovgivning	52
9.1.3 Udredningen på sexologisk klinik	54
9.2 Mødet med sundhedssystemet og den sundhedsprofessionelle	56
9.2.1 Strukturelle barrierer	56
9.2.2 Sundhedsprofessionelle	59
9.3 De transkønnede selv	63
9.3.1 Kropsdysfori	64
9.3.2 Tidsperspektiv	67
10. KONKLUSION	69
11. PERSPEKTIVERING	72
12. LITTERATURLISTE	74
13. BILAGSFORTEGNELSE	78

1. INDLEDNING

Køn har altid en tid og et sted - og de gode gamle dage, hvor en mand var en mand og en kvinde en kvinde, er for længst forbi.

Lige nu og lige her er transkøn et begreb, der får opmærksomhed på mange områder, og uagtet at de transkønnede statistisk set udgør en meget lille gruppe, udfordrer verserende mediedebatter omkring transkønnethed og kønsskifteproblematikker, de gængse opfattelser af køn.

Historien om den transkønnede Lili Elbe (1), der i 1930 rejste til Tyskland for som en af de første i verden at undergå en kønsskifteoperation, har gennem filmen "*Den danske pige*" fra 2015 sat ansigt og fortælling på en identitetskonflikt, der for de fleste virker fremmed og svær at forstå. Lili fik foretaget en livmodertransplantation - med det håb at hun efterfølgende ville kunne blive gravid og føde et barn; hun døde kort tid efter operationen som følge af komplikationer, og opnåede aldrig at få opfyldt sit brændende ønske om at bære et barn og blive mor (1).

Amerikaneren Thomas Beatie (2), der i 2002 fik foretaget kønskorrigerende indgreb, skabte i 2007 uorden i kønsbegreberne, da han stod frem - højgravid og med fuldskæg - som den første "gravide mand". Dermed legemliggjorde han kønnets biologiske og sociale betydning ved at præsentere verden for en hybrid af den skarpt binære kønsforståelse (2).

Transkøn og reproduktion er således atter sat på dagsordenen. Drømmen om forældreskab er den samme, selvom scenen er en anden og senmodernitetens omskiftelighed har fremelsket nye teknologiske muligheder - og hvor stiller det så de transkønnede?

Med vores respektive baggrunde som henholdsvis jordemoder og pædagog udfordres vi af de transkønnedes ønsker om og muligheder for graviditet, fødsel og forældreskab. Hvad stiller vi op som fagfolk? Hvad er mulighederne? Hvordan håndterer vi de transkønnedes tanker, forestillinger og ønsker, og hvad mener de transkønnede selv?

2. BAGGRUND

Som fundament for afhandlingen vil følgende baggrundsafsnit indeholde en beskrivelse af det senmoderne landskab, de transkønnede bevæger sig i, for på denne måde at illustrere hvordan opfattelsen af køn og samfundsmæssige vilkår, kan have betydning for forhold omkring transkøn og reproduktion. Efterfølgende redegøres for seksuelle og reproduktive rettigheder med særligt fokus på LGBT-rettigheder. Til sidst vil der komme en gennemgang af rammerne for varetagelsen af transkønnede i Sexologisk Klinik.

2.1 Kønsteori

Gennem de sidste årtier er der i den vestlige verden sket et markant skred i de traditionelle samfundsværdier. Samfundet er i dag i løbende forandring og livet i den senmoderne kultur ligger langt fra tidligere tiders traditionelle livsforløb.

Vi lever således midt i et paradigmeskift, hvor der ikke er klar konsensus omkring værdier og normer, i en tid hvor grænser er flydende, og hvor man ikke længere klart kan defineres ud fra sit køn eller sin seksuelle praksis - hvor det er tilladt at eksperimentere og lege med kønnet og seksualiteten, uden at blive placeret i bestemte kategorier (3).

I takt med at mænd og kvinder opnår samme rettigheder og på mange måder deltager på lige fod i alle livets aspekter, udviskes forskellene, og de unikke kønnede karakteristika og roller, der tidligere var åbenlyse og selvfølgelige, er nu til forhandling (3).

For at forstå og placere vores forståelse af køns betydning og udvikling i samfundet, er det nødvendigt med et kort historisk tilbageblik på hvordan køn, krop og seksualitet har været forstået og praktiseret frem til i dag.

Den amerikanske seksualitetshistoriker Thomas Laqueur (4) demonstrerer ved hjælp af det han kalder "et- og tokønsmodellerne" hvordan forestillingerne om køn ændrer sig og altid skal ses den kulturelle kontekst det leves i.

I 1700-tallet var opfattelsen, at der kun fandtes ét defineret biologisk køn, som kunne have to forskellige fysiske udtryk, et udadvendt (penis) og et indadvendt (vagina). Grundlæggende var opfattelsen, at der var tale om mandlige kønsorganer, i

forskellige stadier af udvikling. Disse to udviklingsstadier dannede basis for to sociale køn, det maskuline og det feminine, som essentielt udgjorde samme biologiske køn, det mandlige - hvor det feminine var en mindre udviklet udgave og dermed underlagt den maskuline, fuldt udviklede form. Der var i denne biologiske forståelse af kroppen plads til, at udtryk der hørte til det modsatte sociale køn, kunne opstå, uden at det udfordrede det basale udgangspunkt om ét fysisk køn (4).

I takt med udviklingen indenfor naturvidenskaben i 1800-tallet, opstod sondringen mellem to biologiske køn med forskellige reproduktive egenskaber. Denne opsplitning af kønnene konsoliderede de kønsroller, det henholdsvis maskuline og feminine, der tidligere kun manifesterede sig i sociale køn, og gav dem dermed et biologisk fundament (4).

I anden halvdel af 1800-tallet undergik naturvidenskaben ligeledes et paradigmeskift, hvor lægevidenskaben i takt med den øgede sekularisering, begyndte at undersøge verden ved hjælp af systematiske optegnelser, opdeling og kategorisering af menneskekroppen (5).

Da den østrigske psykiater Richard von Krafft-Ebing udgav i 1886 værket "Psychopathia Sexualis" (5) opstod seksualiteten som et selvstændigt videnskabeligt undersøgelsesfelt. Krafft-Ebing kategoriserede den seksuelle adfærd og dens variationer ud fra en biologisk betragtning og opsatte således - med afsæt i en patologisk forståelse - rammerne for "normal" og "afvigende" seksuel opførsel. Man tog på denne måde udgangspunkt i en essentialistisk og binær tænkning og knyttede afvigelserne til det enkelte menneske som en iboende faktor, uafhængigt af øvrige sociale konstruktioner og normer. Seksualiteten gik således fra at være noget man gjorde, til at være noget man var (5,3).

2.1.1 Foucault

For at vise hvordan seksualiteten og kønnet kan forstås i senmoderniteten, kan man tage udgangspunkt i den franske idéhistoriker og filosof Michel Foucault - en af de teoretikere der i nyere tid har præsenteret et socialkonstruktivistisk vidensregime, hvor han beskriver et system af *tale, viden, sandhed og magt* (6).

Foucault bruger begrebet diskurs om en gruppe af systematiserede *udsagn*, der skaber objektivitet og subjektivitet og dermed skaber *viden* om og relationer mellem,

forskellige kategorier for at opnå *sandhed* - en konstruktion hvor et vidensregime dermed udpeger sandt og falsk viden i en given tid (6).

På denne måde siger Foucault, at der indenfor en given diskurs findes et sæt af sandheder, som skaber objektiviteter, der udstikker de rammer, subjektiviteterne kan forstå sig selv indenfor. Han anfører således, at diskurserne producerer viden, og at den viden om subjektet/mennesket giver *magt* til at definere normer der regulerer individets adfærd, hvorved samfundet installerer idealer og forståelser i individet (6).

Ser vi på køn ud fra et Foucaultsk perspektiv, vil talen om køn skabe en viden og dermed en sandhed omkring opfattelsen af køn (skabelsen af objektiviteter).

På denne måde skabes kategorierne mand og kvinde, med faste vedtagne regler for hvilken opførelse og rolle der forventes af det enkelte køn.

Denne opfattelse internaliseres af mennesket (skabelsen af subjektiviteter) der dermed absorberer denne opfattelse og ser sit køn i relation til dette.

Kønnet er dermed et diskursivt konstrueret begreb, der afgøres af de objektive sandheder diskursen har skabt et givent sted i en given tid.

Transkønnede har dermed en konfrontation med den objektive sandhed, fordi de gør noget andet end det, den cis-normative tilgang angiver, men også med deres egen subjektive opfattelse, idet de er bevidste om at de afviger fra den internaliserede norm omkring køn.

Denne magt taler Foucault blandt andet om i relation til seksualiteten, hvor han bruger begrebet "biomagt" (6,7).

I relation til Krafft-Ebings kategorisering af perversionerne, hvor afvigelserne som før nævnt blev knyttet til det enkelte menneske som en iboende egenskab, så Foucault dette arbejde som en måde at regulere de afvigende former for seksualitet og dermed forsøge at begrebsliggøre og internalisere dem:

"At alle de ting der tidligere blev tolereret vakte opmærksomhed og fik heftet en nedsættende betegnelse på sig, da den eneste seksualitetsform der var i stand til at reproducere arbejdskraften og familiestrukturen med tiden fik tildelt en regulerende rolle...Det var gennem isoleringen, intensiveringen og konsolideringen af perifere seksualitetsformer at magtens forhold til køn og lystfølelse forgrenede og formerede sig, tog bestik af kroppen og gennemtrængte adfærdsmønstrene" (7).

Gennem diskurser omkring sundhed og sygdom har man således kunnet udpege bestemte grupper af mennesker - for eksempel de transkønnede, som objekter for

kategorisering og videnskabelige undersøgelser. Dermed har man kunnet producere en viden og dermed en sandhed omkring transkøn og sætte den op imod den "normale" heteronormative kønsopfattelse, ligesom den transkønnede har fået en identitet som transkønnet.

Resultatet af dette danner således grundlag for at samfundet "opstiller" love og handlingsanvisninger, der regulerer den almene opfattelse af flere områder - herunder eksempelvis transkønnedes reproduktion.

Den enkeltes erkendelse vil på denne måde altid være socialt konstrueret og diskurser rummer dermed ikke sandheden i større udstrækning, end at det netop er en given diskurs, placeret i tid og sted, der definerer normen.

2.1.2 Butler

I takt med at kønnet igen blev emne for debat, kom der i 1990'erne en ny bevægelse, båret frem af 70'ernes feministiske teorier om køn og ligestilling. Denne bevægelse gjorde ikke bare kvindeskønnet, men hele begrebet køn til genstand for kritik, hvilket udmøntede sig i det, der ganske hurtigt formuleredes til egentlig queer-teori (8,9).

Den amerikanske filosof og queer-teoretiker, Judith Butler (8) hævder, at selve begrebet køn er konstrueret, og at hele bevidstheden om både biologisk og socialt køn opstår ud af en meta-fysisk prægning, der på samme tid skaber og vedligeholder den binære kønsopfattelse i samfundet (8).

Butler har afsat i Foucaults beskrivelse af magt, strukturer og sociale konstruktioner. Hun anfægter dermed også betragtningen om køn, som andet end en diskursiv konstruktion, og definerer i stedet køn som et sæt af forventninger og normer, som individet præges med fra det øjeblik, dets biologiske køn afsløres - altså senest ved fødslen. Hun mener, at disse forventninger og normer kommer til at udgøre en magtstruktur, der sætter rammerne for den enkeltes kønnede udtryk, og som gennem utallige gentagelser både etablerer og forstærker konstruktionen om den binære, heteronormative forståelse af køn og seksualitet (8).

Butler påpeger, at kønnet altid er performativt, og skal forstås ud fra den kultur, det performes i. Hun bruger begreberne "boyning" og "girling" til at beskrive den kulturelle påvirkning, der skaber sammenhæng mellem kropstegn, identitet og adfærd, og hvordan kønnet performes indenfor en forståelsesramme, der danner mening i

forhold til et maskulint og et feminint ideal. Hun mener, at denne performance identificerer den enkeltes kønsrolle i samfundet og dermed bekræfter det, hun kalder "den heteroseksuelle matrice", hvori kønnet defineres i kraft af forplantningsevnen, og hvor den binære forståelse af både biologisk og socialt køn, sammen med det heteroseksuelle forhold, bliver normen (8).

2.1.3 Biologisk og socialt køn

Forståelsen af kønnet i den almene befolkning vil dog fortsat tage sit naturlige udspring i den gældende dikotomi der kendetegner kategorierne "mand" og "kvinde" - en konstruktion, der udover at definere et biologisk tilhørsforhold, også rummer omfattende kønsbestemte adfærdsnormer.

Senmoderniteten rummer således fortsat et sæt normer og regler der præger og udstikker handlingsanvisninger for det enkelte menneske i kraft af deres biologiske køn.

Det biologiske køn udgør kroppens genetiske udgangspunkt hvor kønskromosomer, hormoner og kønsorganer er determinerende for, hvordan individet udvikler sig og fremstår - oftest som enten mand eller kvinde.

De kønnede forskelle med hensyn til det biologiske køn kategoriseres derfor traditionelt som naturlige og manifesterede - og er dermed ikke til forhandling - og på denne måde bliver de åbenlyse anatomiske og reproduktive forskelle på mænd og kvinder afgørende for hvorledes køn og kønnede egenskaber defineres (10).

Graviditet og fødsel er dermed (indtil videre) forbeholdt den biologiske kvindekrop, med forudsætningen om en livmoder og rollen som "den der befrugtes".

Et af de områder der for alvor udfordrer vores opfattelse af køn findes således i gruppen af transkønnede - de mennesker hvor kategorierne pludselig ikke passer og biologiens selvfølgelighed udfordres.

2.1.4 Transkøn

Begrebet transkøn definerer personer, hvis tildelte køn ikke stemmer overens med deres følte køn. De kan lide af forskellige grader af krops- og/eller kønsdysfori, og kan enten identificere sig som tilhørende det modsatte køn eller som værende udenfor den binære kønsforståelse. Transkønnethed diagnosticeres ud fra en

subjektiv oplevelse af at tilhøre et andet køn end det tildelte - oftest, men ikke udelukket til, det modsatte af det biologiske køn.

Den amerikanske trans-teoretiker, Susan Stryker (9) præsenterer i sin bog "The Transgender Studies Reader" en teori af kulturkritiker Frederic Jameson, som kaldes "mirror theory of knowledge" hvori der beskrives den samfundsmæssige forventning om at verden (kønnet) præsenterer sig, som reflekteret i et spejl:

"In this seemingly commonsensical view, the materiality of anatomical sex is represented socially by a gender role, and subjectively as a gender identity: a (biological) male is a (social) man who (subjectively) identifies himself as such; a woman is similarly, and circularly, a female who considers herself to be one" (9).

De transkønnede udfordrer denne algoritme idet de kan fremstå med biologiske kønstræk der placerer dem i én gruppe, men hverken med hensyn til fremtræden, ageren i samfundet eller egenopfattelse, passer de ind i de almene opfattelser af køn.

Stryker påpeger, at den transkønnedes fremtræden for omverdenen på denne måde risikerer at blive set som en "løgn" i relation til de vedtagne kategorier, frem for den "sandhed" om det subjektivt oplevede køn, personen udtrykker (9).

Den heteronormative syn på kønnet konstituerer på denne måde en normalisering af de individer der passer ind under definitionerne af "mand" og "kvinde" og bliver modsat en kilde til stigmatisering og undertrykkelse af transkønnede i samfundet, idet de falder udenfor kategorierne (9).

Det sociale køn er forankret i det omgivende samfund og rummer en kulturel forventning om at opføre sig i overensstemmelse med de på et givent tidspunkt vedtagne mandlige eller kvindelige roller, og på denne måde definere os i samspil med andre. Transkønnede kan, som illustreret ovenfor, især i forhold til reproduktion, komme i konflikt med de begreber og roller der ligger i forældreskabet idet de netop repræsenterer en divergens mellem den biologiske og den sociale krop.

I en senmoderne verden hvor køn bliver noget sekundært, og hvor rollerne udelukkende defineres som noget tillært, kommer transkøn således til at få en meget anderledes positionering i relation til reproduktion og forældreskab.

2.2 Samfundsteori

Som beskrevet ovenfor er opfattelsen og udviklingen af køn præget af en markant samfundsmæssig, og dermed også eksistensiell, omvæltning. Der er generelt fokus på individets selvudfoldelse, rettigheder og muligheder - både i forhold til køn og seksualitet, men også indenfor områder som for eksempel uddannelse, arbejde, parforhold og familiedannelse, hvor den enkeltes lyst er blevet en større drivkraft end tradition og stabilitet.

Graugaard (3) taler om 5 adskillelsetendenser, der alle er med til at nedbryde de historisk funderede struktureringer af menneskelivet. Han tager udgangspunkt i en bred betegnelse af lysten som den drivende kraft i relationerne mellem mennesker, og tegner dermed et billede af den virkelighed senmoderniteten rummer (3).

Seksualiteten er i senmoderniteten blevet et selvstændigt fænomen, adskilt fra faktorer som: reproduktion, privatsfære, kærlighed/relation, køn og identitet, og er, som tidligere nævnt ikke en fast størrelse (3).

Hvor man førhen var bundet af den selvfølgelige, binære ægteskabelige konstellation mellem mand og kvinde, med reproduktion for øje, giver senmoderniteten mulighed for at leve i de relationer man ønsker.

Moderne teknikker har adskilt reproduktion og seksualitet gennem prævention og kunstig befrugtning og sociologen Anthony Giddens (7) bringer samme tanke i spil, når han beskriver hvordan seksualiteten er blevet "plastisk". Opløsningen af traditioner og normer medfører, at seksualiteten i højere grad knyttes til det enkelte menneske - også i forhold til valg af seksualpartnere - og dermed foldes ud til mere, og andet end reproduktion (7).

Både Graugaard og Giddens teoretiserer over vilkårene i det senmoderne forhold, hvor de begge påpeger hvordan normen er blevet mere smidig og hvordan det afvigende ikke længere skilles ud.

Graugaard adskiller lysten fra kærligheden - og beskriver hvordan man kan have sex uden kærlighed og kærlighed uden sex (3) og Giddens understreger individets uafhængighed ved at operere med begrebet "det rene forhold" som et udtryk for, at de nære relationer har andre vilkår i senmoderniteten. Kærligheden baseres på tiltrækning og forelskelse og de mere traditionelle årsager til ægteskab som

økonomisk tryghed og reproduktion, forkastes. Der er dermed ingen ydre bindinger eller forpligtelser og "serielt monogami" er blevet den alment accepterede måde at leve på (7).

I det senmoderne bliver mulighederne således mange - lyst, kærlighed og parforhold er ikke længere faste kategorier med tydelige objekter, men en legeplads af muligheder inden for køn, seksualitet og valg af egen livsførelse (3).

Graugaard viser i de øvrige adskillelsetendenser, hvordan individet har meget frie rammer for at udleve de lyster der måtte opstå. De før så faste kategorier omkring køn, seksuel orientering og regler for fremtræden i samfundet er under massiv opløsning og han konkluderer således:

" (...) at det man føler, gør og er ikke nødvendigvis (eller til evig tid) er sammenfaldende størrelser (...)" (3).

Hele dette opbrud med tidligere normer afspejles både i kulturen og lovgivningen. Der er sket en markant liberalisering af samfundet - homoseksuelle kan blive viet i kirkerne, singlelivet blomstrer og man kan lave børn på tværs af kategorier - meget symbolsk kaldet regnbuebørn - som på denne måde manifesteres i senmodernitetens mange muligheder.

Den polske sociolog, Zygmunt Bauman (11) har ligeledes fokus på senmodernitetens opløsning af de samfundsstrukturelle rammer. Han beskriver hvordan vi er gået fra en tidsalder med stor tryghed i kraft af de klart definerede rammer, men med en begrænset personlig frihed, til et samfund hvor drivkraften ligger i det frie valg, med alt hvad det indebærer af usikkerhed.

Han hæfter sig ved, at samfundets institutioner mister "moralsk autoritet" og dermed gør individet moralsk ansvarligt - og reflekterer således over, om vi i vores skiftende intime rum er i stand til at tage vare på hinanden, eller om den individuelle frihed bliver på bekostning af andre (11).

Den individuelle frihed er også i spil når individet bevæger sig væk fra det heteroseksuelle og heteronormative livsrum. Den enkeltes seksuelle spillerum bliver et offentligt anliggende i det omfang der lovgives, dannes foreninger, formuleres rettigheder med mere - alt sammen med udgangspunkt i seksualiteten og med det

senmoderne menneskes krav om accept, anerkendelse og rettigheder i alle aspekter af livet.

Jeffrey Weeks (10) bringer begrebet "Sexual citizenship" på banen som en måde at beskrive denne tendens til krav om inklusion og ligestilling med udgangspunkt i seksualiteten. Sexual citizenship har især været knyttet til LGBT-bevægelser, hvor begrebet har haft stor betydning i formuleringen af seksualpolitiske agendaer og i kampen for rettigheder. Weeks bringer også kønnet i spil som en bevægelig faktor, der rummer variationer over de tidligere så fastlåste kategorier; kønnets pluralisering skaber dermed mulighed for at leve, udtrykke og opfatte køn individuelt (10).

2.3 Seksualitet, sundhed og rettigheder

Når man taler om marginaliserede grupper, herunder transkønnede, er det nødvendigt at medtænke rettigheder især i relation til seksualitet og reproduktion. Gruppen af transkønnede har historisk set måttet kæmpe for deres ret til eksistens på lige fod med andre, der har en særlig seksuel orientering eller en kønsidentitet, der afviger fra normen.

En undersøgelse fra EU's Fundamental Rights Agency "The LGBT survey" (12) fra 2013 viser, at 10% af LGBT- personer har haft negative erfaringer, i form af en fordomsfuld tilgang fra sundhedsprofessionelle og en generel heteronormativ forståelse i sundhedsvæsenet, indenfor det sidste år, inden undersøgelsen. For gruppen af transkønnede var tallet 19% (12).

Der er således en stærk indikator på, at særligt transkønnede oplever diskrimination i forhold til en imødekommende og sufficient behandling i sundhedsvæsenet.

World Health Organisation (WHO) (13) brugte i udarbejdelsen af rapporten "Defining sexual health" følgende arbejdsdefinition for seksualitet, som er udformet med en bred og positiv forståelse af begrebet:

"Sexuality is a central aspect of being human throughout life and encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviours, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced

or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, ethical, legal, historical, religious and spiritual factors” (13).

Denne definition rummer omfattende biologiske, psykologiske og sociale dimensioner, der viser mangfoldigheden af faktorer, der påvirker seksualiteten som både livs- og kulturfænomen.

WHO medtænker kønsidentitet og -roller og understreger derudover også seksualitetens forankring i en kulturel, samfundsmæssig kontekst. WHO skriver endvidere, at siden reproduktion sædvanligvis kræver seksuel aktivitet, er seksuelle rettigheder tæt forbundet med reproduktive rettigheder (13).

En aktiv medspiller indenfor seksuelle og reproduktive rettigheder er The International Planned Parenthood Federation (IPPF) (14) som er den største internationale NGO på befolkningsområdet (14).

De har formuleret en række principper med baggrund i flere rapporter omkring seksuelle og reproduktive rettigheder, som rummer mange sammenfald med WHO's. IPPF understreger behovet for disse rettigheder i relation til minoritetsgrupper:

“All health interventions must be sensitive to the special needs of marginalized individuals and communities” (14).

Endvidere understreges retten til lige adgang i forhold til reproduktive teknologier:

“All persons have the right to make free and responsible choices regarding reproduction and family formation; including the right to decide whether or not to have biological or adopted children, as well as to all safe, effective, acceptable and affordable methods of fertility regulation, reproductive technologies, and treatments” (14).

Både WHO og IPPF lægger dermed op til en bredt favnende bio-psyko-social tilgang, hvori den enkeltes oplevelse af køn, seksualitet, samt frie valg af familie- og reproduktionsformer respekteres og inkluderes i relation til sundhedsydelse.

På denne måde understreges den transkønnedes ret til bedst mulige behandling - også i forbindelse med reproduktion.

World Professional Association for Transgender Health (WPATH) (15) som udarbejder internationale guidelines "Standards of Care" for transkønnede, anbefaler at sundhedsprofessionelle på alle niveauer i mødet med den transkønnede, diskuterer spørgsmål omkring fertilitet og reproduktion inden der iværksættes kønskorrigerende behandling (15).

2.4 Behandlingen af transkønnede

Udredningen og behandlingen af transkønnede udføres på Sexologisk klinik, Rigshospitalet, som er det eneste sted i Danmark der varetager denne funktion. Der findes ingen sikker opgørelse over antallet af transkønnede i Danmark, men overlæge ved gynækologisk klinik, JMC, Rigshospitalet, Dorthe Hartwell fortæller i vores ekspertinterview, at antallet af nyhenviste til Sexologisk klinik med kønsidentitetsproblemer i 2016 lå på omkring 200 personer.

Behandlingen af transkønnede fastsættes i henhold til sundhedslovens § 208 af Sundhedsstyrelsen, der har udarbejdet en overordnet vejledning:

"Vejledning om udredning og behandling af transkønnede" (16,17)

Ifølge Sundhedsstyrelsens specialeplan (18) foregår lægefaglig behandling af transseksualitet i et samarbejde mellem 3 højt specialiserede fagområder på Rigshospitalet:

Sexologisk klinik i Region Hovedstaden, som vurderer indikationen for et eventuelt kønskorrigerende indgreb, Gynækologisk/Obstetrisk afdeling der varetager den hormonelle behandling af transkønnede - samt plastikkirurgisk afdeling der står for en eventuel kønskorrigerende kirurgi.

Forløbet for den transkønnede starter således i Sexologisk klinik der vurderer om patienten kan få stillet diagnosen transseksualitet, hvilket er en forudsætning for henvisning til videre behandling.

Indtil 1. januar 2017¹ fulgte man i Danmark WHO's diagnoseklassifikation ICD-10 (19), hvor transseksualitet indgik i gruppen af kønsidentitetsforstyrrelser.

Selve diagnosen: DF64.0 Transseksualisme karakteriseres ved:

¹ Se begrebsafklaring

"(...) et ønske om at leve og blive anerkendt som et medlem af det modsatte køn, sædvanligvis ledsaget af en følelse af ubehag eller utilstrækkelighed ved egne anatomiske køns karakteristika og et ønske om hormonbehandling eller kirurgisk behandling for at ændre disse i retning af det foretrukne køn. Diagnosen er ikke udtryk for en somatisk eller psykiatrisk sygdomstilstand" (17).

For at danne baggrund for diagnosen, kommer patienten i et omfattende udrednings- og observationsforløb, der har følgende formål:

1. At vurdere om patienten opfylder kravene til diagnosen transseksualitet. Dette indebærer konsultationer og tests hos psykiater og psykolog samt udarbejdelse af en dybdegående anamnese, med det sigte at indhente så mange oplysninger omkring patientens liv og tilstand som muligt og dermed udelukke kontraindicerende somatiske eller psykiatriske tilstande.
2. At patienten gives mulighed for refleksion, med henblik på, om ønsket omkring kønskorrigerende behandling er vedholdende. I dette indgår en minimum 6 måneders "real life experience" - en periode hvor patienten lever og klæder sig som det oplevede køn.
3. En vurdering af om patienten kan overskue konsekvenserne af de ønskede forandringer.

Hvis patienten efter udrednings - og observationsforløbet fortsat ønsker kønskorrigerende indgreb, henvises videre til andre specialer i det multidisciplinære team (17).

Sexologisk klinik har en målsætning om at et gennemsnitligt forløb fra udredning til ansøgning om kastration, max tager 2 år. Ifølge Dorthe Hartwell er der dog visse forhold der kan forlænge denne periode:

1. At patienten ikke har et stabilt fremmøde (besværliggør udredningen)
2. At patienten har mange og lange overvejelser før vedkommende beslutter sig for at leve fuld tid som det oplevede køn (opfylde kravet om real life experience, der har til formål at give patienten tid til egenreflektion)

3. At patienten fx har en overvægt der umuliggør mastektomi (behandlingen opdeles trinvis med: hormonbehandling, mastektomi, kastration for at kunne observere hvorledes patienten reagerer på de forskellige trin og dermed konsekvensen af behandlingen)

I relation til fertilitet og reproduktion står der i "Vejledning om udredning og behandling af transkønnede" (17) følgende under afsnittet "Kønshormonbehandling":

"Speciallægen skal informere patienten om de forventede effekter af feminiserende/maskuliniserende kønshormonbehandling, bivirkninger og mulige sundhedsskadelige virkninger, herunder at forandringerne kan være irreversible, samt at der kan opstå en reduktion i fertiliteten og de reproduktive muligheder" (17).

Under afsnittet "Anden behandling" nævnes fertilitets-præservingende behandling sidst i afsnittet:

"Der kan ved behov på relevant tidspunkt i forløbet foretages henvisning til audiologopæd med henblik på modificering af stemme- og talefunktion.

Der kan i sjældne tilfælde for mand til kvinde være behov for kirurgi på adamsæble, stemmelæber m.v., hvis stemmetræning m.v. har vist utilstrækkelig effekt. Henvisning, vurdering og kirurgi forudsætter særlig otolaryngologisk kompetence svarende til højt specialiseret sygehusniveau.

Endvidere kan ved behov henvises til epilering af hårvækst og tages stilling til, om patienten har behov for paryk som kompensation for manglende hårvækst.

Herudover kan der under iagttagelse af gældende lovgivning eventuelt foretages henvisning til deponering og nedfrysning af sædceller med henblik på senere assisteret reproduktion samt henvisning til deponering af ægceller, hvor det er muligt at lægge disse tilbage til samme kvinde på et senere tidspunkt" (17).

Lovgivningen der henvises til er "*Bekendtgørelse af lov om assisteret reproduktion i forbindelse med behandling, diagnostik og forskning m.v.*" (20) der beskriver kriterier og regler for brug af æg og sædceller i relation til assisteret reproduktion (20).

Amnesty International (21) udgav i februar 2014 en rapport der omhandlede forholdene for transkønnede i en række lande, herunder Danmark. Rapporten havde særligt fokus på de transkønnedes muligheder for selvbestemmelse - især i relation til adgangen til juridisk kønsskifte, der på daværende tidspunkt indeholdt et krav om kastration (21).

Efter forslag fra Enhedslisten og Alternativet valgte man i Danmark, i september 2014 at ophæve kravet om kastration i forbindelse med juridisk kønsskifte, der i stedet kunne finde sted efter en 6 måneders betænkingsperiode (22).

I forlængelse af lovændringen udgav Sundhedsstyrelsen i december 2014 en ny vejledning: "*Vejledning om udredning og behandling af transkønnede*" der samlede al behandling af transkønnede under Sexologisk klinik (17).

I 2016 udgav Amnesty en opfølgning på rapporten, en briefing, der beskrev transkønnedes adgang til sundhed i Danmark (21) Denne rapport indeholder interviews med transkønnede, der på mange måder udtrykker stor utilfredshed med og en alvorlig kritik af forløbene på Sexologisk klinik, som de finder både lange og pinefulde (21)

Konklusionen på briefinggen var, at Amnesty endte med at kritisere adskillige rettighedsmæssige forhold omkring danske transkønnedes behandling både som helhed, men i særdeleshed omkring forløbet i Sexologisk klinik, hvor kritikken blandt andet gik på lange ventetider, stort fokus på udredningen af psykiatriske lidelser og meget nærgående spørgsmål omkring seksualitet (21).

3. BEGREBSAFKLARING

Centrale begreber anvendt i afhandlingen:

Kønsidentitet: Måden et menneske opfatter og identificerer sig kønsmæssigt

Tildelt køn: Det køn barnet tildeles ved fødslen, oftest svarende til det biologiske køn

Ciskønnet: Et menneske der oplever overensstemmelse mellem sit tildelte køn, samfundsskabte kønsroller og egen kønsidentitet

Transkønnet: Et menneske der oplever uoverensstemmelse mellem sit tildelte køn, samfundsskabte kønsroller og egen kønsidentitet.

MtF: Male-to-Female - transkvinde - tildelt køn: mand

FtM: Female-to-Male - transmand - tildelt køn: kvinde

Transition: Overgang fra et køn til et andet

Cis-normativ: Social norm og institutionaliseret antagelse om at alle mennesker er cis-kønnede.

LGBT: Forkortelse for de engelske begreber Lesbian, Gay, Bisexual og Transgender

FP: Fertility Preservation - fertilitetspræserving behandling ved for eksempel cryopræserving af sæd eller æg

SK: Sexologisk Klinik

ICD-10: International Classification of Diseases, WHO's diagnosekode system

Indtil 1.januar 2017 fulgte Danmark WHO's diagnoseklassifikation ICD-10, hvor "Transseksualisme DF64.0" var den diagnosekode transkønnede fik.

Danmark valgte som det første land i verden af fjerne transkønnethed fra diagnoselisten der knyttede transkøn under psykiske sygdomme.

Da WHO endnu ikke har valgt at ændre diagnosekoden, har man i Danmark som en midlertidig løsning, valgt at placere de transkønnede i Kapitel XXI "Faktorer af betydning for sundhedstilstanden og kontakter med sundhedsvæsenet" og ændre diagnosekoden til DZ768E1 "Kontakt på grund af transkønnethed".

Denne ændring er så ny, at den endnu ikke færdig defineret eller fuldt implementeret, ligesom koden og klassificeringen er ligeledes ikke er rettet i alt materiale.

Da bl.a. "Vejledning om udredning og behandling af transkønnede" som vi benytter os af endnu ikke har fået rettet teksten ift. den nye kode og definitioner, har vi valgt at referere til den gamle diagnosekode, for ikke at forstyrre meningen i afhandlingen og for at have materiale at henvise til. I afhandlingen har vi således bibeholdt at referere til den gamle diagnosekode, velvidende at der er en ny diagnosekode, men dette ses som en nødvendighed for ikke at meningen går tabt.

4. FORMÅL OG FORSKNINGSSPØRGSMÅL

Med udgangspunkt i ovenstående initierende undren og placeringen af transkøn som begreb i det senmoderne samfund, er følgende formål defineret:

Formålet med afhandlingen er at få en dybere indsigt i og forståelse af de vilkår transkønnede har i forhold til fertilitet og reproduktion, med det perspektiv at afdække og beskrive forhold af betydning for transkønnede muligheder for reproduktion.

Heraf udledes følgende forskningsspørgsmål:

Hvilke overvejelser og ønsker har transkønnede i forhold til fertilitet og reproduktion?

Hvilke erfaringer og oplevelser har transkønnede i Danmark med vejledning omkring fertilitet og reproduktive muligheder i forbindelse med kønskorrigerende behandling?

5. LITTERATURSØGNING

Forskningsspørgsmålene tager udgangspunkt i transkønnedes overvejelser om og erfaringer med fertilitet og reproduktion som tema, hvilket fordrer en humanvidenskabelig metode, hvor kvalitative interviews anvendes til indsamling af empiri. Eksisterende viden på området er afsøgt gennem struktureret litteratursøgning, for at afdække den videnskabelige platform for undersøgelsen. Dermed sikres, at afhandlingen har et fagligt fokus, og at undersøgelsen placeres som et validt bidrag til eksisterende forskning, ligesom den føjer et nyt aspekt til den litteratur, der allerede eksisterer på området.

Da studiet placerer sig som en tværfaglig undersøgelse med bio-psyko-socialt fokus, blev der foretaget søgninger efter relevant litteratur i databaserne ProQuest, Scopus og PubMed, da disse samlet set forventedes at dække undersøgelsens problemfelt. ProQuest og Scopus blev valgt, da de ikke er fag-specifikke, og derfor er egnede til at finde studier, der transcenderer faggrænser; PubMed blev inddraget for at sikre, at relevante studier, der har fertilitet og reproduktion som primært fokus fremkom. Søgningen i disse 3 databaser vurderedes at give et dækkende overblik over det

eksisterende artikelmateriale og faglitteratur omhandlende transkønnede, fertilitet og reproduktion.

Artiklerne, der fremkom i den strukturerede litteratursøgning, dannede desuden udgangspunkt for videre kædesøgning på forfattere samt ustruktureret søgning på nøgleord i Google Scholar.

Der blev lagt følgende begrænsninger ind i den strukturerede søgning: peer reviewed; scholarly; abstract available; published 2010-2017. I løbet af søgningen blev der desuden søgt på kvalitative studier for at frasortere studier med primært medicinsk fokus.

Søgningen blev foretaget som bloksøgning på kombinationer og forskellige trunkeringer af udvalgte søgeord med anvendelse af søgeoperatørerne AND, OR og NOT.

De indledende søgninger viste sig at være enten meget brede eller meget snævre, hvorfor søgeordene justeredes for at fokusere søgefeltet og samtidig åbne for mere bredde indenfor dette.

Søgeordene er sammenholdt med databasernes thesaurus for at gøre søgningen så præcis som muligt.

Nedenstående tabel (tabel 1) viser de valgte søgeord

Subjekt	Theme	Intervention
Trans*	Reproduction	Peer reviewed
Transgender	Reproduc*	Scholarly
Transsexuality	Fertility	Published 2010-2017
Transpeople	Fertili*	
Transperson		
Transmale	Qualitative	
Transfemale		

Tabel 1: Oversigt over søgeord

De strukturerede kombinationer af søgeord og begrænsninger i bloksøgningen samt den mindre strukturerede kædesøgning gav et antal hits, der på baggrund af

overskrift og abstract vurderedes i forhold til relevans for undersøgelsen. Denne sortering resulterede i gennemlæsning af 11 artikler, som blev fundet egnede i forhold til undersøgelsen ud fra de inklusions- og eksklusionskriterier, der er listet i nedenstående tabel (tabel 2).

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
<p>Population</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artikler der har transpersoner som population 	<ul style="list-style-type: none"> • Artikler der inddrager LGBTpersoner i populationen • Artikler der inddrager queerpersoner i populationen
<p>Udgivelse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Studier der er publiceret 2010-2017 	<ul style="list-style-type: none"> • Studier publiceret før 2010
<p>Nøgleområder</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artikler der fokuserer på transkønnedes oplevelser med FP og/eller reproduktion 	<ul style="list-style-type: none"> • Artikler der fokuserer på fysiske aspekter af FP og/eller reproduktion • Artikler der fokuserer på behandlingssystemet

Tabel 2: Oversigt over inklusions- og eksklusionskriterier

Som det fremgår af bilag 1, endte den strukturerede litteratursøgning med et acceptabelt antal artikler, der af overskriften faldt indenfor søgekriterierne. Ved gennemlæsning af abstracts ekskluderedes artikler i henhold til eksklusionskriterierne, og de resterende 23 artikler blev gennemlæst og vurderet i forhold både inklusions og eksklusionskriterierne i tabel 2.

Søgningen gav overordnet set et relativt lille egnet materiale, og efter gennemlæsning udvalgte 6 studier som værende relevante for nærværende undersøgelse, hvori der indgik både kvalitative interviewstudier, kvantitative spørgeskemaundersøgelser og studier baseret på mixed methods. De inkluderede

studier har alle fokus på transkønnedes oplevelser med hensyn til FP og reproduktion, og vurderes derfor velegnede til at belyse eksisterende viden på området.

6. VIDENSKABSTEORETISK UDGANGSPUNKT

Afhandlingens videnskabsteoretiske referenceramme fastslås i forhold til problemformulering eller forskningsspørgsmål. Det videnskabsteoretiske ståsted har betydning for valg af metode.

Denne undersøgelse er lavet ud fra en fænomenologisk-hermeneutisk referenceramme.

Fænomenologisk forskning handler om at forstå menneskers handlinger og adfærd ud fra deres eget livsperspektiv. Fænomenologi er en tilgang, der tillader forskeren at studere et fænomen som det fremtræder uden at bringe egen forforståelse og fortolkning i spil (23).

Da formålet med undersøgelsen var, at opnå viden om og indsigt i transkønnedes tanker, overvejelser, erfaringer og ønsker, var et fænomenologisk perspektiv et godt udgangspunkt for indsamling af data. Vi har tilstræbt en fænomenologisk tilgang i undersøgelsen, dog ud fra en bevidsthed om, at fundene er påvirkede af faktorer som interviewsituationen, selve spørgsmålenes fokus og udformning samt det faktum at det semi-strukturerede interview er en dialog, og som sådan påvirkes af begge parter.

Hermeneutisk metode søger meningsfortolkning og forståelse i det indsamlede materiale (23).

En hermeneutisk tilgang dannede udgangspunkt for behandlingen af de indsamlede data, i form af den meningskondensering, der ligger til grund for de fremlagte resultater. Resultaterne belyser forhold, der umiddelbart havde relevans for informanternes livsverden. Yderligere meningskondensering er foretaget i forhold til diskussionen, med det formål at belyse mere overordnede og strukturelle problematikker, der er kommet til udtryk i materialet.

7. METODE

Afhandlingen indledes med et afsnit, om sociologiske positioner og teorier om senmodernitet og seksualitet, køn og transkøn, hvorfor empirien for denne del af afhandlingen består af sociologisk litteratur. Tematikker omkring transkøn og reproduktion har afsæt i hvilken rolle kønsdefinitioner og kønsudtryk spiller i det senmoderne samfund; disse er en væsentlig del af de problematikker de transkønnede møder omkring reproduktion, og skal findes i senmoderne tendenser indenfor netop disse områder. Vi viser dette ved at placere køn som en central del af vores undersøgelse, og lader det indledende tekstafsnit sætte den ramme, der omgiver afhandlingens primære empiri, de kvalitative interviews.

Den indledende litteratursøgning viste at området er yderst sparsomt undersøgt, og at relevante undersøgelser primært har haft fokus på de medicinske og fysiske aspekter af transkøn og fertilitet og/eller reproduktion; i afhandlingen anvendes sociologisk faglitteratur, relevant forskningslitteratur, lovttekst, sundhedsfaglige vejledninger og ekspertinterview.

7.1 Kvalitativ metode

Hensigten med undersøgelsen var at få en dybere indsigt i og forståelse for de vilkår transkønnede har i forhold til fertilitet og reproduktion. Da ønsket var at blive klogere på informanternes subjektive beskrivelse af oplevelser og erfaringer indenfor dette område, var det oplagt at vælge kvalitativ metode. Den viden vi søgte ville ikke fremkomme i en kvantitativt tilrettelagt undersøgelse, og det er således forskningsspørgsmålene, der er baggrunden for dette valg.

Vi var interesserede i selve fortællingen, og derfor var det nærliggende at anvende det kvalitative forskningsinterview til indsamling af empiri, idet vi på denne måde fik adgang til at forstå informanternes synspunkter og erfaringer i deres levede liv samt i mødet med sundhedssystemet (25).

Kvale fremhæver det kvalitative forskningsinterview som metode til at afdække informantens livsverden og udfolde den mening der knytter sig til deres oplevelser (24).

Kvale beskriver følgende 7 faser for det kvalitative forskningsinterview, som samlet danner grundlag for at generere analyserbare data i forhold til en problemformulering

eller forskningsspørgsmål: *tematisering, design, interview, transskribering, analyse, verifikation og rapportering (24).*

7.2 Tematisering

Tematisering er første skridt i en kvalitativ interviewundersøgelse og består i en identificering af undersøgelsens formål, tema og metode (24).

Formålet med undersøgelsen er formuleret sammen med forskningsspørgsmålene:

Formålet med afhandlingen er at få en dybere indsigt i og forståelse af de vilkår transkønnede har i forhold til fertilitet og reproduktion, med det perspektiv at afdække og beskrive forhold af betydning for transkønnedes muligheder for reproduktion.

Temaet er beskrevet i forskningsspørgsmålene, som er formuleret på baggrund af en afdækning af eksisterende forskning på området.

Hvilke overvejelser og ønsker har transkønnede i forhold til fertilitet og reproduktion?

Hvilke erfaringer og oplevelser har transkønnede i Danmark med vejledning omkring fertilitet og reproduktive muligheder i forbindelse med kønskorrigerende behandling?

7.2.1 Egen forforståelse

Forskerens forforståelse er væsentlig at være bevidst om i kvalitativ forskning, da forskeren er medskaber af den genererede viden både i interviewet og i den efterfølgende kodning og analysering (23)

Dette projekt er udarbejdet i en tværfaglig gruppe, og vi har således forskellige forforståelser omkring emnets vidensfelt.

Gruppens ene medlem er uddannet jordemoder med 12 års praksiserfaring fra både svangre-, føde- og barselsafsnit på en stor specialafdeling i Danmark. Grundet det lille antal af transkønnede generelt, er tilrettelæggelsen af og viden omkring transkønnedes reproduktive muligheder i høj grad underbelyst, hvis ikke helt fraværende indenfor obstetrikken. Dette både ud fra et forskningsmæssigt

perspektiv, men i høj grad også i relation til praksiserfaring. Gruppemedlemmets forforståelse omkring transkøn og reproduktion vil således tage afsæt i en forventning om, at der kunne herske nogen af de samme udfordringer og problematikker for gruppen af transkønnede der ønsker reproduktion, som i behandlingen af øvrige ufrivilligt barnløse.

Da ufrivillig barnløshed er et velstuderet emne - både indenfor kvantitativ og kvalitativ forskning er det veldokumenteret, at ufrivillig barnløshed udgør et komplekst scenarie af både bio, psyko og sociale påvirkninger af stor betydning for de involveredes seksuelle- såvel som generelle trivsel og sundhed.

Gruppens andet medlem er uddannet pædagog med 10 års erfaring, herunder fra arbejde med udgrænsede grupper i samfundet.

Dette gruppemedlems forforståelse er båret af private relationer med transkønnede, og derigennem et mangeårigt kendskab til mange af de udfordringer, transkønnede ofte står overfor - både udfordringer omkring emner som identitet og seksualitet og udfordringer, der vedrører kontakten med sundhedssystemet og den fysiske transitionsproces. Et gennemgående indtryk fra disse relationer er en stor mistillid til behandlingssystemet, båret af en følelse af ikke at blive forstået og ikke at blive anerkendt.

Det har gjort gruppemedlemmet nysgerrig på baggrunden og udgangspunktet for de oplevelser transkønnede fortæller om i mødet med behandlingssystemet.

Gruppemedlemmets forforståelse er funderet i, at det behandlingsforløb de transkønnede gennemgår, har et skarpt klinisk udgangspunkt, men ikke i tilstrækkelig grad inddrager de psykologiske og sociale processer, der også er dele af en vellykket transition.

7.3 Design

Undersøgelsens design har betydning for hvilken slags viden, der opnås.

Undersøgelsen skal designes med henblik på at opnå viden i forhold til formål og forskningsspørgsmål (24).

Den initierende nysgerrighed i forhold til den endelige undersøgelse opstod i et krydsfelt mellem et manglende obstetrisk fokus på gruppen af transkønnede og et

personligt kendskab til mange transkønnedes udfordringer i mødet med sundhedsvæsenet. Formålet og forskningsspørgsmålene formuleredes ud fra at vi ønskede, at få indblik i hvilke erfaringer og tanker transkønnede har i forbindelse med reproduktion og om muligt komme med en anbefaling til hvordan et tilbud til denne gruppe optimalt kunne se ud.

Det fremstod tidligt i forløbet, at det, Kvale kalder det semi-strukturerede interview (24) ville give os bedst mulighed for at opnå den ønskede viden om undersøgelsens tema. Da undersøgelsen har til hensigt at opnå viden indenfor et relativt udforsket felt, giver det desuden mening at søge en uddybende kvalitativt-genereret viden om aspekter af betydning for den berørte fokusgruppe snarere end at lave en kvantitativ undersøgelse, der uundgåeligt ville afspejle forskernes begrænsede forståelsesramme og forhåndsviden.

Af samme årsag gav den fænomenologisk hermeneutiske tilgang mest mening i forhold til at lade informanternes tanker og oplevelser komme til udtryk og samtidig give informanterne mulighed for at reflektere eller opdage nye aspekter i løbet af interviewet.

7.3.1 Etik

Brinkmann opfordrer til at man som forsker i designet af sit forskningsprojekt gør sig bevidst om, hvilket sigte man har med sit projekt (25).

Formålet med det valgte design var, at få viden om informanternes personlig tanker og oplevelser. Da der i denne form for datagenerering ligger en risiko for at interviewspørgsmålene går meget nært, valgte vi, ud fra et etisk perspektiv, at følge Brinkmanns anbefaling om at præsentere interviewguiden for vores informanter for at signalere opgavefokus og fælles udforskning og derigennem at finde balancen mellem åbenhed og distance (25).

7.3.2 Udvalgelse og rekruttering af informanter

I udvælgelsen af informanter bør overvejes i forhold til undersøgelsens fokus, egen forforståelse, tilgængelighed og sammenlignelighed. Udvælgelsen afstemmes i forhold til in- og eksklusionskriterier for informanter i undersøgelsen, med det sigte at belyse forskningsspørgsmålene bedst muligt (25).

Udvælgelsen af de informanter, der har udgjort vores empiri, har været påvirket af flere forhold. De initierende overvejelser for udvælgelse var langt mere pragmatisk end de endelige kriterier endte med at være.

Årsagen til dette skal dels findes i projektets betingelser i forhold til tidsperspektiv og ressourcer, men også i et yderst begrænset udbud af informanter, hvis der opstilles meget specifikke inklusionskriterier.

Vi havde flere overvejelser omkring informanternes alder - indledningsvist på grund af en bevidsthed om, at den unge generation af transkønnede muligvis har helt andre aspekter i spil i kraft af den senmoderne samfundsudvikling, blandt andet i forhold til kønsopfattelser, samfundsmæssige strukturer, politisk bevågenhed omkring transkøn og den dominerende ungdomskultur. Alternativt overvejede vi om valget skulle falde på informanter der var ude over deres reproduktive alder eller havde gennemgået kønskorrigerende behandling, for på denne måde at få empiri der gav et dybere indblik i eventuelle følelser af tab eller mere mættede refleksioner omkring reproduktion.

En anden overvejelse var at rekruttere informanter via opslag på sexologisk klinik, men denne ide frafaldt vi idet vi ikke vidste hvor mange der ville se opslaget, ligesom det ville være problematisk at respondenterne måske kunne frygte at deres deltagelse på nogen måde kunne påvirke deres forløb i sexologisk klinik.

Da formålet med det kvalitative forskningsinterview er at generere brugbar viden til at belyse og svare på problemstillingen anbefaler Kvale at udvælgelsen af informanter sker ud fra dette perspektiv (24).

I rekrutteringen af informanter erkendte vi, at transkønnede kan betegnes som en "hard-to-reach population", og vi besluttede derfor gennem en bekendt at udsende en forespørgsel i en Facebook-gruppe for transkønnede. Her blev formålet og rammerne for projektet kort skitseret, ligesom der blev understreget et princip om frivillig deltagelse og fuld anonymitet i opgaven jævnfør anvisninger omkring fortrolighed og etik i Kvalets anbefalinger for interviews (24).

På denne måde opnåede vi at komme ud til en bredere gruppe af transkønnede, der kunne være på alle tænkelige stadier i deres liv og transition.

Inden gennemførelsen af de forskellige interviews underskrev både respondenter og gruppens medlemmer en samtykkeerklæring (Bilag 2)

Brinkmann & Tanggaard angiver at der, til vores type projekt, er brug for mellem 3-5 informanter og anbefaler således få, gennemarbejdede interviews (25)

Vores formål var således ikke at skabe en fuldstændigt dækkende eller statistisk beskrivelse af oplevelserne for samtlige transkønnede, men nærmere et indblik i hvilke områder omkring reproduktion der kunne give udfordringer for denne gruppe.

Set i lyset af undersøgelsens brede formulering af formålet: *“at få en dybere indsigt i og forståelse af de vilkår transkønnede har i forhold til fertilitet og reproduktion, med det perspektiv at afdække og beskrive forhold af betydning for transkønnedes muligheder for reproduktion”* vurderede vi, at vi ville kunne få brugbare og værdifulde beretninger, hvor udvælgelsen af informanter ikke fokuserede på antal og bredde men snarere på dybden i den enkeltes fortælling.

Vi endte med at interviewe 4 transkønnede informanter, 2 FtM og 2 MtF som vi udvalgte ud fra følgende kriterier:

- Skal definere sig som transkønnet
Definitionen transkønnet er valgt fordi vi ønskede informanter, der opfatter sig selv som tilhørende et ”forkert” køn. Dette var for at udelukke informanter med en flydende kønsidentitet
- Skal have gennemgået transition
Dette kriterie er opstillet for at få informanter, der ikke står midt i aktuelle kønsidentitetsproblematikker.
- Skal have en binær kønsidentitet
Binær kønsidentitet blev valgt som kriterie, fordi vi ønskede informanter, der identificerer sig som enten mand eller kvinde og dermed påtager sig både den fysiske og sociale identitet af det identificerede køn.
- Skal være over 35 år
Alder blev et kriterie ud fra den betragtning at vi ønskede en vis modenhed og livsperspektiv hos informanterne og idet vi vurderede at yngre informanter ville være mere fokuserede på selve transitionen end de reproduktive valg.

7.3.3 Rammer for interviewet

Ifølge Brinkmann er den sociale kontekst og rammerne for et interview vigtigt at gengive, for at tydeliggøre vejen til de data der er produceret. Dette gælder både hvor interviewet er afholdt, men også detaljer omkring stemning og spørgetekniske valg (25).

Alle vores informanter blev spurgt til hvor de foretrak at mødes til interviewet, hjemme hos dem selv, hos en af interviewene eller på AAU i Sydhavnen.

En informant valgte at mødes i en af interviewernes hjem; informanten ønskede ikke interviewet gennemført i eget hjem, da der var børn hjemme. De tre andre valgte at gennemføre interviewet i eget hjem.

Vi oplevede hvordan rammerne for et interview kunne påvirke elementer af det asymmetriske forhold, en interviewsituation er, hvor det interview der fandt sted i interviewerens private hjem behøvede en længere "opstart" før fortællingen flød frit, hvorimod interviewene i informanternes hjem fra start var mere afslappede.

7.3.4 Interviewguide

Interviewguiden er interviewerens arbejdsredskab, som skal sikre at interviewet genererer viden, der relaterer til forskningsspørgsmålet. Interviewguiden udarbejdes på baggrund af de områder, der skal afdækkes, og består af emner eller konkrete spørgsmål i struktureret rækkefølge (25).

Vi udarbejdede en interviewguide med udvalgte overordnede temaer, for på denne måde at sikre, at vi fik information om de emner, der bedst kunne belyse vores forskningsspørgsmål.

Kvale bruger tematisering som et redskab for interviewerens i forhold til at strukturere sin viden om undersøgelsens emne, for derved at kunne stille relevante spørgsmål (24).

Spørgsmålene var tilrettelagt, så vi startede med mindre "følsomme" spørgsmål, der havde et mere faktuel præg (for eksempel spørgsmål omkring alder og uddannelse) for derefter at behandle de mere dybdegående spørgsmål vedrørende informanternes oplevelser, drømme og ønsker.

Vi besluttede at gøre brug af det semi-strukturerede interview, der af Kvale anbefales, hvis man ønsker at give sine informanter mulighed for at udfolde deres

svar og dermed give interviewerens mulighed for at forfølge interessante emner som bringes i spil undervejs i interviewet (24).

På samme måde var der spørgsmål i vores guide, der i løbet af vores interview blev overflødige, idet svaret var fremkommet på et tidligere tidspunkt eller viste sig ikke havde relevans for den enkelte informant. Modsat blev vi undervejs i det ene interview opmærksomme på, hvordan et emne der fylder meget hos informanten - i dette tilfælde hele udfordringen omkring det at være transkønnet - kan have indflydelse på prioriteringen af den empiri informanten giver os. Vi oplevede således at vores interview blev væsentligt længere end planlagt på trods af forsøg på at holde en nogenlunde stram tidsplan. Vi erfarede dog som interviewet skred frem, at informanten "faldt mere til ro" og at vi efterhånden fik de mere nærværende, personlige og dybe beskrivelser af vedkommendes livsverden.

Under interviewet blev vi ligeledes opmærksomme på, at små handlinger som at berøre computeren for at forhindre at skærmen med interviewguiden lukkede ned, havde en indgribende effekt på informanternes talestrøm, idet det afbrød deres fortælling og i nogle tilfælde fik dem til at miste fokus.

Kvale påpeger, at interviewerens måde at spørge på er afgørende for det materiale der kommer ud af interviewet (24). Ved udarbejdningen af vores interviewguide var vi således opmærksomme på ikke at stille ladede spørgsmål, der kunne være farvet af vores egen forforståelse.

Vi tilstræbte på denne måde at indtage det Kvale kalder "den bevidst naive position" dette har til hensigt at nedtone det asymmetriske forhold mellem interviewer og informant og dermed give informanterne større mulighed for at komme frem med deres historier (24)

Det kan dog ikke undgås at der i interviewguiden vil være elementer af egen forforståelse. Brinkmann & Tanggaard beskriver interviewet som "*(...) en aktiv interaktion mellem to eller flere personer, der leder til socialt forhandlede, kontekstuelte baserede svar*" (25) hvorfor vi som interviewere aldrig vil kunne være 100 % neutrale, idet det er os som forskere, der udarbejder spørgsmålene og definerer hvilke områder af feltet vi spørger ind til (25).

7.3.5 Ekspert-interview

For at opnå en faktuel viden om transkønnedes behandlingsforløb i Sexologisk klinik og videre i sundhedssystemet, blev der suppleret med et ekspertinterview af overlæge ved gynækologisk klinik, JMC, Rigshospitalet, Dorthe Hartwell. Dette også for at få et indblik i, hvordan behandlingen af transkønnede er set fra de sundhedsprofessionelles perspektiv.

Dorthe Hartwell er en del af det multidisciplinære team der varetager behandlingen af transkønnede i gynækologisk regi, herunder hormonbehandling af både FtM & MtF. Relevante oplysninger fra dette interview inddrages i opgaven.

7.4 Transskribering

Vi valgte at gøre brug af ord for ord transskribering. Fordelen ved dette er at alle ord nedskrives og dermed mistes der ikke udsagn der kunne have betydning for sammenhæng eller som skaber nuancer i forståelsen i en senere analyse af interviewet. (24,25)

Undervejs i interviewet blev informanternes kropssprog, udbrud og følelsesmæssige reaktioner noteret når det vurderedes af betydning for eller som supplerende til det optagede lydspor. Disse notater er indført i transskriberingen i kantede parenteser [...]. De kantede parenteser bruges desuden når det har været nødvendigt at sætte citatet i kontekst og når der har været anvendt navne i interviewet.

Ophold i tale eller pauser markeres i transskriberingen med 3 punktummer i parentes. Der er brugt anførselstegn når informanten tydeligt citerede noget, angav egen tale eller forvrængede stemmen for at indikere andres tale.

7.5 Analyse

Undersøgelsens formål og opbygning afgør hvilke analysemodeller, der bedst afdækker den generede viden og gør den tilgængelig for videre fortolkning (24).

De transskriberede interviews analyseredes ved hjælp af meningskondensering, hvilket afdækkede interviewenes hovedtemaer med tilhørende underkategorier. Meningskondenseringen foregik ved gennemlæsning af interviewet og samtidig identificering af temaer for hvert afsnit. Derefter blev afsnittene kategoriseret i forhold til indhold indenfor temaet, og de enkelte afsnit blev kædet sammen for at skabe

brede og nuancering af de enkelte kategorier. Kategorierne blev derefter sammenholdt med interviewteksten for at sikre at meningskondenseringen afspejler interviewets oprindelige mening, og kategorierne blev til sidst samlet i endelige temaer. Denne proces resulterede i de 3 hovedtemaer og 7 underkategorier, der fremlægges i resultatafsnittet.

7.6 Verificering

Verificering skal fastslå undersøgelsens pålidelighed og validitet. Fundenes generaliserbarhed og pålidelighed undersøges i forhold til undersøgelsens formål og rapportering (24).

Idet undersøgelsen er baseret på kvalitative data fra et meget lille antal informanter er undersøgelsens resultater ikke direkte egnede til generalisering i bredere populationer. Fundene vurderes dog tilstrækkelig konsistente til at der kan udledes en formodning om, at lignende vil kunne gøre sig gældende hos andre transkønnede, idet mange af de beskrevne problematikker genfindes i andre studier.

7.7 Rapportering

Hvordan undersøgelsen rapporteres har betydning for den viden, der i sidste ende udtrages af materialet (24).

Vi har i analysen samlet citater, der omhandler samme tema og præsenterer dem som sådan i resultatafsnittet. Citater, der er fremlagt i resultatafsnittet, er i visse tilfælde trukket sammen for at skabe sammenhæng eller understrege det sagte. Dette fremgår ved (...) hvor tekst er udeladt af samme citat eller mellem citater, der stammer fra forskellige steder i interviewet, men omhandler samme tema. Disse (...) er efterfølgende sammenholdt med interviewet i helhed for at sikre, at sammenfatningen på intet tidspunkt kompromitterer informantens udtalelser i forhold til indhold og oprindelig mening. Citaterne bruges derudover i korte uddrag i diskussionen.

8. RESULTATER

Analysen af de 4 interviews viste en række interagerende forhold, der har indflydelse på transkønnedes erfaringer, overvejelser, tanker og ønsker med hensyn til fertilitet

og reproduktion. Vi har i det følgende fremhævet de 3 temaer med tilhørende underkategorier, der fremstod med størst betydning for besvarelse af forskningsspørgsmålene.

Kort præsentation af informanterne

	Køn	Alder	Antal børn	Civilstand
A	FtM	50	2	Single
B	FtM	40	0	Gift
C	MtF	49	0	Gift
D	MtF	36	0	Single

8.1 Kønsidentitet

8.1.1 At føle sig forkert

Kønsidentitet er naturligt nok et fremtrædende tema blandt vores informanter og et tilbagevendende emne handler om at føle sig forkert i forhold til sig selv og omverdenen. Der ses ligeledes et aspekt af skam over utilpashed ved biologiske køns karakteristika og kønsspecifikke sociale forventninger.

Ovenstående udtrykkes i følgende citat af informant B (herefter B):

B:

“(...) men jeg følte mig i hvert fald som en drenget figur (...) jeg [kan] huske jeg var 16 år og begyndt at få bryster og menstruation...og der gik jeg til svømning...konkurrensvømning...med min søster også...man blev sent udviklet...gudskelov...så det kunne jeg godt li’...og også når pigerne på holdet de sagde...”Ahh du har fået muskler...du har næsten drengemuskler”...tænkte jeg...”Åhh fedt nok”...men jeg skammede mig også over at...”Åhh nej...jeg skal jo ikke føle sådan noget”

At det ligeledes er skamfuldt at italesætte overfor omverdenen, kommer til udtryk i følgende citat hvor B har overvejelser omkring hvem han kan dele følelser og tanker omkring fjernelse af sine bryster med:

B:

“(...) i midten af tyverne kom jeg i kontakt med nogle andre...meget drengede lesbiske...og så sagde jeg sådan helt forsigtigt...der kan man jo også snakke fordi man er lidt det samme...og så sagde jeg sådan...”Nå men jeg gider ikke have mine bryster”... en dag hvor vi havde drukket en masse øl og så sagde den ene faktisk...ehh...”Det ku’...det vil jeg heller ikke” (...) så der havde vi en lille snak...det var tilladt fordi...man ville aldrig gøre det med en eller anden pige i gymnasieklassen altså...fordi de ville slet ikke kunne forstå men de her piger skråstreg drenge ku’ godt forstå det “

Informant A (herefter A) giver udtryk for den frustration han havde over sin situation som ung og overvejelser om at passe bedre ind i normen:

A:

“(...) altså da jeg var 20 der...der besluttede jeg mig for at hvis jeg ikke kom i transition inden jeg bliver 25 så hoppede jeg ud fra et eller andet højt ikk? Det var sådan...og så...så...jeg er jo ikke selvmordskandidat eller sådan noget ikk... så når man nærmer sig de der 25 eller sådan noget så tænkte jeg...”Men hvis der skal være en mening med det her” ikk og det var også den samme beslutning så vil jeg have et barn (...) det kunne være jeg blev mere feminin hvis jeg fik et barn og sådan noget (...) det har jo selvfølgelig været vildt..altså det var...det var vildt...altså grænseoverskridende for mig...ikke så meget det at få barnet men at gå gravid ikk”

A konstaterer derudover, at følelsen af at være forkert ikke udelukkende knytter sig til tiden inden transitionen og i relation til den almene omverden. Han beskriver således følgende reaktioner i trans-miljøet på, at han har født biologiske børn:

A:

“Det er noget, der kommer indefra...jeg føler mig som mand og jeg føler mig ikke kvindelig og selvfølgelig er jeg måske sådan mere firkantet fordi...de får eddermame ikke mig til at tage en lyserød skjorte på (...) jeg har jo altid følt mig som mand...men jeg er heller ikke en der cutter min fortid fordi jeg har...jeg har født to børn...det eeh...det har jeg ikke noget problem med...det er mere andre hvis jeg begynder at snakke om det...”Nej hold op jeg kan slet ikke det der...jeg kan ikke forholde mig til at

du har været gravid"...og så er...altså der er så mange fordomme ikk? (...) der er også nogen der hader mig i miljøet fordi de mener..."Hvordan kan man få en fallosplastik når man har født børn?" ikk...men jeg har jo altid haft behov for at få fallosplastik"

Frustrationen og skammen over ikke at passe ind i de sociale forventninger demonstreres i B's overvejelser omkring seksualitet, hvor det at skulle afsløre transkønnetheden bliver årsag til fravælgelse af et intimt liv:

B:

"(...) men man har ikke...JEG havde i hvert fald ikke noget sexliv med nogen mennesker...sexliv fordi...som lesbisk havde jeg meget mere fordi der kom man ind som en drenget person og folk kunne se..."Uhh...der kommer en drenget pige...det er godt"...eller hvad ved jeg...men som dreng nu...mand...gåseøjne...jeg er lidt mindre end alle andre....og jeg er smallere...jeg er ikke sådan en muskel een...og det ved jeg godt andre mænd også er...men jeg følte bare ikke der var den der sværm af piger som der var før...og dermed...og så plus at jeg skal afsløre den her store ting [transkøn]...før skulle jeg ikke afsløre at jeg var lesbisk...for det kunne man se...så jeg tror det er sådan en hemmelig skjult ting der kommer op...der ikke er så skide attraktiv fordi folk er stadigvæk lidt..."Gud!...det er mærkeligt at være trans"...så hvis min hemmelighed havde været at jeg var millionær så var det noget andet...hvis I forstår hvad jeg mener ikk? Det er bare sådan jeg har tænkt...at ehmm..at...at livet med kærlighed med andre...jeg troede jeg skulle være alene...jeg troede jeg skulle blive alene fordi det var konsekvensen af at have skiftet køn...og jeg tænkte..."Det er ok"...og...det tog lige noget tid at acceptere"

8.1.2 At blive et helt menneske

Den dysfori informanterne oplever i forhold til uoverensstemmelsen mellem køn og krop har en betydning for deres livskvalitet. Tiden bliver i flere tilfælde en afgørende faktor - især i relation til at "falde på plads" og blive et helt menneske. Efter deres transition er følelsen af at være upåfaldende i omgivelserne og i overensstemmelse med sig selv, således et emne alle informanter berører:

A udtrykker for eksempel at have en anderledes selvfølelse, efter han fik lavet en fallos-plastik:

A:

“[efter fallos-plastik] (...) identitetsmæssigt så er der jo ikke noget altså...er der en bølge ude på Amager Strandpark der flår mine badebukser af...okay det er nok lidt pinligt... men hvis det var sket for 10 år siden så var jeg jo gået ned med en mega depression ikk?”

Følelsen af at være upåfaldende udtrykkes meget direkte af informant C (herefter C) i udtalelsen om altid at blive identificeret som kvinde i omgivelserne:

C:

“Jeg føler mig stolt af mig...som kvinde og som transkvinde...også på grund af at jeg nu næsten er 50 år...udlænding...transkvinde så...der kommer flere ting i rækkefølge og det kan føle mig stolt som en kvinde (...) [jeg] er resultatet fra mange forskellige ting (...) jeg kan ikke skubbe ud tiden (...) da jeg var i en drenge mandlig krop...og jeg var en kvinde...men jeg var ikke sådan en kvindelig kvinde som idag hvor jeg ser mig rigtigt (...) og hvor jeg ikke havde sådan frihed til at være som jeg er nu...jeg kan...specielt i Danmark også...jeg kan gå ud uden kosmetik...og uden øreringe og så videre...og jeg kan føle mig rolig og fri...og se at mennesker identificerer mig som en kvinde...aldrig som en dreng...men en kvinde”

Overensstemmelse mellem krop og psyke spiller en stor rolle for seksualiteten. C fortæller om hvordan hun skulle lære sin krop at kende efter kønskorrigerende genital kirurgi:

C:

“Ja, aaalle de ting jeg skulle lære selv og lære langsomt langsomt og så da jeg kom til...ehh...sexuel kontakt det eh...jeg føler ikke så meget...jeg var mere...hvordan det er...hvad er situationen eh...det var new for mig...(rømmer sig)...men ehmm...med tiden så samlede jeg min seksuelle fantasi med min nye kønsorgan...og samlede den så jeg kom i rigtige rul...fri og sikker...at jeg er en kvinde med en seksuel fantasi

som jeg dele den seksuelt med en anden...med en mand i den (...) pigerolle...det tog tid”

B forklarer i nedenstående citat hvorledes hverdagens gøremål bliver fri for koblingen til kønnede aktiviteter og hvordan han oplever mere harmoni:

B:

“Nu er der gået 15 år (...) [og] de sidste 6-8 år der har jeg været i ro med mig selv altså fundet ud af at...nåmen...nu er jeg den her mand og nu kan jeg jo altså putte det her...bibliotekar på...så er jeg sådan een der har en hverdag på et bibliotek...og jeg har min familie har jeg også fået ind meget tæt på mig og så har jeg fået min [C] og vi har vores kærlighedsliv og vi bor sammen nu (...) nu er der ikke nogen ting galt mere...i gåseøjne...så føler jeg ikke min krop så meget mere (...) den var MEGET vigtig før fordi den var forkert...den generede mig...der var bryster...der var ting der skulle rettes hele tiden (...) nu er jeg bare [B] og er en han (...) og der er ikke nogen tvivl om at jeg er en mand for andre...kan jeg mærke...og heller ikke for mig selv...men jeg giver mig selv mere frihed indeni til at være mere nu...end en mand (...) nu kan jeg sagtens også sidde med krydsede ben...eller...nu strikker jeg ikke som hobby...men det kunne jeg ligeså godt gøre...før var det FORBUDT...der skulle jeg KUN lave maskuline ting...og nu går jeg rundt og planter blomster og før der kunne jeg ha’ sagt...naarj...jeg vil hellere hugge et træ ned...på den måde er jeg mere afslappet og føler mig mere som en sjæl nu i min krop...selvom jeg godt kan lide min krop nu..nu kan jeg godt li’ min krop og den er dejlig og så...ja (smiler)”

Omkring seksualitet har B overvejelser, der handler om værdien af genital kirurgi sammenholdt med forhold, der betyder noget for hans livskvalitet i øvrigt:

B:

“Jeg synes den mandlige vej er lidt sværere med operationer...så der er meget snak om at man kan få den her hvor klitoris bliver forlænget metoidt...eller den større fallos der også kan laves på forskellig måde af forskellig slags hud og muskler her fra armen [viser hvor på underarmen]...og jeg...jeg spiller klaver så jeg er ikke interesseret i at miste nogle nerver eller noget hud eller nogen muskler og rørelse...og...jeg behøver ikke ha’ testikler fordi så kan jeg ikke cykle...jeg er meget

interesseret i at kunne cykle stadigvæk...og der er mange ting jeg bedre kan li'...end at ha' en penis som en mand i gåseøjne SKAL ha'...så jeg har bare opfundet i mit hoved at jeg har min egen transpenis...og den er HELT fin!"

Det at processen hen imod overensstemmelse mellem køn og krop for nogle transkønnede varer mange år, kan have konsekvenser for andre områder i livet, hvilket illustreres af B her:

B:

"Og så mødte jeg så [C]...der MEGET godt kan li' børn...og ehh...så er det jo bare noget med adoption...og hvor gamle er vi nu...og hvad hvis vi er trans...vil de lade os gøre det såe...og vi er ikke lige kommet dertil...vi er mere sådan noget med...at nu skulle vi finde et hus...eller et sted at bo...og [C] skal ind i Danmark og alle de her ting og jeg skulle alt med mit arbejde og...det er som om det ikke er kommet op på listen endnu der er alle mulige andre ting vi laver først"

8.2 Sundhedssystemet

8.2.1 Mødet med sundhedsprofessionelle

Informanterne giver på forskellig vis udtryk for frustration i mødet med de sundhedsprofessionelle på Sexologisk klinik i forbindelse med udredningsforløbet. Det lange udredningsforløb beskrives som opslidende og informanterne nævner flere gange, at de oplever en meget heteronormativ tilgang til deres situation hos behandlerne. B siger således:

B:

"(...)så gik jeg lidt hurtigt ind på at starte inde på Rigshospitalet da jeg var (...) 25 og gik et år og 3 måneder hvor de kasserede mig og sagde du er ikke transperson og så sagde jeg "Hva'...HVAD er jeg SÅ? HVAD er jeg så?" Altså...(griner)...så blev jeg rigtigt sur og stoppede det hele (...) da jeg var 26-27...der startede jeg igen på Rigshospitalet og så fordi jeg selv havde afbrudt behandlingen der 1 år tidligere...så skulle jeg helt forfra...og det..."Jamen jeg HAR jo været her...og I VED godt hvorfor" ...og de sagde "Det går desværre ikke...man skal igennem det der introforløb"...hvad

hedder det nu...observationsforløb igen...men så sagde jeg..."Men det HAR jeg jo taget før...kan vi ikke starte fra der...de der 3 måneder hvor I så konkluderede at jeg ikke var trans?"

Og så i mellemtiden havde de jo fyret ham der psykologen som havde meldt mig til at være ikke-trans...og så blev jeg også rigtigt sur...fordi så tænkte jeg..."Nåmen hvis han er blevet fyret...så tog han jo fejl"...altså jeg var jo også sådan meget aggressiv og meget sådan frustreret såe...hver lille ting der gik galt så blev jeg rigtigt sur og...sagde..."Nu skal de ikke sabotere mit liv"...og alle sådan nogle ting...jeg havde mange konflikter med dem (...) så endelig konkluderede de at jeg var transperson og der var jeg så blevet 27 eller 28 år...og så en uge efter fik jeg lov til at blive kastreret...altså at tage mine kvindelige æggestokke ud og det...og det gik rigtigt hurtigt...og så en uge efter det så fik jeg mit mandlige CPR-nummer...så det gik RIGTIGT hurtigt der...da de havde...da man var blevet trukket gennem manegen i flere år"

Den heteronormative tilgang opleves af både A og B:

A:

"[behandleren] fortalte mig at jeg ikke var en mand, for det kunne jeg jo ikke være fordi..."Har du kigget dig i spejlet?"..."ja, det har jeg jo sådan set... jeg ved godt hvordan jeg ser ud... men jeg ved også godt hvordan jeg er indeni"..."Jamen altså, det kan du ikke være og nu har du jo fået et barn"

A:

"(...) det eneste man får at vide det er at "Du ved godt at... jaja du får aldrig en tissemand som du kan bruge til noget...du kan jo ikke ligesom en rigtig mand"...det er det de går op i...de har sådan nogle fuldstændig firkantede kønsstereotyper"

B:

"Det er det der hiver os ned i det der gør mest ondt...der er at vi bliver hevet tilbage i kvinden for mig og tilbage til manden for...de kan jo ikke sære os på mere end at gøre det...og det gør de lige netop...de burde være mere forståelige og pædagogiske"

B:

“(...) man skal i hvert fald ha undervisning i at...du kan faktisk godt som transmand blive gravid hvis du ikke opererer dig...det er der jo ingen der ved...det er bare sådan noget med at du skal hurtigt gå hen og blive en normal cis-hetero...eller det kan man ikke men...en mand der bare ikke er gravid og sådan...der går meget de her stereotype roller med at en kvinde er sådan og en mand er sådan...der er INGEN der i spektret imellem”

Det at have fået barn - at have brugt sin livmoder - oplever A som anledning til at de sundhedsprofessionelle tvivler på oprigtigheden af hans transkøn:

A:

“(...) deres holdning det var at eh...”Nu når man har brugt sin livmoder må du være så glad for den”...og jeg var jo mere autoritetstro dengang både på grund af alder og på grund af tiden ikk... så jeg var sådan en robot og så sådan...den brugte de i øvrigt også anden gang...så jeg var der 5 gange i 1995 og så fik jeg så at vide at når man har brugt sin livmoder så er det fuldstændig ligegyldigt...de spørger ikke om man er blevet voldtaget eller om man nød det eller hvad ikk”

Informanterne giver udtryk for en følelse af at blive betragtet som psykisk syge af de sundhedsprofessionelle og at deres eventuelle ønsker til reproduktion underkendes:

A:

“(...) og de synes jo ikke at vi skal få børn de synes også det er noget mærkeligt noget (...) det er ligesom det ligger i behandlingssystemet at det skal man selvfølgelig ikke have fordi de betragter os stadig som psyko-gaga (...) jeg mener at det..det er behandlingssystemets holdning at det ikke er en menneskeret at få børn...og det mener jeg jo så nok det er...i den forstand at man skal i hvert fald ikke forhindre nogen i at få børn hvis de gerne vil have det”

D:

“(...) min behandler på sexologisk klinik var faktisk ret afvisende omkring det...såe...til at starte med...såe...hun syntes det var...det ville være synd for barnet at at ...hvis

*jeg blev mor til et barn...fordi...det ville jo være...synes hun...sådan lidt...lidt
børnemishandling nærmest (...)*

B:

*“(...) det er bare at man er second class citizen hele vejen igennem man er ikke
engang...man er nærmest tossepatienten...man er jo ikke en almindelig patient
med...”Gud det er synd for dig du har ondt i maven eller du har fået cancer...”Du er
trans...gud det må da godt nok være hårdt og hvad siger din familie?”...INGEN
sådan (...) der er ikke den der menneskelige kontakt som ligesom I bare sidder og
spørger om spørgsmål til os med...”Hvad føler I med køn?” eller hvad...sådan nogle
ting kunne de da godt spørge om (...) bare de der menneskelige tilbud...med “Hey
du...du vil måske også gerne have børn”...eller du...ehmm...sådan nogle ting...og
følelsen i...det er da totalt...ja jeg blir bare skidesur fordi jeg føler mig uretfærdigt
behandlet...jeg bliver behandlet DÅRLIGERE end de andre...og det kan jeg mærke
og det kan man se”*

B:

*“(...) jeg har heller ikke nødvendigvis som jeg sagde lyst til at blive gravid...men at
folk bare siger med det samme...”Har du sagt A må du bare sige B...så skal du ikke
være gravid”...jamen...så mister jeg min chance til børn...det tænker de ikke lige
på...eller også så tænker de at det er lige meget fordi man skal bare være glad for at
man overhovedet fik lov til at skifte køn”*

8.2.2 Samtalen om reproduktion

I relation til samtalen omkring reproduktion oplyser informanterne samstemmende, at de oplever en manglende italesættelse fra de sundhedsprofessionelles side og at emnet undertematiseres:

A:

“Det er fuldstændig ikke-eksisterende”

D:

“(...) det skulle jeg selv bringe op”

C:

“Nej...ingenting...nej nej nej...det virkede virkelig som man kalder det en kastration...komplet..det var...det skulle være væk...mmmh...og ikke nogen reproduktion..så mister vi også selvfølgelig den koncept om at...eller også denne status...samfundets status som personer som kan reproducere en anden person...så mister vi den...pyt...(griner stille)”

B problematiserer i det følgende over, at ansvaret for samtalen om og håndteringen af FP lægges i de transkønnedes hænder uden mulighed for hjælp fra de sundhedsprofessionelle. Derudover beskrives en følelse af, at selve emnet omkring ønsket om FP ikke bifaldes af de sundhedsprofessionelle:

B:

“(...) og så sagde de [netværket]...“Sørg for at få frosset dine æg ned”...så det var mit NETVÆRK der sagde det...og artikler jeg læste på nettet (...) og så gik jeg nemlig hen og spurgte...”Hvordan er det med hvis jeg skulle ha’ frosset mine æg ned?”...så sagde de...”Nej men...en mand kan da ikke få børn”..så sagde jeg “Øhh jow...en mand kan da godt få børn” (...) jeg kan jo godt forstå at jeg skal til at have hevet mit underliv ud...og der fjernes jo min reproduktion...det var ikke noget de sagde til mig selv og de tilbød heller ikke at få frosset...for jeg sagde...jeg vidste jo ting...så jeg sagde...”Hvis jeg havde været en kvinde der havde fået cancer i mine æggestokke...så ville I tilbyde mig at fryse dem ned...så jeg måske kunne bevare mine æg”...og så...og så de affejede det virkelig med det der...”Jamen en mand kan da ikke få børn og nu skal du jo til at være en mand”...og det var bare sådan...altså...man følte virkelig som om at de ikke vidste...eller også troede de at man var så dum at man ikke vidste noget selv...de tilbød det ikke og så sagde jeg...”Jamen jeg har hørt noget med en klinik i England” og så sagde de...”Ja DET koster masser af penge og så skal du ha’ østrogen igen” (...) men det her med at skulle ha’ østrogen ind i min krop igen for at æggene skulle multiplicere...det ehh...havde jeg ikke lyst til...også fordi det var så Uvelkomment der...det var ikke noget de ville hjælpe med på nogen måde det var sådan at...”Så må du selv finde ud af det”...”Nåe okay...og det kan jeg ikke såe...bare operer mig så”

D følte heller ikke, at hendes ønsker om FP blev mødt med forståelse på SK, og hun tog derfor kontakt til en privatklinik, hvor hun deponerede sæd for egen regning:

D:

“Ja...hvor at ehmm...vi havde en dialog omkring at hvor at...at hun i hvert fald synes det var underligt ehmm...at at...at jeg havde det ønske (pause...synker) og at ehmm...så...så at ehmm...altså så det endte med at jeg faktisk selv ehmm...fik det frosset ned privat...i en privat sædbank har jeg sådan...så ehmm...og efterfølgende har jeg...fik så faktisk tilbudt at jeg...at man kunne gøre det på Rigshospitalet så at ehmm...men ehmm det var jo så efter at jeg var kommet i hormonbehandling...såe ehmm...ja så kunne det jo være lidt lige meget fordi...så kan min sæd jo ikke bruges alligevel”

B fortæller, at han havde overvejelser i forhold til om det at forfølge ønsker om FP kunne få konsekvenser for hans videre behandling:

B:

“(...) og det med at jeg overhovedet var så fri at spørge efter om jeg kunne få mine æg frosset ned...jeg følte virkelig jeg havde sådan...spurgte om noget FULDSTÆNDIGT SINDSSYGT...NEJ!...altså...som om det var noget VANVITTIGT (...) man er meget i deres hænder så det er også bare så...så laver jeg ikke mere ballade med DET for jeg vil gerne bare ha’ at I kastrerer mig ordentligt og ikke glemmer en saks inde i maven på mig...altså...det er sådan man tænker...man er jo så høflig og venlig som man kan og så liige stikke nogle små spørgsmål ud der virkelig går en på sinde...for eksempel det der med ens reproduktive øhh...evner”

8.3 Reproduktion

8.3.1 Reproduktion knyttet til bio-køn

Kønsidentitet er naturligt nok et fremtrædende tema blandt vores informanter og et tilbagevendende emne handler om at føle sig forkert i forhold til sig selv og omverdenen. Der ses ligeledes et aspekt af skam over utilpashed ved biologiske køns karakteristika og kønsspecifikke sociale forventninger.

Reproduktion er et tema, vores informanter på forskellige måder knytter til det biologiske køn, ligesom de har overvejelser om både de fysiske processer omkring reproduktion og de sociale roller, reproduktion konfirmerer. A siger:

A:

“(...) men det der med om jeg ville have børn...nej det...jo det lå i luften...jeg har jo...det er sådan et almenmenneskeligt behov... så selvfølgelig vil jeg gerne have børn...jeg havde bare ikke sådan lyst til at føde dem vel...men...at jeg fik børn er en konsekvens af at jeg sad fast i den situation (...) så tænkte jeg at jeg skulle have det barn jeg gerne ville have fordi så havde der i hvert fald været en mening med min krop (...) min mening er at hvis jeg kan bruge min krop til noget fornuftigt...så er det alt det der helvede jeg har været igennem jo ikke været helt forgæves ikk...altså sådan en teknisk beslutning ikk?”

A udtrykker her, som vi også så det under afsnittet omkring kønsidentitet, udfordringer ved de biologiske processer der er meget kønnede - i relation til graviditeten tager han således afstand fra de meget feminine karakteristika der bliver ekstra tydelige, samt hvordan omverdenen ser ham:

A:

“(...) de der ting der sker med kroppen hvor man får understreget de der karakteristika man helst ikke har lyst til...de bliver jo understreget når du gennemgår en graviditet (...) og jeg kan heller ikke identificere mig som den person der har gået og været gravid (...) de organer der var til stede på det tidspunkt det har jeg aldrig kunnet identificere mig med”

A:

“(...) så kom folk “Neej uhh” [gestikulerer] og de taler om en masse feminint til én ikk og man står sådan her “Right” ikk altså (...) jeg har aldrig følt mig feminin og det gjorde graviditeten bestemt heller ikke (...) [folk tænker] at det er noget feminint ikk...det er der hvor...hvor det så gik over mine grænser ikk fordi folk tillagde det noget feminint ikk...og også hele det der jordemoder-system hold da kæft mand...det...jeg havde det bare sådan med nummer 2 ikk...der fiser jeg bare ud på Amager Fælled om bag en busk”

C har tanker om konflikten mellem den forælderrolle, hun kan identificere sig med og hendes biologiske udgangspunkt for reproduktion:

C:

"(...) ehmm...ja...det har jeg tænkt...men jeg vidste ikke hvordan jeg skulle få dem [børn] (...) Jeg vil være en mor...det er...hvordan skal jeg forklare det...det kommer som en rolle fordi vi giver ikke...vi giver sperm...og det er en meget mandlig ting (...) de roder også i vores identiteter altså jeg er ikke en mand [men] (...) vores krops reproduktionsorganer...det er dem vi har"

B beskriver samme konflikt mellem fysiske muligheder og sociale roller:

B:

"(...) jeg vidste også bare...min...jeg skulle i hvert fald ikke være en pige og jeg skulle i hvert fald ikke føde nogen børn...så det vidste jeg...så derfor afskrev jeg bare alt det der...for jeg tænkte..."Hvad skal mit liv være?"...jeg kan jo ikke vokse op og blive en kvinde...og hvis jeg gør det...så kommer jeg aldrig til...og jeg skal i hvert fald ikke have en mand og jeg kommer til at leve alene så jeg (...) tænkte sådan noget med børn det skal jeg slet ikke...det det...det kan jeg da SLET ikke (...) og så bagefter da jeg skiftede køn så tænkte jeg..."Fik jeg det valg?"

8.3.2 Refleksioner over reproduktion

A fortæller om det at få børn, at det har været en copingstrategi på et svært tidspunkt i livet og at han under andre omstændigheder sandsynligvis ville have valgt anderledes:

A:

"Det er en konsekvens af min situation og så var det en intellektuel beslutning taget i en situation hvor jeg simpelthen ikke kunne holde det ud mere...og jeg...ehh...fordi jeg var ved at brække mig over mig selv (...) det har været en overlevelsestrategi som udgangspunkt men selvfølgelig er der også et almenmenneskeligt behov ikk...men altså hvis jeg skulle leve det hele om igen og jeg var 17 år i dag så...så...så ville jeg højst sandsynligt ikke have biologiske børn og det havde så heller ikke betydet noget...selvfølgelig betyder det noget når man har biologiske børn det er noget særligt (...) der er selvfølgelig en spejling i sine børn som der ikke er i ikke-biologiske børn (...) Havde jeg haft transitionsmulighederne som 17-årig med

hormoner og sådan nogle ting så havde jeg jo aldrig fået biologiske børn...men jeg har jo samme forhold til mine biologiske børn som..det er jo næsten...altså det er jo utænkeligt at de ikke er der fordi de ER mine børn og jeg er enormt glad for at jeg har biologiske børn men den pris jeg har betalt ville jeg jo ikke have betalt hvis jeg havde stået 30 år yngre i dag vel...så det har været en konsekvens af de muligheder der har været har skabt min mulighed for at få børn ikk?"

Både A og B demonstrerer begge i de følgende citater hvordan en graviditet var/ville være et overgreb på deres kønsidentitet, men også at ønsket om børn gjorde/ville gøre processen til et nødvendigt onde:

A:

*"(...) i hvert fald for mit vedkommende og sikkert også for mange andre når man vælger at bruge sin krop til at få børn...nu ved vi jo ikke hvor mange der gør det mere med mindre de er afklarede med det...men altså for mig var det vildt traumatiserende og enormt...altså jeg lavede nærmest voldtægt på min egen personlighed ikk...og det må man bare leve inde med ikk...altså det der med at gå rundt og være gravid ikk og kunne kontaktes som kvinde og ens krop den siger bare "bwrerrreeww"
[kuldegysning]...altså hvor man bare...det er virkelig grænseoverskridende (...) altså jeg har jo selv øvet vold på mig selv og min krop og min psyke for at få de børn jeg godt ville have"*

B udtrykker ydermere en ærgrelse over den manglende information fra de sundhedsprofessionelle og over ikke længere at have muligheden for reproduktion:

B:

"Ja...jamen nu hvor jeg så er kommet ind i mit liv og har fået et forhold og mere..kommet ind og blevet...et medlem af samfundet vil jeg næsten sige...[henvendt til C] men nu er det jo sådan at du også er trans...hvis du havde kunnet føde børn og sådan noget...så kunne det jo ha' været en reel mulighed...vores ENESTE mulighed...såe...så ville jeg synes...jeg er da sur inde i min...en del af min hjerne er stadig HARM overfor Rigshospitalet også alt hvordan det hele er foregået og det har trukket mit liv ud i langdrag (...) Men æggene har jeg ikke gjort noget ved...og det er jo for sent nu...såe jeg kan...jeg kan ikke føle harm

eller had eller...men men...lidt ærgrelse...ja!...det ærgrer mig lidt at jeg kunne ha' haft de æg...og så ku' vi ha fundet på en løsning med en rugemor eller hvad ved jeg...især når det er et kæmpe brændende ønske for den kvinde som jeg elsker ikke også? Og så ville jeg jo gerne være en far hvis det kunne..."

B reflekterer videre over at han, som livet ser ud nu, måske godt ville kunne forestille sig at bære et barn til sig og C, men at han dog stadig ville betragte det som en både fysisk og social udfordring:

B:

"Med megen overtalelse og fordi jeg har [C] så ville jeg gøre det for hende...ja...så er svaret ja...men for mig selv er det stadig sådan repulsive...det ku' jeg ikke tænke mig i min mave fordi jeg synes det er så kvindeligt (...) Men hvis vi boede på en øde ø i 3 år og det kun var os to og jeg lå inde i en hytte og ingen ku' se mig andre end hende i 9 måneder så ku jeg godt finde på at gøre det for vores skyld...at man har et barn...for jeg hører jo...flere har jo...folk har jo børn og det er dejligt...og jeg kommer selv fra en familie med mange børn...så så ja...og ehmm...men fordi den [livmoderen] slet ikke er der...jeg gider ikke græde over spildt mælk hvis I forstår (...) men hvis vi skal være helt ærlige så ville jeg gerne gøre det hvis jeg havde det her...så ville jeg gerne føde et barn...eller flere til dig...til os...til vores liv...men når...men det er stadig der...mange transmænd ville heller ikke gøre det...det ved jeg...fordi man er der...man vil gerne af med det...jeg vil også helst IKKE gøre det...jeg vil gerne være fri for det (...) Når vi snakker om alt det med børn så kan jeg da godt mærke at jeg...så bliver jeg da på ny sur eller på ny "Åå nej"... ikk? Så der er da en masse der ligger og lur i baghovedet stadigvæk"

B:

"[om gravide mænd]...men ligemeget hvad så er det sådan en mærkelig krydsover af rollerne som man heller ikke selv kan ha'...og så er det jo også...samfundet synes jo også det er mærkeligt...for det synes man os selv...eller også har man arvet den tanke af samfundet"

B:

"(...) det har været en hård hård proces og man er kun den ene...tit...jeg har jo heller

ikke sagt noget til min familie...man har ikke så meget støtte fra nogen...måske nogen venner...men de ved lige så lidt som en selv...så det er mig ene mand og det er meget op ad bakke og det er også...for mit vedkommende det der med børn...det ville føles som sådan en Utrolig luksus ovenpå alt det her...nu er det...nu ska' det...nu ER jeg bare...at bare jeg er en mand og har et nogenlunde liv og har det godt ”

8.3.3 Forældreroller

Vores informanter illustrerer her hvordan skelnen mellem køn og rolle i relation til forældreskab får betydning - at adskillelsen af bio-køn og rollen som forælder ikke nødvendigvis er sammenfaldende størrelser:

A:

*“Jeg er mine børns forælder...jeg er ikke deres mor...teknisk set er jeg men følelsesmæssigt nej...det har jeg hverken været den ene vej eller den anden vej så jeg er deres forælder...altså forælder det er jo en...det at være forælder det betyder at...eh...betingelsesløs kærlighed...de følelser man har for sit barn de har ikke nogen kønsmæssig betegnelse vel...så det er bare virkelig mærkeligt...selvfølgelig er jeg glad for at jeg har haft muligheden for at få biologiske børn men det var en teknisk beslutning og jeg er ikke...nej...jeg har aldrig rigtig været deres mor...teknisk set har jeg været det...jeg er den der har født dem men jeg er deres forælder...så...og der er ingen tvivl om når jeg får børnebørn...altså jeg er **BESTEMT IKKE**...der er jeg bare morfar og farfar og sådan noget altså...det...der har jeg ikke noget i klemme...man har altid noget i klemme overfor sine børn fordi...min titel er også deres identitet”*

A oplever desuden at blive mødt med en stigmatiserende opfattelse af køn og forældreroller:

A:

“(...) der var noget han [skoleinspektøren] ville snakke om fordi når han sådan så [datterens navn] og mig så sagde han øh (knipser) så tænkte han [hun] mangler jo en mor...så sagde jeg “nej, jeg er lige her”...jamen du har jo taget din...du har taget hendes mor fra hende (...) han mente at når jeg havde gennemgået en

kønsskifteoperation så tog jeg [hendes] mor fra hende...så siger jeg jamen jeg er den samme person som jeg var før og det er ligegyldigt (...)"

C føler, at reproduktion er et betydningsfuldt aspekt af det at være menneske, som hun, som transkønnet, har måttet give afkald på:

C:

"(...) jeg synes det er en urigtighed ja...umenneskelighed at vi mister ret til at være forældre..og at vi er..hvem vi kan også være...mmm...og kun fordi samfundet på den ene side ikke giver os tilbud og på den anden side laver de en totalt forkert rolle til os"

C:

"Jeg synes ikke vi skal glemme at vi også var børn...det at vi at havde vores forældre og forventer at vi også lærte hvordan forældre er eller betyder for børn...for mig...min mor betyder MOR...det var hun det var...med en masse adjektiver...min far er min FAR og også en masse adjektiver...det ved jeg godt at der er nogen betydning imellem hvad betyder forældre...så når vi kommer i nogen rolle som forældre så kommer der en følelse..jeg er stolt af mine forældre...jeg er Lizethe...jeg er stolt af min mor...og jeg er stolt af min far...hvordan de var...eller er...de var mennesker som lavede bum bum bum bum...så skal jeg lære mine børn..."Du skal være stolt af mig..på grund af la la la la la la"...og imellem det transperson...SELVFØLGELIG...hvordan jeg skal sige det til dem og hvornår jeg kan sige det til dem...hvordan kan jeg vise dem at de skal være stolte af mig...at jeg er en transperson også...fordi det er mig...(...) de skal være stolt af mig som jeg er stolt af min mor"

9. DISKUSSION

I dette afsnit diskuteres de fund vi har gjort ved analysen af vores empiri og som vist under resultater, er reproduktion et tema der har stor betydning for de transkønnede. Informanterne i denne afhandling har haft forskellige vilkår i transitionsprocessen, og har også forholdt sig forskelligt til spørgsmål om fertilitet og reproduktion.

I følgende diskussion vil fokus være på nogle af de barrierer transkønnede oplever i forhold til fertilitet og reproduktion og vi vil diskutere mulige årsager til disse. Vi har således delt barriererne op i 3 niveauer, der har relation til:

- *Det samfunds- og lovgivningsmæssige*
- *Sundhedssystemet og de sundhedsprofessionelle*
- *De transkønnede selv*

9.1 Samfunds- og lovgivningsmæssige barrierer

For at få en indsigt i de overordnede forhold der har indflydelse på transkønnedes vilkår og selvforståelse i samfundet, vil vi i det følgende diskutere hvordan både lovgivning og samfundsmæssige tendenser både direkte og indirekte påvirker transkønnedes reproduktive muligheder.

9.1.1 Samfund

Der findes ikke opgørelser over hvor mange transkønnede der er i Danmark, dels fordi de udgør en heterogen gruppe, men også fordi transkønnede på flere måder oplever stigma fra det omgivende samfund, og en del derfor vælger at skjule deres kønsidentitet. Denne problematik sås også hos vores informant:

“og så plus at jeg skal afsløre den her store ting [transkøn]...før skulle jeg ikke afsløre at jeg var lesbisk...for det kunne man se...så jeg tror det er sådan en hemmelig skjult ting der kommer op...der ikke er så skide attraktiv fordi folk er stadigvæk lidt...”Gud!..det er mærkeligt at være trans”.

Dette fænomen ses både nationalt og internationalt, hvor transkønnede som population i højere grad end andre minoriteter oplever at blive udgrænset alene på grund af deres kønsidentitet, hvorfor det er svært at få specifikke data fra denne gruppe (12,26).

På trods af, at der i Danmark er kommet et mere afslappet syn på seksuelle minoritetskulturer gennem det sidste årti, er der fortsat trans-negativitet i den danske befolkning (26). Foreliggende forskning understøtter, at LGBT-personer både

historisk set og også fortsat bliver udsat for omfattende stigmatisering og diskrimination (27,28).

En stor online-undersøgelse af mere end 93.000 LGBT-personer udført i de 27 EU medlemslande samt Kroatien (12) viste således, at halvdelen af respondenterne indenfor det seneste år inden undersøgelsen, var blevet udsat for stigmatisering eller forskelsbehandling af det omgivende samfund. Undersøgelsen dækkede flere områder udover stigma i forhold til seksuel orientering eller kønsidentitet, og viste at transkønnede i høj grad oplevede stigmatiserende eller diskriminerende behandling på arbejdspladser, uddannelsesinstitutioner og i relation til sundhedsydelser. Gruppen af transkønnede skilte sig ud fra gruppen af bøsser, lesbiske og biseksuelle ved i næsten samtlige forhold, at angive en markant højere grad af stigmatisering og diskrimination (12).

Vores informanter fortæller alle om oplevelser, hvor de føler sig stigmatiserede i forhold til det omgivende samfund:

(...) man er second class citizen hele vejen igennem man er ikke engang...man er nærmest tossepatienten (...)

“og følelsen i...det er da totalt...ja jeg blir bare skidesur fordi jeg føler mig uretfærdigt behandlet...jeg bliver behandlet DÅRLIGERE end de andre...og det kan jeg mærke og det kan man se”

Et eksempel på trans-negativitet i omgivelserne fremgår blandt andet af “Glostrupundersøgelsen” hvor 11 % og 8 % af kvinder født i 1936 kategoriserede henholdsvis transvestisme og transseksualitet som perverst (26).

Ifølge vores empiri er det at være transkønnet ofte knyttet til følelsen af at skille sig ud i forhold til omverdenen. Følelsen af ikke at passe ind i de faste kategorier og den medfølgende ensomhed i forhold til at være anderledes end omgivelserne, medfører således en generel frustration hos vores informanter.

Meget centralt er emnet omkring ikke at blive mødt i sin oplevelse af køn, hvor omverdenens manglende anerkendelse og forståelse, opleves stigmatiserende:

“Det er det der hiver os ned i det der gør mest ondt...der er at vi bliver hevet tilbage i kvinden for mig og tilbage til manden for...de kan jo ikke såre os på mere end at gøre det (...)”

Disse fænomener genkendes fra forskning omkring minoriteter, hvor man bruger det socialpsykologiske begreb “minoritets-stress” til at redegøre for, hvordan den kulturelt funderede, cis-normative stigmatisering har betydning for transkønnedes generelle velbefindende og risiko for at udvikle psykiske lidelser som bl.a. angst og depression (15,27).

Kulturel stigmatisering og den medfølgende trans-negativitet i samfundet er således en sandsynlig medvirkende årsag til de mangeartede bio-psyko-sociale udfordringer transkønnede oplever.

En dansk socio-demografisk opgørelse over transkønnede, der blev behandlet på Sexologisk klinik på Rigshospitalet i perioden 1978-2002 (29), viste også at gruppen statistisk set var lavere uddannet og havde dårligere selvoplevet helbred end gennemsnittet, ligesom en stor del af gruppen var på overførselsindkomster, herunder en væsentlig andel på førtidspension (29).

Transkønnede som gruppe adskiller sig dermed markant fra det omgivende samfund, især i forhold til psykosocial trivsel og udgør således en gruppe, der statistisk fremstår relativt resourcesvag. Dette kan være en forstærkende faktor for den stigmatisering, de oplever.

Tal fra CASAs levevilkårsundersøgelse for LGBT-personer (30) fra 2009 viser, at LGBT-personer har dobbelt så stor andel af selvmordstanker som den øvrige befolkning - og at andelen af selvmordsforsøg er fire gange så stor (30).

Noget tilsvarende sås i et stort populationsstudie af Graugaard m.fl. (31) der ligeledes fandt en dobbelt så stor andel af selvmordstanker hos ikke-heteroseksuelle sammenlignet med heteroseksuelle, og op imod 3 gange så mange selvmordsforsøg i samme gruppe (31).

En af vores informanter fortalte at han som en konsekvens af ikke at kunne komme til at leve i overensstemmelse med sit følte køn, var kommet så lang ud at han havde haft overvejelser om at tage sit eget liv:

“(...) hvis jeg ikke kom i transition inden jeg bliver 25 så hoppede jeg ud fra et eller andet højt (...)”

Frygten for stigmatisering ved afsløring af den anderledes kønsidentitet så vi, som vist i resultatafsnittet, hos vores informant, der havde haft overvejelser over, med hvem han kunne dele sin oplevelse af køn og sit ønske om at få fjernet sine bryster hvor han bruger formuleringen *“der kan man jo også snakke fordi man er lidt det samme”* som viser en følelse af anderledeshed i forhold til det omgivende samfund. Udgrænsningen i omgivelserne betyder at ensomhed ligeledes er en væsentlig faktor for vores informanter, hvilket ses i følgende udsagn:

“(...) jeg troede jeg skulle blive alene fordi det var konsekvensen af at have skiftet køn (...)”

“(...) det har været en hård hård process og man er kun den ene...tit...jeg har jo heller ikke sagt noget til min familie...man har ikke så meget støtte fra nogen (...)”

Informanten har her overvejelser om sin tilværelse, hvor transkønnet bliver årsag til forestillingen om et liv alene.

Ifølge en undersøgelse fra Statens Institut for Folkesundhed (27) er gruppen af transkønnede dem der oplever den største grad af ensomhed i forhold til manglende kontakt med familie og har dårligere selvoplevet mental trivsel, hvilket understøtter vores empiri på forskellige måder.

I relation til reproduktion deler en af vores informanter, tanker omkring hvordan omverdenen ser på transkønnedes ret til og ønsker om at blive forældre, også efter transition. Han illustrerer således hvordan samfundets syn på en “gravid mand” rummer mulighed for stigmatisering:

“(...) sådan en mærkelig krydsover af rollerne som man heller ikke selv kan ha’...og så er det jo også..samfundet synes jo også det er mærkeligt...for det synes man os selv...eller også har man arvet den tanke af samfundet”

Han påpeger dermed, at den gældende diskurs omkring køn - og rollen som mor og far udfordres i forbindelse med transkønnet reproduktion, men udtrykker samtidig hvordan et cis-normativt syn på dette, kan være hindrende for hans muligheder for reproduktion:

“(...) men at folk bare siger med det samme...”Har du sagt A må du bare sige B...så skal du ikke være gravid”...jamen...så mister jeg min chance til børn...det tænker de ikke lige på...eller også så tænker de at det er lige meget fordi man skal bare være glad for at man overhovedet fik lov til at skifte køn”

En anden informant formulerer det anderledes, men bringer samme tema omkring stigma i spil når hun formulerer tabet af *“(...) samfundets status som personer som kan reproducere en anden person (...)”* som en konsekvens af de reproduktive udfordringer transkønnede møder.

9.1.2 Lovgivning

De overordnede rammer for behandlingen af transkønnede udspringer af lovgivningen og i forlængelse heraf de vejledninger, der ligger til grund for behandlingstilbuddene til transkønnede i Danmark. Vi vil her diskutere hvordan lovgivningsmæssige forhold kan have indflydelse på transkønnedes fertilitet og reproduktion. I relation til lovgivningen omkring transkønnede har vi fundet 2 forhold, der strukturelt set kan have betydning for transkønnedes fertilitet og reproduktion.

Overordnet hører forhold vedrørende transkønnede og reproduktion under flere lovgivninger, herunder bl.a. lov om juridisk kønsskifte: *“Lov om ændring af lov om Det Centrale Personregister”* (22), lov om assisteret reproduktion *”Bekendtgørelse af lov om assisteret reproduktion i forbindelse med behandling, diagnostik og forskning m.v.”* (20) og *“Vejledning om udredning og behandling af transkønnede”* (17).

Historisk set har den danske lovgivning taget udgangspunkt i en cis-normativ tilgang til køn.

Der er således flere eksempler på, at allerede eksisterende lovgivning bliver *“tilpasset”* de voksende krav fra minoritetsgrupper, der dermed opnår samme retsstilling som den øvrige befolkning, som eksempelvis ved vielse af homoseksuelle (32).

Loven om juridisk kønsskifte (22) der blev vedtaget i 2014 er således en lovgivning der har ideologisk baggrund i en senmoderne kønsforståelse, hvor kønnet afgøres alene ud fra det personligt oplevede og er uafhængigt af biologiske faktorer. Med

lovens vedtagelse, frafaldt man således det tidligere krav om kastration af transkønnede i forbindelse med juridisk kønsskifte.

Dette skal ses som en anerkendelse af de transkønnede og deres ret til, også i juridisk henseende, at opnå sammenhæng mellem det oplevede køn og deres identitet. Der er dog nogle særlige forhold der kommer i spil, når det drejer sig om transkønnede og reproduktion, idet der ikke er udarbejdet en lovgivning med specifikt sigte på transkøn.

Loven om assisteret reproduktion (20), som ofte vil skulle tages i brug i relation til transkønnet reproduktion, tager således udgangspunkt i biologiske faktorer:

“Kvinde: I denne bekendtgørelse forstås med en kvinde, i forbindelse med donation af kønsceller, som en person med livmoder eller æggestoksvæv.”
(20).

“Mand: I denne bekendtgørelse forstås med en mand, i forbindelse med donation af kønsceller, som en person med person med mindst en testikel.”
(20).

Der er på denne måde lovgivninger der kolliderer med hinanden, hvor loven om juridisk kønsskifte tager udgangspunkt i en personlig oplevelse af køn og loven om assisteret reproduktion, tager afsæt i en bio-fysiologisk definition.

Samme person kan på denne måde, i én sammenhæng defineres som mand og i en anden som kvinde.

Dette kan potentielt give udfordringer af etisk karakter - når en biologisk mand, der ikke behøver undergå kastration for at få juridisk status som kvinde, således kan være biologisk ophav og dermed blive far til et barn, samtidigt med, at vedkommende i det omgivende samfund fremtræder som kvinde og indtager den sociale rolle som mor.

Og på samme måde med en biologisk kvinde, der på trods af sin juridiske status som mand, kan have bibeholdt sin livmoder og dermed føde et barn som vedkommende biologisk set er mor til, men i det omgivende samfund fremtræder som mand og indtager en far-rolle for det nyfødte barn.

Dette blot som to eksempler ud af mange tænkelige, hvor både transkønnede og omgivelserne bliver udfordret af ordlyden i forskellige lovtekster.

I loven om assisteret reproduktion angives forskellige regler for opbevaring og brug af menneskelige æg - disse kan således almindeligvis kun opbevares i maksimalt 5 år og kun lægges tilbage i samme *kvinde* (20).

Etisk råd (33) har i 2017 i en udtalelse omhandlende dobbeltdonation anbefalet at lovliggøre dette, dog med den restriktion, at det betinges af infertilitet eller sygdom hos den modtagende kvinde (33). I overvejelserne indgår blandt andet det perspektiv, at nutidens familiemønstre rummer mange andre familie-sammensætninger end den traditionelle kernefamilie (33).

For transkønnede FtM'er ville fuld lovliggørelse af dobbeltdonation således skabe mulighed for at stifte familie, hvor begge parter i forholdet kan føle sig biologisk knyttet til barnet - den ene ved ægdonationen og den anden ved at bære og føde barnet. Denne tanke er ikke fremmed for en af vores informanter:

“[henvendt til C] men nu er det jo sådan at du også er trans...hvis du havde kunnet føde børn og sådan noget...så kunne det jo ha' været en reel mulighed...vores ENESTE mulighed”

9.1.3 Udredningen på sexologisk klinik

En mere praksisnær barriere skal findes i forløbet på Sexologisk klinik, hvor de transkønnede starter deres udredning for transseksualitet. Indholdet af og kriterierne for udredningsforløbet er, som før nævnt, reguleret via Sundhedsstyrelsens “Vejledning om udredning og behandling af transkønnede” (17) der dermed udgør de praktiske retningslinjer i transkønnedes kontakt med sundhedsvæsenet.

Som vist i baggrundsafsnittet konkluderede Amnesty International, at der, blandt de transkønnede, var stor frustration og utilfredshed med varigheden af et udredningsforløb på Sexologisk Klinik, hvor et gennemsnitligt udredningsforløb varer adskillige år (21).

Også formen på udredningen - der traditionelt har været funderet med fokus på mulig psykisk sygdom, eller seksuelle afvigelser som motiv for ønsket om kønskorrigerende behandling - bliver kilde til kontroverser mellem sundhedsprofessionelle og patient.

Dette bekræftes af vores empiri, hvor vores informanter fortæller om forløb over flere år, der afbrydes af dem selv - ikke fordi de kommer i tvivl om deres transkøn, men fordi den sundhedsprofessionelle på forskellig vis afviser transkønnet.

Denne frustration kommer blandt andet til udtryk, ved det sprogbrug en af vores informanter benytter sig af, når han skal beskrive processen inden hans godkendelse, hvor han udtrykker oplevelsen af at være:

“(...) blevet trukket gennem manegen i flere år”.

”Jamen jeg HAR jo været her...og I VED godt hvorfor” ...og de sagde “Det går desværre ikke...man skal igennem det der introforløb”

“(...) hvor de kasserede mig og sagde du er ikke transperson og så sagde jeg “Hva’...HVAD er jeg SÅ?” (...)”

Samme oplevelse ses hos en anden informant, der i årene op til hans godkendelse henvendte sig 5 gange på et år, men hver gang blev afvist med den begrundelse, at det, at han havde brugt sin livmoder, ikke var foreneligt med transkøn.

Formuleringen i *“Vejledning om udredning og behandling af transkønnede”* (17) omkring fertilitetsbevarende tiltag samt reproduktion, rummer mulighed for fortolkning, hvorfor dette kan være afgørende for, hvordan sundhedssystemet vælger at vægte dette emne. Overordnet set tager vejledningen udgangspunkt i en anerkendende tilgang:

“Udredning og eventuel behandling skal tage udgangspunkt i patientens aktuelle situation og foretages med en åben, rummelig, værdig og respektfuld tilgang til patientens problemstilling og med inddragelse af patientens synspunkter og ønsker” (17).

Dette kan sandsynligvis rumme udfordringer for de sundhedsprofessionelle, når der samtidig er meget klart formulerede retningslinjer for, hvilke faser patienten skal igennem i udredningsforløbet og hvor lange disse skal være, før man anser en patient for fuldt udredt.

Med hensyn til fertilitet og reproduktion stilles der krav til speciallægen om at informere om den negative indflydelse hormonbehandling kan have på testikler og æggestokke, men vi hæfter os ved, at anvisningerne i forhold til den egentlige FP behandling er anbragt under afsnittet "Anden behandling" - som sidste punkt og forudgået af mindre indgribende "emner" som bl.a. stemmetræning og et eventuelt ønske om paryk hos den transkønnede. Der står således, at der:

*"under iagttagelse af gældende lovgivning **eventuelt** [vores fremhævning] foretages henvisning til deponering og nedfrysning af sædceller med henblik på senere assisteret reproduktion samt henvisning til deponering af ægceller, hvor det er muligt at lægge disse tilbage til samme kvinde på et senere tidspunkt" (17).*

Denne formulering rummer således ikke en direkte opfordring til handleanvisninger i forhold til fertilitets- og reproduktionsbevarende tiltag, men har karakter af en "eventuel" mulighed. Såfremt man ville tillægge området større vægt, kunne man i formuleringen have brug ordet "bør" idet der dermed følger en forpligtelse.

9.2 Mødet med sundhedssystemet og den sundhedsprofessionelle

Mødet mellem den transkønnede og de sundhedsprofessionelle rummer ligeledes flere niveauer af barrierer. Med udgangspunkt i strukturelle og personafhængige barrierer vil vi i det følgende se på, hvilke årsager der kan ligge til grund for den manglende prioritering og italesættelse.

9.2.1 Strukturelle barrierer

Overlæge Dorthe Hartwell fortæller at antallet af transkønnede henvendelser er vokset eksplosivt gennem de seneste år og at gruppen samtidigt fremstår mere forskelligartet end tidligere, med varierende ønsker og behov indenfor kønskorrigerende behandling. Dette har stillet krav til det multidisciplinære team, der dermed har fået langt flere patienter og følgelig derfor også langt flere individuelt tilpassede forløb.

Efter udrednings- og observationsforløbet i Sexologisk klinik, overgår den videre behandling af den transkønnede til gynækologisk klinik, der varetager behandlingen med kønshormoner.

På Rigshospitalets hjemmeside henvises til World Professional Association for Transgender Health "Standards of Care" (15), der angiver internationale guidelines omkring blandt andet forhold vedrørende reproduktiv sundhed hos transkønnede.

I Rigshospitalets patientvejledninger (34,35) for transkønnede, omhandlende opstart af hormonbehandling som led i deres kønskorrigerende behandling, beskrives mulighederne for FP og reproduktion. I patientvejledningen for MtF står der således:

"Når du får fjernet testiklerne vil du ikke længere kunne få børn med din egen sæd. Der er et tilbud om at få deponeret sæd til evt. senere brug. Tilbuddet er gratis. Sæden bør indsamles og deponeres før opstart med hormoner" (34)

Her tilbydes der mulighed for deponering og opbevaring af sæd i offentligt regi som en del af tilbuddet. Patientvejledningen for FtM rummer ikke samme tilbud:

"Når du har fået fjernet æggestokkene, kan du ikke længere få børn med dine egne æg. Der er aktuelt ikke noget tilbud om at opbevare æg til senere brug" (35)

I Gynækologisk kliniks faglige vejledning "*Medicinsk og kirurgisk behandling af transkønnede og personer med anden kønsidentitetsforstyrrelse i gynækologisk klinik (DF 64.0 og DF 64.9)*" (36) anføres det, at orientering om effekt og bivirkninger af kønshormonbehandlingen, herunder konsekvenser for fremtidig fertilitet skal finde sted ved den transkønnedes første konsultation i klinikken.

De faglige retningslinjer lægger således op til at fertilitet og reproduktion drøftes med den transkønnede i forbindelse med kønskorrigerende behandling.

På trods af vejledningernes ordlyd og de internationale anbefalinger, giver vores informanter udtryk for, at initiativet til samtale omkring mulighederne for FP og reproduktion "*(...)er fuldstændig ikke-eksisterende*" og "*(...) det skulle jeg selv bringe op*".

Dorthe Hartwell fortæller, at der i det multidisciplinære team ikke er udarbejdet klare retningslinjer for, hvilken af klinikkerne der skal varetage samtalen om eventuelle muligheder og ønsker omkring fertilitet og reproduktion, med den transkønnede. Den vejledning der foregår i Gynækologisk klinik, er således udelukkende en information til MtF om muligheden for cryopræservation af sæd. For FtM'erne finder der ingen samtale sted idet der ikke tilbydes cryopræservation af æg som FP for FtM'erne.

Årsagen til det manglende tilbud omkring cryopræservation af æg forklarer Dorthe som funderet i økonomi - at da der ikke er fokus på transkønnet reproduktion som selvstændigt område, tilføres klinikken heller ikke midler til et sådant tilbud og finansieringen ville således skulle findes indenfor klinikkens øvrige budget.

En proces med hormonbehandling, udtagning og cryopræservation af æg hos en patient koster således nemt mellem 50 -100.000 kr.

De tilbud der findes i klinikken omkring cryopræservation af æg, har udgangspunkt i forskning og retter sig mod kvinder med for eksempel ovariecancer - hvor finansieringen af dette udgøres af projektmidler og dermed ikke indgår i klinikkens budget. Cryopræservation af sæd for MtF'ers vedkommende er en billig og hurtig procedure, der udgør en minimal post i klinikkens budget.

Man kan således sammenfatte, at den manglende prioritering og forskningsmæssige interesse - og dermed manglende økonomi, udgør den primære barriere og ikke manglende kompetencer som årsag til forhindringer for FP for FtM'erne.

De teknikker der bruges til udtagning og opbevaring af æg, er veletablerede og bruges dagligt i forbindelse med assisteret reproduktion på Rigshospitalets fertilitetsklinik. Der eksisterer med andre ord allerede faciliteter og ekspertise til at kunne tilbyde FP til FtM'ere også.

Dette problematiseres dog af førnævnte lovgivningsmæssige barrierer i Danmark, der ville have indflydelse på et sådan tilbud. Der er således mangeartede scenarier der kunne komme i spil, illustreret ved følgende eksempel:

Hvis en FtM ønsker juridisk kønsskifte, kastration og hysterektomi som led i sin transition, ville et cryopræservedt æg dermed ikke kunne lægges tilbage i samme *kvinde* som loven foreskriver. Den manglende livmoder ville så betyde, at der ville

være brug for en rugemor, hvilket ikke er tilladt i Danmark. En oplægning af ægget hos den heteroseksuelle FtM's kvindelige partner ville ligeledes ikke være muligt idet der så ville være tale om dobbeltdonation. Det ville derfor være omsonst at cryopræservere æg, der ikke ville kunne anvendes i henhold til gældende lovgivning i Danmark.

9.2.2 Sundhedsprofessionelle

Vores informanter giver alle udtryk for, at samtalen omkring fertilitet og reproduktion ikke prioriteres i deres kontakt med sundhedssystemet, ligesom de oplever stigmatiserende og cis-normative udtalelser i relation til deres ønsker eller valg omkring reproduktion. Omvendt fortæller Dorthé Hartwell at også de sundhedsprofessionelle kan føle sig udfordrede i forhold til gruppen af transkønnede, der har langt større fokus på krav og rettigheder i dag end tidligere.

“(...) og det med at jeg overhovedet var så fri at spørge efter om jeg kunne få mine æg frosset ned...jeg følte virkelig jeg havde sådan...spurgte om noget FULDSTÆNDIGT SINDSSYGT...NEJ!...altså...som om det var noget VANVITTIGT (...)”

“(...)det var så Uvelkomment der...det var ikke noget de ville hjælpe med på nogen måde det var sådan at...”Så må du selv finde ud af det”...”Nå okay ...og det kan jeg ikke sige...bare operer mig så”

Mødet med den sundhedsprofessionelle rummer en meget direkte og personlig kontakt med en repræsentant for det system, der skal træffe afgørelser i vurderingen af den transkønnedes kønsidentitet og dermed skabe adgang til videre behandling. Denne kontakt er ifølge vores informanter præget af manglende indsigt i nogle af de problematikker og vilkår, transkønnede er underlagt, og opleves derfor på mange måder som stigmatiserende og uden omtanke.

På trods af, at transkønnethed er funderet i en kønsidentitets problematik og ikke i seksualiteten, indeholder den påkrævede grundige udredning i Sexologisk klinik meget nærgående og personlige spørgsmål, om blandt andet seksualitet. Dette bliver således årsag til, at de transkønnede føler sig intimiderede i kontakten med de

sundhedsprofessionelle. Kontakten mellem den sundhedsprofessionelle og den transkønnede mangler således basis for fortrolighed, hvilket kan besværliggøre den meget personlige samtale omkring reproduktion.

Det positive samspil mellem den sundhedsprofessionelle og den transkønnede skabes ifølge Graugaard (37) gennem "*nysgerrighed, åbenhed og dialog*" hvor man, ved tidligt i forløbet at introducere et emne, tillægger det værdi og væsentlighed og dermed gør det legitimt for patienten at tage emnet op (37).

I forhold til vores informanters ønsker omkring fertilitet og reproduktion lader der til at være en diskrepans mellem de transkønnedes ønsker om at reproduktion italesættes af den sundhedsprofessionelle og det, der tilbydes af sundhedssystemet.

En mulig årsag til den manglende dialog kan ligge i begrebet "tovejstabu" (37) hvor den manglende dialog kan have afsæt i mange faktorer hos både den sundhedsprofessionelle (for eksempel manglende viden om ønsket hos den transkønnede, manglende tilbud, trans-negativitet, manglende tradition for reproduktionssamtale) ligesom den transkønnede kan have forbehold for at udtrykke sine ønsker (for eksempel af frygt for om det kan påvirke behandlingen negativt, at emnet ikke er taget op af den sundhedsprofessionelle eller tidligere oplevet modstand hos den sundhedsprofessionelle):

"(...) man er meget i deres hænder så det er også bare så...så laver jeg ikke mere ballade med DET for jeg vil gerne bare ha' at I kastrerer mig ordentligt og ikke glemmer en saks inde i maven på mig...altså...det er sådan man tænker...man er jo så høflig og venlig som man kan og så liiige stikke nogle små spørgsmål ud der virkelig går en på sinde...for eksempel det der med ens reproduktive øhh...evner ikk?"

Samtalen omkring følsomme emner kunne med fordel tage udgangspunkt i PLISSIT-modellen (37), der er udviklet med henblik på samtalen omkring seksuelle problematikker, men ligevel kan bruges i samtalen omkring fertilitet og reproduktion med den transkønnede. Dette placerer samtalen som noget tilladt og relevant.

PLISSIT-modellen består således af 4 rådgivningsniveauer som illustreret nedenfor:

Niveau	Indhold	Den sundhedsprofessionelles opgave	Informanternes tanker og ønsker
P	Permission	Den sundhedsprofessionelle bringer reproduktion op for at få tilladelsen til samtalen af den transkønnede og samtidig signalere emnets relevans: "Jeg ved fra andre transkønnede at ønsket om børn kan være aktuelt..."	<i>"(...) sådan nogle ting kunne de da godt spørge om (...) bare de der menneskelige tilbud...med "Hey du...du vil måske også gerne have børn"</i>
LI	Limited Information	Den sundhedsprofessionelle giver en begrænset specifik information omkring muligt fald i fertiliteten og de reproduktive muligheder ved behandling med kønshormoner eller kirurgi.	<i>"(...) man skal i hvert fald ha undervisning i at...du kan faktisk godt som transmand blive gravid hvis du ikke opererer dig...det er der jo ingen der ved"</i>
SS	Specific Suggestions	Den sundhedsprofessionelle kommer med konkrete løsningsforslag omkring cryopræservation af æg eller sæd.	<i>"Hvordan er det med hvis jeg skulle ha' frosset mine æg ned?"</i>
IT	Intense Therapy	Den sundhedsprofessionelle henviser til specialiseret behandling på for eksempel fertilitetsklinikken eller i udlandet.	<i>"(...) det ærgrer mig lidt at jeg kunne ha' haft de æg...og så ku' vi ha fundet på en løsning (...)"</i>

Der er flere eksempler i vores empiri, hvor den sundhedsprofessionelle har kommenteret de transkønnedes ønsker omkring fertilitet og reproduktion ud fra en normativ eller diskriminerende tankegang med kommentarer som "(...) nu skal du jo til at være en mand (...)" og "(...) det ville være synd for barnet at at ...hvis jeg blev mor til et barn...fordi...det ville jo være...synes hun...sådan lidt...lidt børnemishandling nærmest (...)"

Ifølge Almås og Benestad (38) er en professionel holdning med viden, respekt for patientens grænser, klarhed i forhold til egne grænser og fordomsfrihed en forudsætning, i behandlingen af transkønnede. Ovenstående citater har præg af en behandler-tilgang, der på mange måder udspringer af fordomme og manglende viden.

SK er organisatorisk placeret under psykiatrisk center og står blandt andet også for behandling af seksuelle afvigere, seksuelle kriminelle og seksuelle udfordringer i forbindelse med udviklingsforstyrrelser. Kønsidentitets-problematikker er ikke primært funderet i hverken en seksuel eller psykisk lidelse, og har derfor et andet udgangspunkt end SK's øvrige behandling. Dette kan sandsynligvis være en forklaring på den manglende indsigt i de særlige vilkår transkønnede har og måske ligge til grund for en del af de udtrykte fordomme.

Kønsidentitets-problematikker udfordrer den essentielle forståelse af køn, hvilket kan komme i konflikt med den sundhedsprofessionelles personlige eventuelle binære forforståelse og heteronormative begrebsramme. Den professionelle holdning kan således komme under pres og den sundhedsprofessionelle risikerer at komme til at udtrykke en trans-negativitet, der både kan være personligt og systemisk betinget.

Et grundlæggende princip i lægefagligt arbejde tager udgangspunkt i, at der skal foreligge en fagligt relevant, præcis og korrekt diagnose, der kan udgøre grundlag for indikationen for at iværksætte den behandling, som patienten enten behøver eller ønsker.

Dorthe Hartwell fortæller, at den generelle behandling af den transkønnede patient på nogle områder kan udfordre den sundhedsprofessionelle, idet man som fagperson kan stå overfor at skulle møde patientens specifikke ønsker, der måske ikke stemmer overens med normal lægefaglig standard. Hun eksemplificerer dette i relation til behandling af den transkønnede med kønshormoner, hvor der kan være

faktorer som alder, BMI eller andre forhold, der ville være kontraindicerende for behandlingen hos den almene patient, men hvor hensynet til og accepten af en persons transkøn gør, at man giver hormoner velvidende at dette, ud fra et sundhedsmæssigt hensyn, ikke udgør den gode behandling.

Patientens store ret til selvbestemmelse betyder også at der i relation til plastikkirurgisk korrigerende af genitalia, sommetider fremsættes ønsker, der medfører en suboptimal løsning, der kan betyde en øget risiko for komplikationer hos den transkønnede. Det kan ligeledes være udfordrende for den sundhedsprofessionelle at operere på raske og velfungerende kønsorganer, for at frembringe visuelle forandringer, der indebærer stor risiko for nedsat funktion og nerveskader, med påvirkning af seksuallivet til følge.

Udfordringerne hos de sundhedsprofessionelle kommer også til udtryk i Sexologisk kliniks 25 års jubilæumsskrift om behandlingen af de transkønnede (39):

“Gennem årene har et stigende antal personer ønsket helt eller delvis kønsskifte. I dag er adgangen til internettet og den øgede kontakt mellem patienter en faktor, som påvirker den enkelte patient, og til tider gør det vanskeligt at få et klart billede af det enkelte menneske, som ønsker behandling. Desuden lever vi i et moderne, demokratisk og velhavende samfund med en øget bevidsthed om det enkelte menneskes ret til selvbestemmelse, også når det gælder køn” (39).

Der er på denne måde flere faktorer der kan ligge til grund for den manglende samtale omkring fertilitet og reproduktion mellem den sundhedsprofessionelle og den transkønnede, hvor både bevidste som ubevidste faktorer kan spille ind.

9.3 De transkønnede selv

Vores empiri viser tydeligt, at informanterne har ønsker, drømme og behov i forhold til reproduktion, men det fremgår også tydeligt at de har nogle særlige vilkår, der påvirker deres muligheder for at realisere dette. På det personlige plan står transkønnede overfor en række barrierer, der på forskellig vis påvirker overvejelserne og mulighederne for reproduktion. To af disse blev særligt fremtrædende i denne undersøgelse og vil blive behandlet i det følgende afsnit.

9.3.1 Kropsdysfori

Transkønnede præsenterer generelt en høj grad af kropsdysfori forud for kønskorrigerende behandling, og har et vedvarende ubehag ved at blive kønnet i forhold til deres biologiske køn. De fleste oplever både konkret ubehag ved fysiske kønskaraktistika og en mental stresstilstand ved at blive identificeret og kategoriseret af omverdenen som tilhørende et andet køn end det oplevede. Når det kommer til reproduktion, der uundgåeligt har udgangspunkt i biologien, bliver transkønnede derfor udfordret på flere planer.

Den cryopræserving af kønsceller, som “*Vejledning om udredning og behandling af transkønnede*” (17) giver mulighed for, kræver donation af sæd eller æg, hvilket ifølge flere undersøgelser i sig selv kan udgøre en barriere for de transkønnede. Et kvantitativt belgisk studie fra 2002 (40) med deltagelse af 121 MtF’er peger på to umiddelbare barrierer idet en tredjedel af respondenterne mente, at deponering af sæd kunne gøre det svært at bryde forbindelsen til det biologiske køn, og en tredjedel mente at de ville være ude af stand til at masturbere på et hospital. Denne barriere genfindes ikke umiddelbart i vores empiri, hvor en informant udtrykker at barrieren i højere grad skal findes i omverdenens sammenkobling af biologi og køn, end hun selv oplever en konflikt i forhold til donation og opbevaring af sæd:

“de roder også i vores identiteter altså jeg er ikke en mand [men] (...) vores kropps reproduktionsorganer...det er dem vi har”

Her udtrykkes mere en erkendelse af, at muligheden for reproduktion afhænger af et biologisk bidrag, som informanten ikke selv knytter til sin kønsidentitet, og dermed heller ikke finder tanken om at donere eller deponere problematisk.

Heller ikke vores anden MtF informant finder det problematisk med donation og deponering af sæd i forhold til kønsidentitet. Hun fortæller at have taget konsekvensen af ventetiden i behandlingsforløbet på SK og har valgt selv at betale for opbevaring af sæd, for at sikre en så god sædkvalitet som muligt, i forhold til eventuel fremtidig anvendelse:

“så det endte med at jeg faktisk selv ehmm...fik det frosset ned privat...i en privat sædbank har jeg sådan...så ehmm...og efterfølgende har jeg...fik så faktisk tilbudt at jeg...at man kunne gøre det på Rigshospitalet så at ehmm...men ehmm det var jo så efter at jeg var kommet i hormonbehandling...så ehmm...ja så kunne det jo være lidt lige meget fordi...så kan min sæd jo ikke bruges alligevel”

En artikel baseret på et kvalitativt studie, fra 2016 (41) ligger mere i tråd med vores informanter, idet donation af sæd til nedfrysning hverken oplevedes som fysisk eller psykologisk udfordrende af MtF'er, men tværtimod beskrives som en hurtig og nem procedure.

Dette kan hænge sammen med at der i de 14 år, der ligger mellem de to undersøgelser, er sket en betydelig udvikling i forståelsen og accepten af transkøn. Både forskningsmæssigt, men også i samfundet generelt, er der i dag en større bevidsthed om de problematikker transkønnede udfordres af. Derudover er det forventeligt at de transkønnede også har en anden selvforståelse end tidligere, hvilket ligeledes kan have betydning for deres tilgang til fertilitetsbevarende processer.

Samme undersøgelse fandt at FtM'er oplever en stor grad af udfordringer i forhold til FP, idet modning og udtagning af æg er en langt mere indgribende proces, der både kræver længerevarende behandling med østrogen og vaginalundersøgelser - begge dele noget, deltagerne identificerede med deres biologiske køn og derfor havde det svært med.

I et svensk studie publiceret i 2017 (42) gennemførtes 15 kvalitative interviews, der undersøgte hvordan FtM'er oplever FP ved cryopræservasjon af ubefrugtede æg. Dette studie fandt at størstedelen af deltagerne havde udpræget kropsdysfori under processen på grund af afbrudt eller udsat testosteronbehandling og den fysiske understregning af kvindelige køns karakteristika, som opstarten af østrogen foranledigede. Det fysiske ubehag ved processen og de fysiske undersøgelser, der indgik i forløbet, havde ligeledes en negativ indflydelse på deltagernes mentale trivsel. En væsentligt forstærkende faktor for dette fandtes i de sundhedsprofessionelles italesættelse af kropsdele og kropsfunktioner, ud fra en kvindelig terminologi samt i til- og omtale, ved stedord relateret til biologisk køn.

Ingen af vores informanter har deponeret æg i forbindelse med kønsskifte, men en havde overvejelser om nedfrysning af æg inden kastration. At han frafaldt ønsket relaterer blandt andet til nogle af fundene i den svenske undersøgelse:

“det her med at skulle ha’ østrogen ind i min krop igen for at æggene skulle multiplicere...det ehh...havde jeg ikke lyst til”

Det svenske studie (42) rapporterer ligeledes at deltagerne fandt forskellige copingstrategier undervejs, herunder støtte fra omgivelserne og fokus på resultatet, som satte dem i stand til at gennemføre forløbet på trods af udfordringerne.

Dette ser vi som en klar indikation på, at FP og reproduktion er temaer, der optager transkønnede på lige fod med cis-kønnede, og at i hvert fald nogen, lader til at have ressourcer til at overkomme den forstærkede kropsdysfori i en periode, med det formål at bevare muligheden for reproduktion i fremtiden.

Dette understøttes af vores to FtM informanter, som på forskellig vis formulerer, at reproduktion har en betydning for dem, og at de, jævnfør det svenske studie, har været eller forestiller sig at ville være i stand til, som et nødvendigt onde, at overkomme den barriere, en graviditet udgør.

Vores ene informant har født to børn og udtrykker flere gange, at det at få børn, har skabt sammenhæng og mening, og at det har været en copingstrategi for ham i tiden inden transition - men også at han var bevidst om at være resultatorienteret igennem graviditeterne:

“jeg skulle have det barn jeg gerne ville have fordi så havde der i hvert fald været en mening med min krop (...) så er det alt det der helvede jeg har været igennem jo ikke været helt forgæves ikk...altså sådan en teknisk beslutning”

En anden informant, som ikke har børn, italesætter i interviewet hvordan han forestiller sig at kunne håndtere en graviditet, hvor støtte fra partner og fokus på resultatet - et liv med børn sammen med hende - ville være afgørende faktorer:

“fordi jeg har [C] så ville jeg gøre det for hende...ja...så er svaret ja...men for mig selv er det stadig sådan repulsive...det ku’ jeg ikke tænke mig i min mave fordi jeg synes det er så kvindeligt (...) Men hvis vi boede på en øde ø i 3 år

og det kun var os to og jeg lå inde i en hytte og ingen ku' se mig andre end hende i 9 måneder så ku jeg godt finde på at gøre det for vores skyld (...) så ville jeg gerne føde et barn...eller flere til dig...til os...til vores liv"

Dette illustrerer meget godt hvordan flere af deltagerne i det svenske studie har forholdt sig under forløbet med FP, hvor de enten har holdt processen hemmelig eller kun har inddraget ganske få nære personer.

Samme tendens ses i et amerikansk studie fra 2014 (43) af FtM'er, som har gennemgået en graviditet efter transition, der viser at behovet for privathed omkring graviditeten hænger nøje sammen med det at blive identificeret med det biologiske køn af både omgivelser og de sundhedsprofessionelle.

Netop spejlingen i omverdenen og hvordan de bliver identificeret, lader til at være den største barriere for især FtM transkønnede at overkomme i forhold til reproduktion, hvilket følgelig skyldes det meget synlige bevis på graviditet.

At de sundhedsprofessionelles tilgang til og sprogliggørelse af graviditet hos transkønnede er en vigtig faktor, ses også hos vores informant der har været gravid og født børn:

"hele det der jordemoder-system hold da kæft mand...det...jeg havde det bare sådan med nummer 2 ikk... der fiser jeg bare ud på Amager Fælled om bag en busk"

Dette kan tolkes som en tilkendegivelse af, at hele processen omkring graviditet og fødsel traditionelt tager afsæt i en kønnet tilgang, med en fast kobling mellem graviditet og en feminin rolle. Den sproglige fastholdelse i det biologiske køn og det at blive adresseret som kvinde er i studierne nævnt som en afgørende faktor for FtM'ers mentale trivsel under et fertilitets- eller reproduktionsforløb, og som værende af stor betydning for hvordan de håndterer den forstærkede kropsdysfori, de oplever under forløbet.

9.3.2 Tidsperspektiv

En anden væsentlig barriere, der fremkom i vores empiri, er den tidshorisont mange transkønnede opererer under, fra erkendelsen af transkønnet, igennem

transitionsforløbet til at begynde at være fortrolig med det nye udtryk i kønsidentiteten.

Rikke Kildevælds studie (29), viser at transkønnede i Danmark er hhv. 26,9 år for FtM og 30,2 år for MtF ved første henvisning til SK - undersøgelsen påviser videre, som tidligere nævnt, at det gennemsnitlige behandlingsforløbs varighed er 8,1 år for MtF og 5,9 fo FtM, hvilket giver en gennemsnitsalder for MtF på 38,3 og FtM på 32,8 år ved udredningens afslutning (29).

	MtF	FtM
Alder ved første kontakt til SK	30,2	26,9
Gennemsnitligt behandlingsforløb	8,1	5,9
Alder ved afslutning af udredning	38,3	32,8

Dette indikerer ikke i sig selv at transkønnede skulle have dårligere aldersrelaterede forudsætninger i forhold til reproduktion end andre med fertilitetsproblematikker. Undersøgelsen viser dog også, at en del transkønnede, navnlig MtF, opstarter hormonbehandling anskaffet uden om sundhedssystemet, inden henvendelse til SK, hvilket kan påvirke kvaliteten af æg og sæd negativt og dermed mulighederne for FP (29).

Det kommenteres i undersøgelsen at en årsag til dette muligvis skal findes i oplevelser af diskrimination og stigmatisering i mødet med de sundhedsprofessionelle i SK (29).

For FtM er den reproduktive alder ved afsluttet udredning således relativt høj, sådan at en succesfuld modning og udtagning af brugbare æg, alene af den grund har dårligere vilkår. Et andet aspekt er hele billedet af det "normale" liv, der for transkønnede kan være svært at spejle sig i, inden transition. Det at lære at leve upåfaldende, uden at blive konfronteret med trans-relaterede stigma og barrierer i dagliglivet, kan tage flere år (38). En informant illustrerer det således:

“Nu er der gået 15 år (...) [og] de sidste 6-8 år der har jeg været i ro med mig selv altså fundet ud af at...nåmen...nu er jeg den her mand og nu kan jeg jo altså putte det her...bibliotekar på...så er jeg sådan een der har en hverdag på et bibliotek (...)”

“(...) der er ikke nogen tvivl om at jeg er en mand for andre...kan jeg mærke...og heller ikke for mig selv...men jeg giver mig selv mere frihed indeni til at være mere nu...end en mand”

Det at blive tydeligt identificeret som tilhørende det oplevede køn spiller således ind for transkønnede i forhold til at finde en partner, hvilket kan blive en væsentlig del af tidsbarrieren for transkønnede i forhold til reproduktion.

10. KONKLUSION

Formålet med afhandlingen var at få en dybere indsigt i og forståelse af de vilkår transkønnede har i forhold til fertilitet og reproduktion, med det perspektiv at afdække og beskrive forhold af betydning for transkønnedes muligheder for reproduktion. Følgende afsnit rummer en besvarelse af afhandlingens forskningsspørgsmål:

Hvilke overvejelser og ønsker har transkønnede i forhold til fertilitet og reproduktion?

Hvilke erfaringer og oplevelser har transkønnede i Danmark med vejledning omkring fertilitet og reproduktive muligheder i forbindelse med kønskorrigerende behandling?

Overvejelser

- Overvejelser omkring fertilitet og reproduktion tager for den transkønnede først og fremmest udgangspunkt i opfattelsen af køn og roller. Da vi fra barnsben af kodes til at performe særlige roller koblet til vores biologiske køn, udfordres den transkønnede i særlig grad, idet der er manglende overensstemmelse mellem det biologiske og det oplevede køn. Der er således overvejelser over, hvorvidt man kan vokse op og blive “en mor” når nu man føler sig som en mand.

- Overvejelser der handler om, hvorvidt man kan acceptere koblingen til sit biologiske køn - om man kan forliges med tanken om at det reproduktive bidrag man har at give - æg eller sæd, ikke stemmer overens med det følte køn. Overvejelser omkring hvorvidt man kan bruge sin krop som middel til at nå målet - og dermed acceptere at bære et barn i en mandlig krop. Kropsdysfori bliver således ofte en faktor - denne forstærkes ofte hos FtM i forbindelse med FP eller graviditet og fødsel. Behovet for respekt og anerkendelse af det oplevede køn, både i sundhedsvæsnet og generelt, udtrykkes af de transkønnede og understøttes af eksisterende forskning.
- Overvejelser omkring hvorvidt man kan finde en partner, hvor transkønnet med de seksuelle og reproduktive udfordringer det medfører, accepteres. Tiden bliver på denne måde også ofte en faktor - i det lange udredningsforløb er fokus på transitionen og reelle overvejelser omkring familiedannelse bliver ofte udskudt indtil man er "faldet til" i sin nye krop. Dette kan potentielt kollidere med lovgivningsmæssige tidsbegrænsninger for cryopræservede æg samt alderen hos den transkønnede.
- Overvejelser omkring stigma - om det senmoderne samfund kan acceptere transkønnet reproduktion og dermed se ud over de traditionelle kønnede roller. Stigmatisering fra det omgivende samfund bliver ofte en faktor - den trans-negativitet der hersker i samfundet, medfører ofte minoritets-stress hos de transkønnede, med social degradering til følge. Da de transkønnede i forbindelse med reproduktion udfordrer den binære kønsopfattelse forstærkes stigmatiseringen i relation til transkønnet forældreskab.

Ønsker

- Ønsket om normalitet - om at leve et liv, hvor man er upåfaldende og udadtil identificeres som det følte køn og således ikke konfronteres med transkønnet længere.
- Ønsket om familie - ønsket om at leve et liv med kærlighed og seksualitet.
- Ønsket om børn - som et almenmenneskeligt behov og hvor til-og fravalg ikke bunder i transkønnet, men alene i lysten til et liv med børn.

Erfaringer

- Erfaringen er at de sundhedsprofessionelle ikke bringer samtalen om mulighederne for FP og reproduktion på banen. Et muligt tovejstapu mellem behandler og transkønnet omkring FP og reproduktion bliver således en mulig faktor. Temaet undgås eventuelt af den sundhedsprofessionelle på grund af manglende tradition for samtalen og manglende tilbud omkring FP. Den transkønnede bringer måske ikke fertilitet og reproduktion på banen når den sundhedsprofessionelle ikke åbner for denne mulighed - dette på grund af frygt for at påvirke udredningen i negativ retning eller manglende alliance med den sundhedsprofessionelle.
- Erfaringen er, at der er manglende tilbud i forhold til FP for FtM'ers vedkommende - og at tilbuddet til MtF i nogle tilfælde kommer på et tidspunkt hvor hormonbehandling kan have påvirket sædkvaliteten. Økonomien i sundhedssystemet bliver således ofte en faktor idet manglende prioritering og finansiering gør, at der er forskelle i tilbuddene.
- Erfaringen er at strukturelle barrierer, herunder økonomi i sundhedsvæsenet samt lovgivning, på forskellig vis regulerer og påvirker fertilitetspræserverende og reproduktive muligheder.
Den danske lovgivning bliver ofte en faktor idet den ikke er tilpasset de transkønnede. Lovgivningen har over de seneste år udviklet sig i retning mod en mere liberal kønsforståelse, hvor lov om juridisk kønsskifte har medført muligheden for at transkønnede kan bevare deres reproduktive organer

uanset valg af juridisk køn. Lovgivningen er dog ikke gennemtænkt, hvorfor transkønnede især i relation til FP og forældreskab, kan blive fanget i juridiske kønsforviklinger.

Oplevelser

- Oplevelser med stigmatisering fra sundhedsprofessionelle, der kan være påvirkede af egen forforståelse og dermed udfordrede i forhold til at indtage en professionel rolle som vejleder og facilitator for snakken omkring fertilitet og reproduktion.

Struktureringen af det multidisciplinære team bliver ligeledes en faktor idet det ikke er afklaret hvem der tager samtalen omkring fertilitet og reproduktion med den transkønnede.

11. PERSPEKTIVERING

Arbejdet med denne afhandling har påvist, at der er behov for både strukturelle og holdningsmæssige ændringer i relation til transkønnede og reproduktion.

I forhold til de barrierer vi har afdækket i afhandlingen, ser vi flere muligheder for forbedringer af de nuværende forhold.

Lovgivningsmæssigt ville det være hensigtsmæssigt at forholde sig til den inkonsistens der er i den danske lovgivning i forhold til transkønnedes juridiske status, hvor biologisk og juridisk køn får modsatrettet indflydelse i en række forhold. Det kan være vanskeligt at forudse alle forhold i lovgivningen, hvor transkønnede potentielt lander i 2 forskellige kasser, men dette ville muligvis kunne imødegås ved en generelt formuleret hensigtserklæring, der tager højde for tilfælde, hvor lovgivningen endnu ikke er tilpasset.

Derudover ville en revidering og opblødning af kravene i vejledningen omkring udredning og behandling af transkønnede kunne resultere i hurtigere og mere individuelt tilpassede forløb, således at de transkønnede oplever et mere ligeværdigt samarbejde omkring deres kønsidentitets-problematik.

Der kan således arbejdes med ændringer på flere niveauer, sådan at fokus både er konkret i forhold til mærkbare ændringer i udrednings- og behandlingsforløbet, men også mere en langsigtet struktur med nedbrydning af stigmatisering hen imod et mere trans-positivt miljø i sundhedssystemet og i samfundet generelt.

En af de væsentligste strukturelle barrierer vi har beskrevet i afhandlingen er den uafklarede ansvarsfordeling og manglende prioritering af samtalen omkring fertilitet og reproduktion, i det multidisciplinære team på Rigshospitalet.

Ved hjælp af en klar profilering af det reproduktive område kunne man både overfor den sundhedsprofessionelle og for den transkønnede signalere, at fertilitet og reproduktion er legale og væsentlige emner at forholde sig til under en transition. Fertilitet og reproduktion bør således tages op af den sundhedsprofessionelle løbende igennem udredningsforløbet, for at give tid til refleksion og afklaring hos den transkønnede, i en tryk ramme.

Til dette ville en udarbejdelse af skriftligt materiale, eksempelvis i form af en pjece der introducerer emnet mellem den sundhedsprofessionelle og den transkønnede være relevant. Denne pjece ville ligeledes bidrage til, at den transkønnede får anledning til at bringe emnet på banen også i private relationer, som familie eller netværk og dermed være med til at nedbryde et eventuelt tabu.

Da fertilitet og reproduktion er uløseligt knyttet til det biologiske køn, kan det være vanskeligt for transkønnede selv at formulere eventuelle ønsker og overvejelser. Dette kan imødegås ved at den sundhedsprofessionelle er opmærksom på hvordan reproduktive organer og processer italesættes og tilstræber et kønsneutralt sprogbrug. Det vil desuden være fornuftigt at have særlig opmærksomhed på eventuel forstærket køns- og/eller kropsdysfori hos transkønnede, der vælger at benytte sig af FP eller gennemgå en graviditet.

Den sundhedsprofessionelle bør ligeledes være proaktiv i forhold til at være opdateret på nyeste forskning på området, samt være behjælpelig med at orientere om muligheder for FP ved procedurer der ikke tilbydes i det offentlige danske sundhedsvæsen. På denne måde faciliteres mulighederne for den transkønnede i forhold til at træffe kvalificerede beslutninger omkring FP, på et hensigtsmæssigt tidspunkt i forhold til den øvrige behandling.

Der kan med fordel i opstarten af udredningsforløbet præsenteres information om hele forløbet sammensætning, så det er tydeligt hvornår, hvordan og med hvem der tales om fertilitet og reproduktion.

12. LITTERATURLISTE

1. Danmarkshistorien.dk. Available at: <http://danmarkshistorien.dk/leksikon-og-kilder/vis/materiale/lili-elbe-einar-wegener-1882-1931/> Accessed 30-04-2017, 2017.
2. Wikipedia.org. Available at: https://en.wikipedia.org/wiki/Thomas_Beatie Accessed 30-04-2017, 2017.
3. Graugaard C. Kønslivskamæleoner. I: Heinskou MB, Wøldike ME (red.) Byens og blikkets lyst. Festskrift til Henning Bech. København: Center for Seksualitetsforskning; 2004: 147-160
4. Laqueur T. Making sex - body and gender from the Greeks to Freud. United States of America: Harvard University Press; 1992: Kap.4+5
5. Thielst P. Seksualitetens idéhistorie - en grundbog. København: Det lille Forlag; 2011.
6. Heede D. Det tomme menneske. En introduktion til Michel Foucault. København: Museum Tusulanums Forlag; 2001: 29-110
7. Giddens A. Intimitetens forandring - Seksualitet, kærlighed og erotik i det moderne samfund. København: Hans Reitzels Forlag; 1994: Kap 1+2
8. Butler J. Kønsballade: Feminisme og subversionen af identitet. København: Forlaget THP; 2010: Kap.1
9. Stryker S., Whittle S. The Transgender Studies Reader. New York: Routhledge; 2006: xi-17
10. Weeks J. the languages of sexuality. New York: Routhledge; 2011: 43-45
11. Bauman Z. Flydende kærlighed. København: Hans Reitzels Forlag; 2004
12. EU LGBT survey European lesbian, gay, bisexual and transgender survey. Main results. FRA European Union Agency for Fundamental Rights. Luxembourg; Publications Office of the European Union; 2014
13. WHO. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January, Geneva.; World Health Organization; 2006.
14. IPPF. Sexual rights - an IPPF declaration. United Kingdom: the International Planned Parenthood Federation; 2008.
15. WPATH. Standards of Care - for the Health of Transsexual, Transgender and Gender Nonconforming People. The World Professional Association for Transgender Health 7.th version; 2011.

16. Danskelove.dk.- Sundhedsloven. Available at:
<https://danskelove.dk/sundhedsloven/208> Accessed 30-04-2017, 2017.
17. Retsinformation.dk. - Vejledning om udredning og behandling af transkønnede Available at:
<https://www.retsinformation.dk/pdfprint.aspx?id=167172>
Accessed 30-04-2017, 2017.
18. Sundhedsstyrelsen.dk.- Specialeplan Available at:
<https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/revideret-specialeplan-2017> Accessed 30-04-2017, 2017.
19. Who.int.- ICD-10 Available at:
<http://www.who.int/classifications/icd/en/> Accessed 30-04-2017, 2017.
20. Retsinformation.dk. - Bekendtgørelse af lov om assisteret reproduktion i forbindelse med behandling, diagnostik og forskning m.v. Available at:
<https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=167647>
Accessed 30-04-2017, 2017.
21. Amnesty International. Transkønnedes adgang til sundhed i Danmark - en opfølgning på Amnestys rapport fra 2014. Amnesty International; 2016
22. Retsinformation.dk.- Lov om ændring af lov om Det Centrale Personregister Available at: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=162658>
Accessed 30-04-2017, 2017.
23. Juul S., Bransholm Pedersen K.(red.) Samfundsvidenskabernes videnskabsteori - En indføring. København: Hans Reitzels Forlag; 2012: Kap 3,4,6
24. Kvale S. InterView – en introduktion til det kvalitative interview. København: Hans Reitzels Forlag; 1997
25. Brinkmann S., Tanggaard L. Kvalitative metoder. København: Hans Reitzels Forlag; 2010: Kap.1+ 20
26. Graugaard C., Giraldi A., Frisch M. Sundhed og trivsel blandt danske LGBT-personer. Månedsskrift for almen praksis 2014; 9: 735-743
27. Johansen K., Laursen B., Juel K. LGBT-sundhed. Helbred og trivsel blandt lesbiske, bøsser, biseksuelle og transpersoner. Statens Institut for Folkesundhed. Syddansk Universitet: 2015.
28. Følner B., Dehlholm M., Christiansen J. Nydanske LGBT-personers levevilkår. Als Research for Ministeriet for Børn, Undervisning og Ligestilling: 2015

29. Kildevæld Simonsen R., Ph.D Thesis in Medicine. Danish Transsexual Individuals: A Study of Sociodemography Psychiatric and Somatic Morbidity and Mortality. University of Copenhagen: 2015.
30. Gransell L., Hansen H. Lige og ulige? Homoseksuelle, biseksuelle og transkønnedes levevilkår. CASA: 2009
31. Graugaard C. m.fl. Self-reported sexual and psychosocial health among non-heterosexual Danes. Scandinavian Journal of Public Health 2015; 43: 309-14.
32. Retsinformation.dk - Ægteskabsloven. Available at:
<https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=173274>
Accessed 30-04-2017, 2017.
33. Etisk råd.dk - Anbefalinger omkring dobbeltdonation. Available at:
<http://www.etiskraad.dk/~media/Etisk-Raad/Etiske-Temaer/Assisteret-reproduktion/Publikationer/2017-Det-Etiske-Raads-anbefalinger-om-lovliggoerelse-af-dobeltdonation.pdf> Accessed 30-04-2017, 2017.
34. Rigshospitalet.dk - Hormonbehandling ved transkønnethed eller anden kønsidentitetsproblematik for transkvinder (biologisk fødte mænd) Available at: <https://publikationer.regionh.dk/pdf/full-13962/hormonbehandling-ved-transkoennethed-eller-anden-koensidentitetsproblematik-for-transkvinder-biologisk-foedte-maend.pdf> Accessed 30-04-2017, 2017.
35. Rigshospitalet.dk - Hormonbehandling ved transkønnethed eller anden kønsidentitetsproblematik for transmænd (biologisk fødte kvinder) Available at: <https://publikationer.regionh.dk/pdf/full-13948/hormonbehandling-ved-transkoennethed-eller-anden-koensidentitetsproblematik-for-transmaend-biologisk-foedte-kvinder.pdf> Accessed 30-04-2017, 2017.
36. Rigshospitalet.dk - Medicinsk og kirurgisk behandling af transkønnede og personer med anden kønsidentitetsforstyrrelse i gynækologisk klinik (DF 64.0 og DF 64.9) Available at:
<http://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.html> Accessed 30-04-2017, 2017.
37. Graugaard C., Hertoft P., Møhl B.(red.). Krop, sygdom & seksualitet. Kbh.: Hans Reitzel; 2006: Kap 1
38. Almås E., Benestad E. Sexologi i praksis. Oslo: Universitetsforlaget; 2006: Kap. 4, 9

39. Giraldi A. m.fl. 25 år med Sexologisk klinik. Sexologisk Klinik, Psykiatrisk Center; 2011: Kap.10
40. De sutter, P., Kira, K., Verschoor, A., Hotimsky, A. The Desire to have Children and the Preservation of Fertility in Transsexual Women: A Survey. The International Journal of Transgenderism 2002; 6 (3):
41. Mitu K. Transgender Reproductive Choice and Fertility Preservation. AMA Journal of Ethics 2016; 18 (11):1119-25
42. Armuand, G., Dhejne, C., Olofsson, J.I., Rodriguez-Wallberg, K.A., Transgender men's experiences of fertility preservation: A qualitative study. Human Reproduction 2017; 32 (2): 383-390.
43. Light A., Obedin-Maliver J., Sevelius J., Kerns J. Transgender Men Who Experienced Pregnancy After Female-to-Male Gender Transitioning. Obstetrics & Gynecology 2014; 124 (6): 1120-27

13. BILAGSFORTEGNELSE

BILAG 1: Oversigt over litteratursøgningsproces

BILAG 2: Samtykkeerklæring

BILAG 3: Interviewguide informanter

BILAG 4: Interviewguide ekspertinterview