

Siri Jonina Egede, Jan Fouchard, Morten Frisch &
Christian Graugaard

**Danske LGBT-personers møde med almen praksis
- udfordringer og muligheder**

Rapport udarbejdet for Sundhedsstyrelsen

af

Sexologisk Forskningscenter, Klinisk Institut, Aalborg Universitet

Oktober 2019



ISBN: 978-87-971732-1-3

INDHOLDSFORTEGNELSE

Ordforklaringer ... 4

1. Forord ... 5

2. Rapportens baggrund, formål, struktur og metoder ... 7

Baggrund ... 7

Formål og struktur ... 8

Metodiske overvejelser ... 9

3. Sundhedsmæssige udfordringer for LGBT-personer - en litteraturgennemgang ... 11

Metodeovervejelser ... 11

Dansk viden ... 12

Fysisk sundhed ... 12

Mental sundhed ... 15

Seksuel sundhed ... 19

Sundhedsadfærd/livsstil ... 22

Brug af sundhedsvæsenet ... 26

Dødelighed ... 28

Særligt om transpersoner ... 28

Særligt om nydanske LGBT-personer ... 31

International viden ... 32

Homo- og biseksuelle kvinder ... 32

Homo- og biseksuelle mænd ... 34

Transpersoner ... 36

Interkønnede ... 36

Kort sammenfatning ... 36

4. LGBT-personers møde med sundhedsvæsenet - en litteraturgennemgang ... 38

Introduktion ... 38

Udenlandsk viden ... 39

Barrierer som følge af den sundhedsprofessionelles antagelser, normer og holdninger ... 40

Barrierer som følge af den sundhedsprofessionelles sprogbrug ... 40

Barrierer som følge af, at patienten ikke oplyser at være LGBT-person ... 41

Barrierer som følge af heteroseksuelt orienterede oplysningsmaterialer, vejledninger og journaler ... 42

Barrierer som følge af den sundhedsprofessionelles manglende viden og uddannelse ... 42

Dansk viden ...	43
Barrierer som følge af den sundhedsprofessionelles antagelser, normer og holdninger ...	43
Barrierer som følge af den sundhedsprofessionelles sprogbrug ...	44
Barrierer som følge af, at patienten ikke oplyser at være LGBT-person ...	44
Barrierer som følge af heteroseksuelt orienterede oplysningsmaterialer, vejledninger og journaler ...	44
Barrierer som følge af den sundhedsprofessionelles manglende viden og uddannelse ...	45
Særligt om MSM's opfattelse af mødet med praktiserende læger ...	45
Kort sammenfatning ...	46
5. Møder mellem LGBT-personer og almen praksis - en kvalitativ interviewundersøgelse ...	47
Introduktion ...	47
Metodeovervejelser ...	48
Interviewstemning og -potentialer ...	54
Udfordringer og barrierer ...	56
Intersektionalitet ...	75
Særligt om transpersoner ...	77
Muligheder og uudnyttede potentialer ...	81
Kort sammenfatning ...	92
6. Forslag og anbefalinger ...	94
7. Litteratur ...	99
Bilag I-V ...	103

ORDFORKLARINGER

Biseksuel: Person, som er romantisk og/eller seksuelt tiltrukket af både mænd og kvinder.

Binær: Person, som opfatter sig som en mand eller en kvinde.

Ciskønnet: Person, hvis oplevede køn stemmer overens med det køn, vedkommende blev tildelt ved fødslen.

Cisnormativitet: En ofte ureflekteret antagelse af, at det eneste rigtige og normale er at være ciskønnet.

Heteronormativitet: En ofte ureflekteret antagelse af, at det eneste rigtige og normale er at være heteroseksuel.

Heteroseksuel: Person, som er romantisk og/eller seksuelt tiltrukket af personer af det andet køn.

Homofobi: Negative holdninger til og/eller frygt for homoseksuelle.

Homoseksuel: Person, som er romantisk og/eller seksuelt tiltrukket af personer af det samme køn som sig selv.

Identitet: En persons grundlæggende opfattelse af sig selv, fx i forhold til køn og seksuel orientering.

Interkøn/intersex: Blandet gruppe af medfødte variationer i det biologiske køn, fx i forhold til kønskromosomer, kønshormoner og/eller ydre og indre køns karakteristika.

KSK: Kvinder, der har sex med kvinder (uden nødvendigvis at identificere sig som homo- eller biseksuelle).

LGBT+: Forkortelse for Lesbian (lesbisk), Gay (bøsse), Bisexual (biseksuel) og Transgender (transperson). Det afsluttende + signalerer, at der er tale om en paraply af ikke-heteroseksuelle, ikke-ciskønnede identiteter.

MSM: Mænd, der har sex med mænd (uden nødvendigvis at identificere sig som homo- eller biseksuelle).

Nonbinær: Person, som hverken opfatter sig som en mand eller en kvinde, og/eller som ikke anerkender et naturligt skel mellem mande- og kvindekøn.

Panseksuel: Person, som er romantisk og/eller seksuelt tiltrukket af personer uanset deres køn.

Queer: Samlebetegnelse for adfærdsformer og identiteter, som står i opposition til cis- og heteronormativitet, og som forholder sig kritisk til dominerende forestillinger om køn og seksualitet.

Transfobi: Negative holdninger til og eller frygt for transpersoner.

Transition: Processen, hvor en transperson begynder at leve som det køn, vedkommende opfatter sig selv som.

Transkvinde: Transperson, som ved fødslen blev tildelt hankøn, men opfatter sig som kvinde (tidligere omtalt som MtF/mand-til-kvinde).

Transkønnet/transperson: Person, hvis oplevede køn er anderledes end det køn, vedkommende fik tildelt ved fødslen.

Transmand: Transperson, som ved fødslen blev tildelt hunkøn, men opfatter sig som mand (tidligere omtalt som FtM/kvinde til mand).

1. FORORD

Denne rapport er blevet til på foranledning af Sundhedsstyrelsen som en udløber af den tværministerielle "Handlingsplan til fremme af tryghed, trivsel og lige muligheder for LGBTI-personer", der rummer en række konkrete initiativer til fremme af trivsel og inklusion på arbejdsmarkedet, på uddannelsesområdet, i idrætslivet samt i omsorgs- og sundhedssektoren (Udenrigsministeriet 2018).

Både internationalt og i Danmark er der inden for det seneste tiår blevet fremlagt stadigt stærkere dokumentation for, at LGBT-personer har særlige sundheds- og trivselsudfordringer i sammenligning med heteroseksuelle cispersoner. Forskellen ses både inden for somatisk, mental, social og seksuel sundhed, og blandt danske homo/biseksuelle og transpersoner springer især en markant øget forekomst af psykisk mistrivsel og selvmordsadfærd i øjnene.

I denne rapport forsøger vi at stille skarpt på den ulighed i sundhed, som ser ud til at gælde for danske homo/biseksuelle og transkønnede, og vi vil i særdeleshed se nærmere på muligheder og udfordringer i LGBT-personers møde med almen praksis.

I en systematisk litteraturgennemgang kortlægger vi den nyeste danske og internationale viden om LGBT-personers fysiske, mentale og seksuelle sundhed samt om deres erfaringer som patienter i sundhedsvæsenet.

Derefter præsenterer vi nøglefund fra en kvalitativ interviewundersøgelse foretaget blandt LGBT-personer, praktiserende læger og praksissygeplejersker. Undersøgelsen har fokus på møder mellem LGBT-personer og sundhedsprofessionelle i primærsektoren, og den er gennemført som et led i udarbejdelsen af denne rapport.

Endelig forsøger vi med afsæt i de kvantitative og kvalitative fund at formulere en række forslag og anbefalinger, som kan være med til at skabe en mere LGBT-venlig sundhedssektor, hvor mennesker får fuldt udbytte af tilgængelige sundhedstilbud uanset deres kønsidentitet og seksuelle orientering.

Vi håber, at rapporten vil blive brugt som inspiration til at gøre et godt dansk sundhedssystem endnu bedre – med fokus på viden, rummelighed, inklusion og normkritisk bevidsthed. Det er vores håb, at forskere om ti år kan dokumentere, at danske LGBT-personer har andel i samme sundhed og trivsel som alle andre grupper i det danske samfund.

Vi vil gerne takke Sundhedsstyrelsen for opdraget, ligesom vi skylder de 23 deltagende informanter stor tak for deres hjælp. Desuden takkes professor, overlæge, dr.med. Claus H. Gravholt (Aarhus Universitetshospital) for værdifulde faglige oplysninger samt statistiker Mikael Andersson (Statens Serum Institut) for beregninger vedrørende præliminære resultater fra Projekt SEXUS.

Siri Jonina Egede
Cand.scient.soc.

Jan Fouchard
Speciallæge, ph.d.

Morten Frisch
Overlæge, dr.med., ph.d

Christian Graugaard
Professor, ph.d.

Sexologisk Forskningscenter, Klinisk Institut, Aalborg Universitet

Det skal pointeres, at rapportens konklusioner og anbefalinger
alene er udtryk for forfatterne faglige vurdering.

2. RAPPORTENS BAGGRUND, FORMÅL, STRUKTUR OG METODER

BAGGRUND

Et stort antal videnskabelige undersøgelser har i de senere år peget på markante trivsels- og sundhedsudfordringer hos LGBT-personer i sammenligning med heteroseksuelle cispersoner, og også i Danmark har man op igennem 2000-tallet fået foruroligende meldinger om øget mistrivsel, usundhed og dødelighed blandt homo/biseksuelle og transkønnede. Eksempelvis er der blandt danske LGBT-personer påvist øget forekomst af stress, psykiske problemer, selvmordsadfærd og visse somatiske sygdomme (Gransell & Hansen 2009; Graugaard et al. 2014 & 2015; Frisch et al. 2003 & 2014; Johansen et al. 2015; Følner et al. 2015; Frisch & Simonsen 2013).

Grundene til denne ulighed i sundhed er ukendte og skyldes formentlig et mix af faktorer. *Livsstilsfaktorer* knyttet til de enkelte subkulturer (fx øget tobaksrygning og alkoholindtagelse, mere vold og flere risikosituationer) kan spille en rolle, ligesom det er sandsynligt, at såkaldt *minoritetsstress* kan være en medvirkende faktor. Denne form for stress kan opstå som følge af eksklusion, diskrimination, chikane og voldelige hadforbrydelser, men den kan også igangsættes af en mere subtil fornemmelse af at være "anderledes", "mistænkelig", "forkert" eller "forklaringskrævende" i en altoverskyggende cis- og heteronormativ kultur. Den både tavse og eksplicite forventning om heteroseksualitet/ciskøn og det stadige krav om at skulle "deklarere" sit kærligheds-, køns- og sexliv for en undrende og måske skeptisk omverden kan være en vedvarende stressfaktor for LGBT-personer. Dette er sandsynligvis én af grundene til, at så mange fortier eller skjuler deres seksuelle orientering/kønsidentitet på arbejdspladsen (Epinion 2016).

Særlige udfordringer møder LGBT-personer med etnisk minoritetsbaggrund, idet mange i denne gruppe oplever *negative holdninger og social kontrol* i forhold til deres køns-, kærligheds- og seksualliv. Dette kan yderligere bidrage til en permanent tilstand af utryghed, uro og stress (Følner et al. 2018 & 2019).

Endelig kan man ikke udelukke, at en medvirkende årsag til danske LGBT-personers sundheds- og trivselsudfordringer er en *mangelfuld udnyttelse af eksisterende*

sundhedsydelse, som blandt andet kan bunde i egen tilbageholdenhed eller en oplevelse af manglende kvalifikationer, åbenhed og accept hos sundhedsfagligt personale i især primærsektoren. Konsekvensen af dette kan være manglende lægesøgning ved sygdom og symptomer, ligesom der kan ses mangelfuld deltagelse i relevante sundhedstilbud som hpv-vaccination og screening for sexsygdomme/hiv og kræft (Haar 2017).

FORMÅL OG STRUKTUR

I denne rapport gør vi status over udbredelsen og karakteren af LGBT-personers sundhedsmæssige udfordringer, ligesom vi ser nærmere på hhv. barrierer og uudnyttede muligheder for homo/biseksuelles og transpersoners brug af den primære sundhedssektor.

Formålet er at give et opdateret billede af danske LGBT-personers aktuelle sundhedssituation og at afdække deres oplevelse af møder med læger og sygeplejersker i almen praksis. Det er desuden formålet at beskrive kontakten mellem LGBT-person og almen praksis set fra de sundhedsprofessionelles synsvinkel.

I et større perspektiv er det rapportens formål at tilbyde en opdateret videns- og behovsafdækning, som kan udgøre et fundament for politiske initiativer og for Sundhedsstyrelsens fremtidige informationsindsats på området.

Rapportens empiriske del består af tre afsnit:

- 1/ En præsentation af den litteraturbaserede danske og internationale viden om LGBT-personers sundhed og trivsel.
- 2/ En præsentation af den litteraturbaserede danske og internationale viden om LGBT-personers møde med sundhedsvæsenet.
- 3/ En kvalitativ interviewundersøgelse af 16 LGBT-personer, fem læger og to sygeplejersker vedrørende erfaringer med, muligheder for og udfordringer i mødet mellem LGBT-personer og almen praksis.

På baggrund af de litteraturbaserede og kvalitative fund afsluttes rapporten med en række forslag og anbefalinger, som tilsammen anviser konkrete muligheder for at styrke det inkluderende og LGBT-venlige sundhedsvæsen. Tanken er, at der på dette grundlag kan igangsættes en konstruktiv dialog mellem myndigheder, brugere og sundhedsprofessionelle for dermed at imødegå den del af LGBT-personers sundhedsudfordringer, som er forbundet med manglende lægesøgning og dårlig udnyttelse af tilgængelige sundhedsydelser og forebyggelsestiltag.

METODISKE OVERVEJELSER

Rapporten består som nævnt af to litteraturoversigter kombineret med en kvalitativ interviewundersøgelse. De metodisk-analytiske overvejelser bag hver af de to hoveddele diskuteres under de respektive afsnit.

Det skal nævnes, at målgruppen for regeringens handlingsplan er LGBTI-personer, altså en broget skare af ikke-heteroseksuelle og ikke-ciskønnede personer. Gruppen omfatter således også mennesker født med variationer i det biologiske køn (interkønnede). Imidlertid frembyder sidstnævnte gruppe særlige metodiske vanskeligheder, idet der er tale om en uhyre heterogen personkreds, som kun i begrænset omfang identificerer sig som LGBTI-personer, og hvis erfaringer med sundhedsvæsenet ofte har en helt anden karakter end homo/biseksuelle og transkønnede personers (Jones 2016; Zeeman 2018; Amnesty International 2017).

I de tidlige faser af rapportskrivningen henvendte forfatterne sig uden held til foreningen Intersex Danmark, ligesom der gennemførtes et ekspertinterview med professor, overlæge, dr.med. Claus H. Gravholt (endokrinologisk afdeling, Aarhus Universitetshospital), som har ansvaret for den medicinske behandling af interkønnede personer i Vestdanmark. Interviewet bekræftede, at interkønnede udgør for spredt og forskelligartet en gruppe til, at det inden for rapportens rammer ville give mening at forsøge rekruttering af repræsentative informanter. Hertil kommer, at den akademiske litteratur på området stadig er spinkel og sporadisk. I det omfang der findes evidens, er den nævnt i rapportteksten.

Det skal også nævnes, at rapporten har til formål at belyse muligheder og udfordringer *i det generelle møde* mellem LGBT-person og almen praksis. Det er velkendt, at transpersoner har særlige rådgivnings- og behandlingsbehov i forbindelse med ønsker om kønsmodificerende behandling, og at der i denne forbindelse kan opstå misforståelser og konflikter med sundhedspersonale (Amnesty International 2016). Disse specifikke problematikker er dog ikke rapportens fokuspunkt, og de er derfor kun diskuteret overfladisk.

Det skal desuden nævnes, at rapporten har fokus på *voksne* LGBT-personer, og man bør huske, at også børn og unge med en ikke-konventionel kønsidentitet/seksuel orientering kan have trivsels- og sundhedsudfordringer, som stiller særlige krav til deres møde med almen praksis. Særligt når det gælder børn og unge med atypisk kønsidentitet (transkønnede eller nonbinære), er også *forældre, søskende og andre nære pårørende* væsentlige interessenter i forhold til at etablere kvalificerede, åbne og inkluderende konsultationer i almen praksis. Af afgrænsningsgrunde og på grund af juridiske og forskningsetiske restriktioner omhandler rapporten ikke de særlige forhold for ikke-myndige personer. Det må dog antages, at de berørte tematikker og problemfelter for voksne LGBT-personer (og de deraf afledte anbefalinger) også vil være relevante for børn og unge og deres nære pårørende. De sundhedsjuridiske forhold, som gør sig gældende for mindreårige (fx i forhold til behandlingstilbud, selvbestemmelse, samtykke og forældreinddragelse), udgør en særskilt udfordring for sundhedspersonalet, men vil heller ikke blive yderligere omtalt. Overordnet er LGBT-relaterede problemstillinger hos mindreårige utilstrækkeligt videnskabeligt belyst.

Endelig skal det nævnes, at senmodernitetens muligheder for at udtrykke køn og seksualitet er mange og flydende (Graugaard 2014), og at rapportens LGBT-informanter derfor ikke kan anses for "prototypiske", men snarere repræsenterer en farverig mangfoldighed af forskellige lyster, følelser, erfaringer, adfærdsmønstre og identiteter. Kønlige og seksuelle identiteter er igennem de seneste årtier blevet tiltagende komplekse og dynamiske størrelser, og det eneste, vores LGBT-informanter har til fælles, er, at de opfatter sig selv som ikke-heteroseksuelle og/eller ikke-ciskønnede. Der er gjort nærmere rede for informanternes kønlige/seksuelle selvopfattelse i afsnit 5.

3. SUNDHEDSMÆSSIGE UDFORDRINGER FOR LGBT-PERSONER – EN LITTERATURGENNEMGANG

METODEOVERVEJELSER

Udenlandske forskningsstudier

Søgestrategi

Gennemgangen af den udenlandske forskning bygger på en EU-kortlægning, som blev igangsat i marts 2016 med det formål at styrke forståelsen af, hvordan man bedst kan reducere LGBTI-personers dårlige sundhedsforhold, blandt andet ved at beskrive de barrierer, som sundhedsprofessionelle står over for, når de skal yde personer med LGBTI-baggrund rådgivning, omsorg og behandling. Til det formål nedsatte man en international forskergruppe, som systematisk skulle udvælge, vurdere og syntetisere den foreliggende videnskabelige viden.

Der blev søgt efter relevant forskningslitteratur efter gængse PRISMA-principper (Moher et al. 2009). Der blev primært søgt i følgende databaser: CINAHL, PsychINFO, MEDLINE, Web of Science, Cochrane Database of Systematic Reviews og the Campbell Collaboration Library of Systematic Reviews.

Inklusionkriterier

- Artikler publiceret i fagfællebedømte engelsksprogede tidsskrifter
- Artikler fra 2010 og frem samt systematiske reviews fra 2008 og frem
- Forskning udgået fra europæiske lande

Ved den initiale søgning lokaliserede man 2.961 publikationer. 57 artikler blev udvalgt og sammenskrevet til et "state-of-the-art-synthesis-review" (European Commission 2017).

Danske forskningsstudier

I Danmark er forskningsfeltet endnu begrænset og overblikket derfor totalt. Af samme grund har en systematisk søgning ikke været nødvendig. Rapportgruppen har i gennemgangen af dansk viden medtaget alle relevante undersøgelser fra de seneste ti år.

De refererede studiers metodegrundlag er beskrevet i Bilag I.

DANSK VIDEN

Fysisk sundhed

Selvvurderet fysisk sundhed

Overordnet set syntes LGB-personer selv, at de har et godt helbred, og deres vurdering er på linje med resten af befolkningen. Således har tre undersøgelser fundet, at omkring 90% af undersøgte LGB-personer anså deres helbred som fremragende, vældig godt eller godt (Gransell & Hansen 2009; Johansen et al. 2015; Følner et al. 2015).

I en undersøgelse fra SIF vurderede biseksuelle mænd deres helbred som lidt bedre end gennemsnittet og biseksuelle kvinder som lidt ringere, men statistisk set var der ingen signifikante forskelle hovedgrupperne imellem eller i forhold til heteroseksuelle (Johansen et al. 2015). Derimod fandtes der signifikante forskelle i forhold til blandt andet køn og alder. I en undersøgelse fra CASA vurderede homo/biseksuelle mænd således i højere grad end kvinder deres helbred som godt. Især de 30-44-årige LGBT-kvinder havde et dårligere selvvurderet helbred end de heteroseksuelle kvinder (Gransell & Hansen 2009).

Præliminære resultater fra befolkningsundersøgelsen Projekt SEXUS (med dataindsamling i 2017-2018) viser, at signifikant færre homo/biseksuelle (71%) og transpersoner (51%) end heteroseksuelle (80%) anser deres helbred for at være særdeles godt eller godt, og signifikant flere homo/biseksuelle end heteroseksuelle oplyser, at de nogensinde har været under lægebehandling for en længerevarende eller alvorlig fysisk sygdom (Frisch et al. 2019).

Fysisk helbred

Over en bred kam adskilte LGB-personer sig ikke fra heteroseksuelle personer på en række spørgsmål om smerter og fysisk ubehag inden for de seneste 14 dage. Kvindelige LGB-personer, især i aldersgruppen 25-44 år, rapporterede dog relativt hyppigt om gener og ubehag, mens relativt mange biseksuelle mænd i alderen 30-44 år rapporterede om smerter i nakke, hovedpine og åndedrætsbesvær (Gransell & Hansen 2009).

I SIF's undersøgelse var der generelt flest biseksuelle mænd og kvinder med dårligt fysisk helbred inden for de seneste fire uger, men denne forskel var ikke signifikant (Johansen et al. 2015).

Langvarig sygdom

I CASA-studiet sås der ingen signifikant forskel på LGB-personer og heteroseksuelle, hvad angår langvarig sygdom samt eftervirkning af skade eller handicap (Gransell & Hansen 2009). I SIF's undersøgelse fandt man dog statistisk belæg for, at biseksuelle og lesbiske kvinder oftere end heteroseksuelle kvinder angav langvarig sygdom. For mænds vedkommende sås der ingen forskelle mellem LGB-personer og heteroseksuelle (Johansen et al. 2015).

Kræft

Mænd

MSM har en velkendt overrisiko for at udvikle analkræft (Boehmer et al. 2011a; Frisch 2002). Denne risiko er hos hiv-negative MSM beregnet til at være fem gange større end for den samlede gruppe af mænd, og for hiv-smittede er risikoen 46 gange større (Quinn et al. 2015).

I et dansk studie fulgtes kræftforekomsten blandt 5.000 homoseksuelle, der var indgået i registrerede partnerskaber mellem 1989 og 1997. Samlet set havde mændene en forhøjet kræftisiko på grund af kræftformer associerede til hiv/aids (især Kaposi sarkom og non-Hodgkins lymfom). Også analkræft var overrepræsenteret hos MSM, hvoraf de fleste var kendt hiv-smittede. Herudover var udbredelsen af kræftformer den samme som i befolkningen som helhed (Frisch et al. 2003), og kræftdødeligheden blandt

mænd i registrerede partnerskaber afveg heller ikke fra kræftdødeligheden blandt mænd i heteroseksuelle ægteskaber (Frisch & Simonsen 2013).

Kvinder

Trods øget forekomst af risikofaktorer (fx aldrig at have været gravid, overvægt samt et stort forbrug af alkohol og tobak) er der ikke fundet nogen statistisk sikker øget risiko for brystkræft blandt KSK (Boehmer et al. 2011b, Quinn et al. 2015). Hvad angår livmoderhalskræft, findes der kun sparsomme data, men der ses muligvis en forøget risiko blandt biseksuelle kvinder (Boehmer et al. 2011b).

I ovennævnte undersøgelse blandt danske registrerede partnere viste kvinderne sig at have en kræftrisiko svarende til danske kvinder generelt (Frisch et al. 2003). Trods manglende sikker overrisiko for kræftudvikling i denne gruppe, viste en nyere dansk registerundersøgelse dog en statistisk sikker 62% forøget kræftdødelighed blandt kvinder i registrerede partnerskaber sammenlignet med kvinder i heteroseksuelle ægteskaber (Frisch & Simonsen 2013).

I 2015 foretog AIDS-Fondet en undersøgelse af seksuel sundhed blandt danske kvinder, der identificerede sig selv som hhv. lesbiske, biseksuelle, homoseksuelle, heteroseksuelle, panseksuelle, queer eller aseksuelle. Mange af deltagerne angav at være testet positive for celleforandringer ved smear-screening for livmoderhalskræft. Det gjorde sig gældende for 11% af de lesbiske, 9% af de homoseksuelle og 26% af de biseksuelle respondenter. En del havde haft sex med mænd, men også 6% af de kvinder, som angav aldrig at have haft sex med en mand, havde fået konstateret celleforandringer. Det skal tages med i betragtning, at 23% af denne undergruppe aldrig havde været screenet i løbet af deres liv (Haahr 2017). Manglende undersøgelser kan måske forklare, at der er set en lav forekomst af diagnosticerede forstadier til livmoderhalskræft blandt kvinder i registreret partnerskab (Frisch et al. 2003).

Andet

Et epidemiologisk studie har kortlagt risikoen for skjoldbruskkirtellidelser, sukkersyge, leddegigt og 44 andre autoimmunsygdomme blandt danske registrerede partnere.

Overordnet set var forekomsten af sygdommene den samme som blandt danskere i andre civilstandskategorier. Dog observerede man en øget forekomst af autoimmun hypothyroidisme (Hashimotos sygdom) blandt kvinder i registreret partnerskab, mens der sås en øget forekomst af autoimmun hypertyroidisme (Basedows sygdom) blandt mænd i registreret partnerskab (Frisch et al. 2014).

Mental sundhed

Selvurderet mental sundhed

SIF fandt, at biseksuelle kvinder oftere havde dårligt mentalt helbred end heteroseksuelle kvinder, ligesom homoseksuelle mænd oftere end heteroseksuelle mænd rapporterede om dårlig mental trivsel. Blandt unge biseksuelle kvinder under 35 år var andelen med dårligt mentalt helbred 35%, mens den tilsvarende andel for heteroseksuelle kvinder var 13% (Johansen et al. 2015).

Psykisk velbefindende og vitalitet

CASA sammensatte svar på spørgsmål om nervøsitet, tristhed, uro og utilfredshed de seneste fire uger til én variabel kaldet psykisk velbefindende, ligesom vitalitet blev målt ud fra variabler om følelsen af at være veloplagt, energisk, træt eller udslidt. 42-45% af LGBT-personer scorede et godt psykisk velbefindende (heteroseksuelle 51%) og 24% en god vitalitet (heteroseksuelle 33%), og generelt sås en større andel med et dårligt psykisk velbefindende og en lav vitalitet i forhold til heteroseksuelle, især blandt kvinder og unge (Gransell & Hansen 2009).

I en anden undersøgelse svarede danske LGBT-personer på tilsvarende spørgsmål. Her var andelen, der lidt af tiden/aldrig havde følt sig glade og tilfredse 11%, mens 15% lidt af tiden/aldrig havde følt sig rolige og afslappede. Andelen, der hele tiden/det meste af tiden havde følt sig triste udgjorde 11%. Følelsen af være så langt

nede, at intet kunne opmuntre én, sås blandt 5%, og gruppen af meget nervøse udgjorde 8% (Følner et al. 2015).

Stress

I CASA-studiet angav over halvdelen af LGBT-personerne at være stressede i hverdagen, især kvinderne. Der sås dog ikke en signifikant overhyppighed i forhold til heteroseksuelle kontrolpersoner (Gransell & Hansen 2009).

SIF undersøgte stress på en skala, der målte respondentens oplevelse af at kunne håndtere uforudsigelige og ukontrollerbare hændelser, problemer og belastninger. Man fandt, at homoseksuelle mænd samt biseksuelle mænd og kvinder følte sig mere stressede end heteroseksuelle. Dette gjaldt især for unge biseksuelle kvinder under 35 år, hvor andelen med stress var 58% i sammenligning med 31% af unge heteroseksuelle kvinder (Johansen et al. 2015).

Angst og depression

På spørgsmål vedrørende ængstelse, nervøsitet/uro og nedtrykthed/depression/ulykkelighed så man i CASA-studiet, at LGBT-personer adskilte sig negativt fra heteroseksuelle. Der var især stor forskel på, hvor meget ængstelse, uro og nervøsitet, de unge LGBT-personer følte (9%) i forhold til heteroseksuelle (1%). Hvad angik spørgsmålet om nedtrykthed/depression/ulykkelighed inden for de seneste to uger, havde mandlige LGBT-personer ældre end 45 år mere erfaring med dette end jævnaldrende heteroseksuelle mænd. Homoseksuelle kvinder i alderen 16-29 år havde i højere grad haft symptomer som uro, nedtrykthed og søvnbesvær de seneste to uger end andre kvinder og mandlige LGBT-personer (Gransell & Hansen 2009).

Det er vigtigt at skelne mellem selvrapporteret psykisk mistrivsel og egentlige psykiatriske tilstande diagnosticeret af en læge. Sidstnævnte kan med fordel belyses gennem registerdata, hvilket dog endnu ikke er gjort i en dansk sammenhæng.

Selvtillid

En undersøgelse fra Center for Ungdomsforskning viste, at selvidentifierede homo- og biseksuelle unge signifikant oftere havde lav eller meget lav selvtillid (9%) i forhold til jævnaldrende heteroseksuelle (6%). Ligeledes udtrykte 74% af de heteroseksuelle unge høj/meget høj selvtillid sammenlignet med 64% af homoseksuelle (Nielsen et al. 2010).

Sociale relationer/ensomhed

SIF spurgte til kontakt i det nære netværk. Det var i højere grad biseksuelle – både mænd (19%) og kvinder (10%) – der sjældent eller aldrig havde kontakt med familie i forhold til heteroseksuelle mænd og kvinder (hhv. 9% og 8%). Der var ingen signifikante forskelle i andelen, der sjældent eller aldrig havde kontakt til venner, men andelen var dog høj (16%) blandt biseksuelle mænd. Andelen af biseksuelle mænd (13%) og kvinder (16%) samt homoseksuelle mænd (10%), der ofte var uønsket alene, var signifikant større end blandt heteroseksuelle mænd (4%) og kvinder (5%).

Der var signifikant flere biseksuelle kvinder, der aldrig eller næsten aldrig havde nogen at tale med sammenlignet med lesbiske og heteroseksuelle kvinder. Især mange unge biseksuelle kvinder havde aldrig eller næsten aldrig nogen at tale med (13%) i sammenligning med unge heteroseksuelle kvinder (2%) (Johansen et al. 2015).

Selv mord

Selv mordstanker

I CASA-undersøgelsen var andelen af LGBT-personer, der havde haft selvmordstanker inden for det seneste år, 2-3 gange større end i resten af den danske befolkning. Forskellene var især markante blandt mænd i 30-44 års-alderen (16% versus 4%) og blandt kvinder i alderen 16-29 år (30% versus 18%).

Blandt LGBT-personerne havde kvinderne generelt flest selvmordstanker. Blandt biseksuelle var der stor forskel på selvmordstanker hos kvinder og mænd: Biseksuelle mænd i 30-44-års-alderen havde haft fire gange så mange selvmordstanker som biseksuelle kvinder inden for det seneste år. Det omvendte gjorde sig gældende for biseksuelle i aldersgruppen 16-29 år, hvor andelen

af selvmordstanker blandt kvinder var tre gange så stor som blandt mænd (Gransell & Hansen 2009).

Resultatet genfindes i en undersøgelse baseret på SUSY-tal fra 2000, hvor mere end dobbelt så mange homo/biseksuelle som heteroseksuelle (16% versus 7% for mænd og 20% versus 8% for kvinder) havde overvejet at begå selvmord inden for det seneste år (Graugaard et al. 2015). Blandt danske LGBT-personer, som udgjorde kontrolgruppen i en anden undersøgelse, havde 19% tænkt på at begå selvmord inden for det seneste år (Følner et al. 2015).

Præliminære resultater fra Projekt SEXUS viser, at signifikant flere homo/biseksuelle (52%) og transpersoner (63%) end heteroseksuelle (23%) nogensinde har overvejet at begå selvmord (Frisch et al. 2019).

Selvordsforsøg

I CASA-undersøgelsen var andelen af LGBT-personer, der havde forsøgt at tage deres eget liv, dobbelt så stor som i den heteroseksuelle kontrolgruppe og fire gange så stor som i SUSY-undersøgelsens skøn for hele befolkningen. 12-13% af LGBT-personerne havde nogensinde forsøgt at tage deres eget liv. Overhyppigheden i forhold til heteroseksuelle sås i alle aldersgrupper. Den største andel sås blandt 16-29-årige biseksuelle kvinder, hvor 36% havde forsøgt at begå selvmord. For mænd i aldersgruppen 16-44 år var der flest selvmordsforsøg blandt biseksuelle.

De første selvmordsforsøg blev oftest foretaget i alderen 13-19 år, og 6-9% af selvmordsforsøgene blandt LGBT-personer blev foretaget i alderen 4-12 år. Blandt heteroseksuelle havde ingen forsøgt at begå selvmord i så tidlig en alder (Gransell & Hansen 2009).

I SUSY-undersøgelsen med data fra 2000 fandt man tilsvarende, at 3-4 gange flere homo/biseksuelle end heteroseksuelle (8% versus 3% for mænd og 12% versus 4% for kvinder) havde forsøgt at tage livet af sig selv mindst én gang (Graugaard et al. 2015). I den danske LGBT-kontrolgruppe havde 15% nogensinde forsøgt at begå selvmord (Følner et al. 2015).

Præliminære resultater fra Projekt SEXUS viser, at signifikant flere homo/biseksuelle (28%) og transpersoner (38%) end heteroseksuelle (7%) nogensinde har skadet sig selv med vilje, fx ved at skære, slå eller brænde sig, og at signifikant flere homo/biseksuelle (13%) og transpersoner (20%) end heteroseksuelle (3%) nogensinde har forsøgt at begå selvmord (Frisch et al. 2019).

Fuldbyrdede selvmord

Hvor mange LGBT-personer, der rent faktisk tager livet af sig selv, vides indlysende nok ikke. En epidemiologisk undersøgelse dækkende perioden 2000-2011 viste, at personer i registreret partnerskab markant oftere begå selvmord end heteroseksuelt gifte. Der var tale om en fire gange forøget selvmordsrisiko og en seks gange forøget risiko blandt kvinder i registreret partnerskab (Frisch et al 2013).

Seksuel sundhed

Selvvurderet seksuel sundhed

I SUSY-opgørelsen fra 2000 blev der i vurderingen af respondenternes aktuelle seksualliv fundet signifikante forskelle mellem homo/biseksuelle og heteroseksuelle mænd. Således angav 59% af heteroseksuelle mænd at have et meget godt/temmelig godt sexliv, mens det tilsvarende tal for ikke-heteroseksuelle var 42%. Ligeledes rapporterede 13% af heteroseksuelle mænd at have et dårligt/meget dårligt sexliv, mens det samme var tilfældet for 23% af ikke-heteroseksuelle mænd. Der sås et tilsvarende mønster for kvinder, men forskellene her var ikke statistisk signifikante (Graugaard et al. 2015).

I SIF-undersøgelsen så man, at færre lesbiske kvinder var seksuelt tilfredse end heteroseksuelle kvinder, mens der ikke var forskelle mellem mænd af forskellige seksuel orientering (Johansen et al. 2015).

Seksuel lyst og tilfredshed

I SUSY-opgørelsen oplevede langt størstedelen af alle respondenter (85-95%) seksuelle lyster regelmæssigt, men signifikant flere homo/biseksuelle end heteroseksuelle mænd (11% versus 5%) følte sjældent eller aldrig seksuel lyst. Det samme gjaldt ikke for ikke-

heteroseksuelle kvinder. Ikke-heteroseksuelle af begge køn oplevede i mindre grad end heteroseksuelle at få dækket deres seksuelle behov (18% versus 8% for mænd, og 15% versus 7% for kvinder) (Graugaard et al. 2015).

SIF fandt, at andelen med manglende sexlyst var 20% blandt kvinder generelt, uden forskel mellem homo- og heteroseksuelle. Blandt mænd var andelen højst blandt homoseksuelle (14%) (Johansen et al. 2015).

I CASA-undersøgelsen så man, at en større andel af kvinder end mænd havde haft nedsat sexlyst det seneste år. LGBT-personer havde samlet set større problemer med manglende sexlyst end heteroseksuelle (Gransell & Hansen 2009).

Seksuelle kontakter

SIF spurgte, hvorvidt respondenterne havde haft sex inden for det seneste år, og de unge homoseksuelle var den gruppe, hvor flest havde haft seksuelt samvær med et andet menneske. Til gengæld var andelen blandt personer over 35 år med seksuelt samvær lavere blandt både homo- og biseksuelle sammenlignet med heteroseksuelle. Generelt havde lesbiske sjældnere sex end heteroseksuelle kvinder (Johansen et al. 2015).

CASA fandt, at de biseksuelle kvinder oftere havde sex mindst én gang om ugen end andre LGBT-personer. I de ældste aldersgrupper havde de homoseksuelle mænd dog haft mest sex, og homoseksuelle mænd havde generelt mere sex med stigende alder. De andre LGBT-personers seksuelle samvær faldt derimod med alderen. Der var ingen nævneværdig forskel på LGBT-personers og heteroseksuelles seksuelle samvær eller manglende dækning af det seksuelle behov (Gransell & Hansen 2009).

Seksuelle problemer

SIF spurgte til en række forskellige seksuelle problemer og dysfunktioner. For mændenes vedkommende gjaldt det problemer med rejsning, tidlig sædafgang, manglende orgasme og smerter ved samleje, mens kvinderne blev spurgt til manglende fugtighed i skeden, manglende orgasme, skedekrampe og smerter ved samleje. Der var ingen statistisk sikker forskel mellem grupperne, men de biseksuelle var den gruppe, hvor flest angav at have

mindst ét seksuelt problem (32% blandt kvinder og 21% blandt mænd). Skedekramper og smerter ved samleje var de hyppigste gener (Johansen et al. 2015).

Seksuelle overgreb, chikane og vold

I SUSY-studiet så man, at ikke-heteroseksuelle oftere rapporterede tvungne eller forsøg på tvungne seksuelle aktiviteter end heteroseksuelle. Forskellene var signifikante for begge køn, men seksuel tvang var langt mere udbredt blandt ikke-heteroseksuelle kvinder (36%) end ikke-heteroseksuelle mænd (8%). En fjerdedel af de ikke-heteroseksuelle kvinder havde modtaget trusler om vold i modsætning til 14% af heteroseksuelle kvinder. Andelen af ikke-heteroseksuelle kvinder, der rent faktisk havde været ofre for vold, var næsten tre gange så høj som den tilsvarende andel blandt heteroseksuelle (12% versus 4%). Lignende, men ikke-signifikante mønstre blev set blandt mænd (Graugaard et al. 2015).

Præliminære resultater fra Projekt SEXUS viser, at signifikant flere homo/biseksuelle (17%) og transpersoner (24%) end heteroseksuelle (6%) nogensinde har oplevet, at de ved trusler, tvang eller vold er blevet involveret i seksuelle handlinger. Tilsvarende har signifikant flere homo/biseksuelle (15%) og transpersoner (22%) end heteroseksuelle (7%) nogensinde været i et parforhold, hvor partneren jævnligt ydmygede, truede eller slog dem.

Projekt SEXUS viser desuden, at 35% af homo/biseksuelle har oplevet at blive mobbet eller chikaneret, råbt efter på gaden eller diskrimineret på grund af deres seksuelle orientering. 56% af transpersoner har oplevet noget lignende på grund af deres kønsidentitet. 15% af homo/biseksuelle har oplevet at blive fysisk eller seksuelt forulempet på grund af deres seksuelle orientering, mens 21% af transpersoner har oplevet noget tilsvarende på grund af deres kønsidentitet (Frisch et al. 2019).

Man må formode, at overgreb, vold og chikane både finder sted i parforhold, internt i LGBT-miljøet og som følge af omgivelsernes chikanerier og egentlige "hate crimes". De foreliggende studier giver dog ikke mulighed for at give et mere differentieret billede af omstændighederne omkring overgreb, vold og chikane.

Seksuelt overførbare infektioner

Mænd

I forhold til sin begrænsede størrelse i befolkningen er gruppen af MSM voldsomt overrepræsenteret i statistikker over sexsygdomme/hiv. Således var 55% (100/182) af de nydiagnosticerede hiv-smittede i 2016 mænd, der havde haft sex med mænd. Samme år udgjorde MSM 70% af syfilistilfældene blandt mænd, ligesom de udgjorde 41% af gonorrétilfældene blandt mænd. Det estimeres, at 66% (4.100/6.200) af de, der lever med hiv i Danmark, er MSM. Det vurderes, at ca. 600 personer lever med hiv uden at vide det. Heraf er ca. 80% MSM (Statens Serum Institut 2018).

Hiv-infektion betragtes i dag som en kronisk sygdom, som indebærer livslang medicinering, regelmæssig opfølgning med blodprøver, kontroller, medicinjustering mv. Hertil kommer eventuelle psykosociale og seksuelle konsekvenser. Hiv-smittede tackler denne situation meget forskelligt, og sygdommen opleves af mange hiv-smittede som omgærdet af myter, fordomme, angst, tabuisering, diskrimination samt social og seksuel stigmatisering (Dahl 2016).

Kvinder

KSK er formentlig en lavrisikogruppe for STI, selvom smitteforekomsten er dårligt belyst. Dog oplyste 2% (15/833) af kvinder med gonorré diagnosticeret i 2016, at de var blevet smittet af en anden kvinde (Statens Serum Institut 2018). I Haahrs undersøgelse (2017) var smitte med herpes og kondylomer udbredt og også dokumenteret hos kvinder, der identificerede sig som lesbiske/homoseksuelle. Mange havde eller havde haft mandlige partnere og beskyttede sig sjældent.

Sundhedsadfærd/livsstil

Tobak

Daglig rygning er generelt udbredt i LGBT-gruppen, hvor omkring hver femte ryger hver dag. Rygning er lidt hyppigere blandt biseksuelle kvinder og homoseksuelle mænd sammenlignet med heteroseksuelle af samme køn (Johansen et al. 2015). CASA fandt, at der var en større andel af LGBT-personer, der var storrygere, end i studiets

heteroseksuelle kontrolgruppe, men ikke i forhold til befolkningen som helhed. Andelen af storrygere i LGBT-gruppen var størst blandt de unge kvinder (Gransell & Hansen 2009).

Alkohol

SIF's undersøgelse viste, at blandt LGB-personer var homoseksuelle mænd den undergruppe, hvor den største andel overskred Sundhedsstyrelsens alkoholanbefalinger (16%), hvilket var mere end for heteroseksuelle mænd (9%) (Johansen et al. 2015).

I CASA-undersøgelsen havde LGBT-personer et større alkoholforbrug end den heteroseksuelle kontrolgruppe og en mere markant tendens til "binge drinking" (indtagelse af store mængder alkohol på én gang). Mandlige LGBT-personer var generelt dem, der havde størst alkoholforbrug, især mænd i 30-40-års-alderen (Gransell & Hansen 2009).

Flere lesbiske end heteroseksuelle kvinder drak mindst fem genstande ved samme lejlighed hver måned. Flere biseksuelle end heteroseksuelle drak mindst fem genstande ved samme lejlighed hver måned, og de biseksuelle under 35 år den gruppe, hvor flest drak mindst fem genstande ved samme lejlighed (48%). Til sammenligning gjaldt dette for 26% af heteroseksuelle kvinder og 31% af heteroseksuelle mænd (Johansen et al. 2015).

I en undersøgelse af kontrolgruppen af danske LGBT-personer drak næsten 40% alkohol mindst en gang om ugen. Hovedparten indtog 1-4 genstande, når de drak alkohol, mens ca. 40% drak fem eller flere genstande (Følner et al. 2015).

Hash

SIF's undersøgelse viste, at 10-25% af LGBT-personer havde røget hash inden for det seneste år, og i alle LGBT-grupper var andelen højere end blandt heteroseksuelle (5-10%). Forskellen var statistisk sikker for lesbiske og biseksuelle kvinder. Blandt unge biseksuelle kvinder var andelen, der havde røget hash inden for det seneste år, 41%. Der var lidt flere homo- og biseksuelle mænd end heteroseksuelle i denne gruppe, men forskellen var ikke statistisk signifikant (Johansen et al. 2015).

Også CASA fandt, at det var mere almindeligt at ryge hash blandt LGBT-personer end blandt heteroseksuelle, især blandt biseksuelle kvinder. Der blev røget mest i de yngre år, hvorefter forbruget faldt (Gransell & Hansen 2009).

I en undersøgelse, der særligt omhandlede nydanske LGBT-personer, havde mere end tre fjerdedele af danske LGBT-personer i kontrolgruppen aldrig røget hash, og 18% gjorde det et par gange om året eller sjældnere (Følner et al. 2015).

Andre stoffer

SIF fandt, at brugen af andre stoffer end hash var lav blandt LGBT-personer, men dog højere end blandt heteroseksuelle. Som med hash, var det de biseksuelle kvinder, der forbrugte mest, og 9% af de biseksuelle kvinder under 60 år havde anvendt andre stoffer inden for det seneste år. For de unge gjaldt det 14%. Sammenlignet med heteroseksuelle kvinder var der her en statistisk sikker forskel (Johansen et al. 2015).

I CASA-undersøgelsen havde LGBT-personer brugt ecstasy og kokain i meget større omfang end resten af befolkningen (Gransell & Hansen 2009). I undersøgelsen af nydanske LGBT-personer havde 22% i den etnisk danske LGBT-kontrolgruppe prøvet stoffer som kokain, amfetamin eller ecstasy (Følner et al. 2015).

"Chemsex"

Fænomenet "chemsex", hvor MSM kombinerer stoffer med seksuel aktivitet, er et alvorligt og tilsyneladende stigende problem, selvom omfanget i Danmark er ukendt. Forskellige stoffer ryges, sniffes, drikkes, sluges, indføres analt eller injiceres. Typisk anvendes stofferne crystal meth, GHB/GBL og mephedrone, men der kan også være tale om kokain, speed, ecstasy og LSD. Risici ved "chemsex" er dels stofafhængighed, dels overførsel af smitte med fx hiv og hepatitis samt forøget risiko for depression, angst og seksuelle overgreb. Det er en stor udfordring for behandlingssystemet at yde hjælp til denne kombination af sex- og stofafhængige, der kan være socialt og arbejdsmæssigt velfungerende.

Udbredelsen af "chemsex"-fester i Danmark er ukendt, men i AIDS-Fondets ikke-repræsentative undersøgelse på nettet svarede 352 personer ud af 563, at de havde prøvet sex på stoffer (Dittfeld 2017).

Fysisk aktivitet

SIF spurgte til kostmønster og fysisk aktivitet i fritiden. Der var signifikant færre biseksuelle mænd og kvinder, der dyrkede moderat eller hård fysisk motion i fritiden sammenlignet med homo- og heteroseksuelle. Andelen, der dyrkede hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden, var større blandt mænd end blandt kvinder. Der var ingen sikre forskelle på kostmønstrene mellem LGB-personer og heteroseksuelle (Johansen et al. 2015).

Stillesiddende fritidsaktiviteter var udbredte i LGBT-gruppen sammenlignet med heteroseksuelle og hyppigst blandt biseksuelle kvinder, hvor mere end hver femte var stillesiddende i fritiden (Johansen et al. 2015). Også i CASA-undersøgelsen havde LGBT-personer en tendens til mere stillesiddende fritid end resten af befolkningen (Gransell & Hansen 2009).

Over- og undervægt

Generelt var overvægt (BMI >25) udbredt i LGBT-gruppen, ligesom det er i befolkningen som helhed. Således viste SIF-studier, at 31-54% af respondenterne var overvægtige. Mindst overvægt sås blandt lesbiske kvinder, men der var ingen statistisk sikre forskelle mellem forskellige grupper af respondenter. Den højeste andel af overvægtige fandtes blandt biseksuelle personer over 60 år (63%). Der var heller ingen væsentlige forskelle i svær overvægt (BMI >30) mellem LGBT-gruppen og den øvrige befolkning (Johansen et al. 2015).

Undervægt (BMI <18,5) var ikke udbredt i grupperne, og forskelle imellem dem var ikke signifikante. Der var dog en overhyppighed af undervægt blandt lesbiske i forhold til resten af LGBT-gruppen (Johansen 2015).

CASA fandt, at der var en lidt mindre andel af overvægtige blandt LGBT-personer end blandt heteroseksuelle personer. Blandt LGBT-personer var det de

biseksuelle mænd i 30-44-års-alderen, der havde den største andel af overvægtige (Gransell & Hansen 2009).

Brug af sundhedsvæsenet

Kontakt til læge

SIF's undersøgelse viste, at der ikke var statistisk sikre forskelle mellem LGBT-grupperne i forhold til, hvor stor en andel der havde været i kontakt med egen læge inden for de seneste 12 måneder. I alle grupperne havde mindst to ud af tre haft kontakt med egen læge (Johansen et al. 2015).

CASA spurgte til kontakt med sundhedsvæsenet bredt (praktiserende læger, speciallæger, alternativ behandler, sygehus og hjemmesygeplejerske) inden for de seneste tre måneder. Den eneste signifikante forskel var LGBT-personers øgede kontakt til alternativ behandler, hvilket især gjaldt for kvinderne (Gransell & Hansen 2009).

Kontakt til psykolog eller psykiater

55% i kontrolgruppen af danske LGBT-personer havde nogensinde været i et behandlingsforløb hos en psykolog eller en psykiater (Følner et al. 2015). For transpersoners vedkommende er nogle af disse psykolog-/psykiaterkontakter givetvis en del af et afklarende forløb forud for kønsmodificerende tiltag.

Præliminære resultater fra Projekt SEXUS viser, at signifikant flere homo/biseksuelle (51%) og transpersoner (48%) end heteroseksuelle (29%) nogensinde har fået læge- eller psykologbehandling for et psykisk problem. Inden for det seneste år har signifikant flere homo/biseksuelle (12%) og transpersoner (12%) end heteroseksuelle (5%) modtaget læge- eller psykologbehandling for stress. Inden for det seneste år har signifikant flere homo/biseksuelle (13%) og transpersoner (27%) end heteroseksuelle (4%) modtaget læge- eller psykologbehandling for angst. Inden for det seneste år har signifikant flere homo/biseksuelle (10%) og transpersoner (22%) end heteroseksuelle (3%) modtaget læge- eller psykologbehandling for depression (Frisch et al. 2019).

Kontakt til sundhedsprofessionelle vedrørende seksualliv

SIF spurgte, om respondenterne inden for de seneste fem år havde talt med en sundhedsprofessionel om seksuelle spørgsmål og i givet fald på hvis initiativ. Andelen, der havde talt med sundhedsprofessionelle, var højst blandt transpersoner (44%) og biseksuelle kvinder (33%). Homoseksuelle mænd havde oftere end heteroseksuelle mænd talt med en sundhedsprofessionel om seksuelle spørgsmål (Johansen et al. 2015).

Præliminære resultater fra Projekt SEXUS viser, at signifikant flere homo/biseksuelle (35%) og transpersoner (48%) end heteroseksuelle (19%) har talt med en sundhedsperson om seksuelle spørgsmål eller problemer inden for de seneste fem år (Frisch et al. 2019). For transpersoners vedkommende må man formode, at en del af disse kontakter har at gøre med vurdering og udredning forud for kønsmodificerende behandlingstiltag.

Screening og vaccination

Der sås ikke nogen markant forskel på kvindelige LBT-personer og andre kvinder med hensyn til hyppigheden af deltagelse i smear-screening for celleforandringer på livmoderhalsen inden for de seneste tre år (Gransell & Hansen 2009). Højt forbrug af denne ydelse sås også blandt lesbisk identificerede i AIDS-Fondets KSK-undersøgelse fra 2015 (Haahr 2017). Dog var der større andel af LBT-kvinderne blandt de unge, som aldrig har taget imod tilbuddet om en celleprøveundersøgelse, i forhold til heteroseksuelle kvinder (Gransell & Hansen 2009). I AIDS-Fondets undersøgelse gjaldt dette især for kvinder, der aldrig havde haft sex med mænd (Haahr 2017).

Præliminære resultater fra Projekt SEXUS viser, at signifikant flere homo/biseksuelle kvinder (30%) og transmænd (68%) end heteroseksuelle kvinder (14%) aldrig nogensinde har fået taget en celleprøve for livmoderhalskræft (Frisch et al. 2019).

Vaccination mod humant papillomavirus (hvp) tilbydes til alle 12-årige piger som en del af børnevaccinationsprogrammet. Præliminære resultater fra Projekt SEXUS viser, at signifikant flere homo/biseksuelle kvinder og transmænd end heteroseksuelle kvinder aldrig er blevet hvp-vaccineret. Vaccination mod hvp bliver fra sommeren 2019 tilbudt til alle 12-årige drenge som del af det almindelige børnevaccinationsprogram.

Præliminære resultater fra Projekt SEXUS viser også, at signifikant flere homo/biseksuelle mænd (8%) end heteroseksuelle mænd (4%) havde fået mindst én hpv-vaccination (Frisch et al. 2019).

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at MSM vaccineres mod hepatitis B, men denne vaccination gives kun som et gratis tilbud i Region Hovedstaden. Det vides ikke, hvor stor en andel af MSM-gruppen, der er vaccineret mod hepatitis B.

Dødelighed

Et epidemiologisk studie undersøgte dødelighed som funktion af civilstand og samlivsstatus for hele den danske befolkning gennem perioden 1982-2011 (Frisch & Simonsen 2013). Man fandt her, at risikoen for at dø var forhøjet blandt personer i registreret partnerskab (samt alle ugifte, fraskilte og enker/enkemænd) sammenlignet med personer, der var gift med en person af det andet køn. Også sammenlignet med samlevende personer af forskelligt køn var den samlede dødelighed konsekvent forhøjet blandt personer i et samkønnet forhold samt for personer, der boede alene, med forældre eller i husstande med flere voksne.

Periodens mest markante ændringer i dødeligheden sås blandt dem, der levede sammen med en person af samme køn: Mellem 2000 og 2011 faldt dødeligheden blandt mænd i registreret partnerskab til et niveau, der var lavere end for ugifte og fraskilte mænd. Dette må i langt overvejende grad tilskrives tidens forbedrede behandling af hiv. For homoseksuelle kvinder i registreret partnerskab gik det i perioden den modsatte vej. Her sås en stigende overdødelighed, så disse kvinder havde en dødelighed på næsten det dobbelte af dødeligheden blandt kvinder i heteroseksuelt ægteskab. Den forhøjede dødelighed blandt kvinder i registreret partnerskab skyldtes blandt andet en overdødelighed af kræft og selvmord (Frisch & Simonsen 2013).

Særligt om transpersoner

Fysisk sundhed

SIF-studiet konkluderede, at transpersoner havde dårligere fysisk sundhed på flere områder: De havde et markant dårligere selv vurderet helbred end de øvrige grupper, de

angav ofte langvarig sygdom, og de led oftere af smerter og ubehag end den øvrige befolkning (Johansen et al. 2015). CASA-studiet fandt, at der blandt transkvinder over 45 år var en større andel med rygsmerter de seneste tre måneder end blandt andre personer i LGBT-gruppen (Gransell & Hansen 2009).

Mental sundhed

SIF fandt, at transpersoner ofte angav et dårligt mentalt helbred (46%) og i høj grad led af stress (67%). Det gjaldt i særdeleshed unge under 35 år (Johansen et al. 2015), og ifølge CASA især transkvinder (Gransell & Hansen 2009). Det var de transkønnede, der havde størst andel med dårligt velbefindende blandt de unge LGBT-personer og den laveste vitalitet i aldersgruppen 16-44 år (Gransell & Hansen 2009).

Samme undersøgelse fandt dog en lavere andel med selvmordstanker inden for det seneste år blandt transkønnede i forhold til LGB-personer, mens andelene med egentlige selvmordsforsøg blandt transpersoner var meget høje, mest udtalt blandt transmænd ældre end 30 år. De transkønnedes selvmordsforsøg var uafhængige af bopælsområde, samlivsstatus, uddannelse, alder og køn (Gransell & Hansen 2009).

Sociale relationer

CASA fandt, at transkønnede var mindre åbne om deres kønsidentitet, end LGB-personer var om deres seksuelle orientering. Lukketheden var mest udtalt i forhold til arbejde/skole, og det var også her, de oplevede de mest negative reaktioner. De transkønnede var blandt dem, der var mest udsatte for vold.

Målt på parameteren ensomhed havde transpersoner sjældnere kontakt til familie end LGB-personer og den øvrige befolkning. En betydelig del (19%) oplevede at være uønsket alene. Ligeledes regnede en markant andel af transpersonerne ikke med at kunne få hjælp ved sygdom (12%) eller at have nogen at tale med (14%), hvis de oplevede problemer (Johansen et al. 2015).

Seksuel sundhed

I SIF-studiet var der kun knap en tredjedel (30%) af transpersoner, der var tilfredse med deres sexliv, hvilket var den laveste andel af alle LGBT-grupperne. Andelen af transpersoner, der havde haft seksuelt samvær, var lavere end for alle de øvrige LGBT-grupper (Johansen et al. 2015). I CASA-studiet havde transkvinder oftest oplevet manglende sexlyst (Gransell & Hansen 2009).

CASA-studiet viste desuden, at især de ældre transmænd havde vanskeligt ved at få dækket deres seksuelle behov i forhold til de øvrige grupper. I 30-44-års-alderen var det dog i højere grad transkvinder, der ikke fik dækket deres seksuelle behov i forhold til de andre LGBT-kvinder. Transkønnede udgjorde den af LGBT-grupperne, der oftest havde været udsat for vold og trusler (Gransell & Hansen 2009).

Sundhedsadfærd/livsstil

Blandt LGBT-personer var det især de transkønnede, der tilhørte storrygerne, og dette gjaldt især transkvinder i 30-44-års-alderen (Gransell & Hansen 2009). Transkønnede udgjorde den LGBT-gruppe, hvor den største andel (17%) overskred Sundhedsstyrelsens alkoholanbefalinger.

Der var en betydelig andel af transpersonerne (16%), der havde brugt hash det seneste år. Dette skyldes dog primært, at denne gruppe var yngre end de øvrige grupper. Hvad angik kost, havde hver femte transperson i SIF's undersøgelse et usundt kostmønster, og mere end hver femte transperson var stillesiddende i fritiden, især unge under 35 år. Dog sås der samtidig en ikke-signifikant overhyppighed af undervægt blandt transpersoner (Johansen et al. 2015).

Kontakt til sundhedsprofessionelle

Andelen, der inden for de seneste fem år havde talt med en sundhedsprofessionel om seksuelle spørgsmål, var i LGBT-gruppen størst blandt transpersoner. Unge transmænd havde oftere opsøgt skadestue de seneste tre måneder, og ældre transmænd havde oftere opsøgt psykolog end de øvrige LGBT-personer (Johansen et al. 2015).

Særligt om nydanske LGBT-personer

Sundhed er en kompleks størrelse, der ikke skabes i et tomrum, men derimod påvirkes af en lang række sociodemografiske faktorer. Det må derfor forventes, at mange andre forhold end kønsidentitet og seksualitet influerer på helbred og sundhed. Det gælder fx køn, alder, uddannelsesniveaue, erhverv, indtægt, familieforhold, bopæl, kulturel og religiøs baggrund samt etnisk herkomst. Hvordan disse faktorer påvirker samspillet mellem seksualitet og sundhed er ikke velbeskrevet, og i Danmark har vi kun få undersøgelser, der belyser dette (Følner et al. 2015 & 2018) (læs mere om intersektionalitet i rapportens afsnit 5).

Nydanske LGBT-personer var sammenlignet med andre LGBT-personer i Danmark mindre positive i forhold til selv vurderet fysisk helbred, om end forskellene ikke var signifikante. Hertil kom en signifikant dårligere psykisk trivsel i forhold til kontrolgruppen af øvrige LGBT-personer: Færre nydanske LGBT-personer havde inden for de seneste fire uger følt sig glade og tilfredse, og færre havde følt sig rolige og afslappede. Flere af de nydanske LGBT-personer havde følt sig triste og/eller været meget nervøse. Når det gjaldt udsagnet "Jeg har været så langt nede, at intet kunne opmuntre mig", var forskellen særlig markant: 59% af de nydanske LGBT-personer havde i større eller mindre grad følt dette inden for de seneste fire uger i modsætning til 27% af etnisk danske LGBT-personer.

Udbredelsen af selvmordstanker og selvmordsforsøg blandt nydanske LGBT-personer var meget høj. Andelen af nydanske LGBT-personer, som havde overvejet at begå selvmord inden for det seneste år, var 33% sammenlignet med 19% blandt de øvrige LGBT-personer. Andelene med egentlige selvmordsforsøg var 19% versus 15%.

Af interviews gennemført i forbindelse med spørgeskemaundersøgelsen fremgik det, at den psykiske mistrivsel blandt de nydanske LGBT-personer i flere tilfælde hang sammen med, at de havde meget svært ved at forene deres kulturelle og religiøse baggrund med deres identitet som LGBT-person. De nydanske LGBT-personer, som havde haft selvmordstanker inden for det seneste år, kom fra familier, hvor både ære og religiøsitet blev tillagt større betydning end i de øvrige nydanske LGBT-personers familier (Følner et al. 2015).

Mange minoritetsetniske unge troede ikke, at deres forældre ville acceptere, hvis de fik en kæreste af samme køn. Næsten seks ud af ti 18-29-årige minoritetsetniske unge troede i mindre grad eller slet ikke, at deres familie ville acceptere, hvis de havde en kæreste af samme køn som dem selv, sammenlignet med 7-12% af de etnisk danske LGBT-personer (Følner et al. 2018). Hertil kommer, at et studie blandt minoritetsetniske danskere i alderen 18-64 år har vist, at 22% af mændene og 12% af kvinderne ikke fandt homoseksuelle forhold acceptable. De tilsvarende tal blandt etniske danskere var hhv. 3% og 1% (Følner et al. 2019).

Når det gjaldt forbrug af alkohol, hash og euforiserende stoffer sås der store forskelle mellem de to grupper: Nydanske LGBT-personer drak sjældnere alkohol end andre LGBT-personer, og 10% af de nydanske LGBT-personer angav, at de aldrig drak alkohol. Blandt de respondenter, som drak alkohol, svarede et stort mindretal på ca. 40% i begge grupper, at de typisk drak fem genstande eller flere, når de indtog alkohol.

Næsten halvdelen af de nydanske LGBT-personer (46%) havde røget hash inden for det seneste år, mens det til sammenligning gjaldt for 23% af de øvrige LGBT-personer. 26% af de nydanske LGBT-personer havde prøvet andre euforiserende stoffer, mens det gjaldt for 22% i kontrolgruppen af øvrige LGBT-personer (Følner et al. 2015).

INTERNATIONAL VIDEN

Et stort EU-baseret litteraturreview vedrørende LGBT-personers sundhed konkluderede, at LGBT-personer lever under forhold, der giver betydelige sundhedsmæssige uligheder i form af ringere fysisk og mental sundhed og trivsel samt øget risikobetonet livsstil (European Commission 2017). I det følgende gives der ud fra rapportens enkeltstudier eksempler på de påviste tendenser og sammenhænge. Markering med * angiver, at et lignende resultat ikke er fundet i de danske undersøgelser omtalt ovenfor.

Homo- og biseksuelle kvinder

Fysisk sundhed

Lesbiske og biseksuelle kvinder oplevede uforholdsmæssigt store sundhedsmæssige uligheder med dårligere selvrapporeret helbred i forhold til den generelle

kvindebefolkning (Elliott et al. 2015; Fish & Bewley 2010). Især biseksuelle kvinder var betydeligt mere tilbøjelige til at rapportere et dårligt fysisk helbred (Colledge et al. 2015; King et al. 2008; Meads et al. 2012).

Der sås blandt lesbiske og biseksuelle kvinder en forøget forekomst af livmoderhalskræft, sandsynligvis begrundet i lavere deltagelse i screeningsprogrammer som konsekvens af den opfattelse, at disse kvinder ikke behøvede screening.* Hertil kom en uforklarlig højere frekvens af sygdommen polycystisk ovariesyndrom (PCOS)* (Boehmer et al. 2011; Cochran & Mays 2012; Meads et al. 2012; Meads & Moore 2013).

En gennemgang af undersøgelser om vægtforskelle viste en væsentligt højere risiko for overvægt hos lesbiske og biseksuelle kvinder i forhold til heteroseksuelle kvinder* (Eliason et al. 2015).

Mental sundhed

I en stikprøve bestående af 937 biseksuelle og 4.769 lesbiske kvinder rapporterede biseksuelle kvinder dårligere mental sundhed/psykisk trivsel end lesbiske kvinder. Biseksuelle kvinder var endvidere mere tilbøjelige til at rapportere et spiseproblem og til bevidst at have skadet sig selv i det forløbne år. De var også mere tilbøjelige til at have følt sig trist til mode eller deprimerede inden for det seneste år og til at have følt sig angste eller nervøse sammenlignet med lesbiske kvinder (Colledge et al. 2015; Semleyn et al. 2016).

I en britisk undersøgelse af over to millioner mennesker (herunder 27.497 LGB-personer) rapporterede 19% af de biseksuelle kvinder et varigt følelsesmæssigt eller psykisk problem sammenlignet med 12% af lesbiske og 6% af heteroseksuelle kvinder (Elliott et al. 2015).

En metaanalyse viste, at lesbiske og biseksuelle kvinder havde en 82% højere relativ risiko for selvmordsforsøg i forhold til heteroseksuelle kvinder. Blandt 6.178 lesbiske og biseksuelle kvinder havde 5% forsøgt at begå selvmord inden for det seneste år, mens 20% bevidst havde skadet sig selv (King et al. 2008; Hunt & Fish 2008; Meads et al. 2012).

Sundhedsadfærd/livsstil

I en stikprøve bestående af 5.706 lesbiske eller biseksuelle kvinder fandtes en tre gange øget hyppighed af alkohol- og narkotikaafhængighed sammenlignet med kvinder i almindelighed. Risikoen herfor var højst for de biseksuelle kvinder. Biseksuelle kvinder var også betydeligt mere tilbøjelige til at indberette brug af hash eller beroligende medicin end lesbiske kvinder. Biseksuelle kvinder var desuden i højere risiko for at ryge for at kontrollere vægten (Colledge et al. 2015; King et al. 2008; Meads et al. 2012).

Homo- og biseksuelle mænd

Fysisk sundhed

I en undersøgelse af mere end 16.000 homoseksuelle og biseksuelle mænd led hver tiende af kroniske problemer eller et handicap, der begrænsede arbejdsevne og udførelsen af daglige aktiviteter.* De mest udbredte sundhedsproblemer i den samlede stikprøve omfattede muskel- og skeletbesvær (gigt, rygproblemer, nerveskader og kronisk træthedssyndrom). I en opfølgende undersøgelse havde op til 5% af homoseksuelle og biseksuelle mænd længerevarende mave-tarm-problemer, kræft samt lever- og nyreproblemer* (Meads et al. 2012). Homoseksuelle og biseksuelle mænd var i væsentlig større risiko for at få diagnosen analkræft, især på grund af hiv-smitte (Blondeel et al. 2016; Boehmer et al. 2011b; Hill & Holborn 2015).

44% af homoseksuelle og biseksuelle mænd i en undersøgelse med 5.694 respondenter var overvægtige. Forekomsten af overvægt steg med alderen, og homoseksuelle mænd ældre end 45 år var mere end dobbelt så tilbøjelige til at være overvægtige som dem under 25 år* (Bourne et al. 2016). Andelen af homoseksuelle og biseksuelle mænd med spiseforstyrrelser var ca. 7%* (Meads et al. 2012).

Mental sundhed

I en amerikansk undersøgelse fandtes signifikant større andele med mental mistrivsel hos homoseksuelle (26%) og biseksuelle mænd (40%) end blandt heteroseksuelle mænd (17%) (Gonzales et al. 2016). I et stort britisk studie var 21% af

homo- og biseksuelle mænd deprimerede, især medlemmer af etniske minoritetsgrupper og biseksuelle mænd, mens 17% af homoseksuelle og biseksuelle mænd rapporterede at være ængstelige (Hickson et al. 2016; Meads et al. 2012).

Andelene af homo- og biseksuelle mænd, som rapporterede selvmordsforsøg i det foregående år og gennem hele livet, var hhv. fordoblet og fire gange forøget i forhold til mænd i almindelighed, især blandt yngre homo- og biseksuelle mænd og dem med lavere uddannelse og indkomst (King et al. 2008; Hickson et al. 2016). Der blev fundet relativt højere forekomst af gennemførte selvmord for homoseksuelle og biseksuelle mænd i forhold til den almindelige befolkning (Haas et al. 2010).

I en undersøgelse af over to millioner mennesker (herunder 27.497 LGB-personer) rapporterede 15% af biseksuelle mænd og 11% homoseksuelle mænd et varigt følelsesmæssigt eller psykisk problem. Det samme gjorde 5% af heteroseksuelle mænd (Blondeel et al. 2016; Elliott et al. 2015).

Sundhedsadfærd/livsstil

Homoseksuelle mænd var betydeligt mere tilbøjelige end heteroseksuelle mænd til at rapportere et stort alkoholforbrug. 43% af en stor stikprøve af homoseksuelle og biseksuelle mænd i England havde drukket alkohol fire dage om ugen eller mere i den foregående uge. Af disse mænd var alkoholforbruget højest for personer over 45 år og lavest blandt unge (Bourne et al. 2016; Gonzales et al. 2016). I samme undersøgelse røg hver fjerde, og denne adfærd var faldende med alderen. 19% af homoseksuelle og biseksuelle mænd havde brugt ulovlige stoffer i løbet af den seneste måned* (Bourne et al. 2016). Brug af narkotika var højest hos homo- og biseksuelle mænd i alderen 25-45 år. Homo- og biseksuelle mænd havde 2,4 gange højere risiko for at udvikle narkotikaafhængighed i forhold til heteroseksuelle kontrolpersoner (King et al. 2008).

Transpersoner

Fysisk sundhed

I forhold til cispersoner blev der for transpersoner rapporteret øget dødelighed samt øget forekomst af sygdomme som diabetes, metabolisk syndrom og kræft. Desuden sås øget forekomst af hiv og andre seksuelt overførte infektioner samt øget tobaks-, stof- og alkoholforbrug samt øget forekomst af voldelige overgreb (Reisner et al. 2016).

Mental sundhed

Transpersoner havde betragteligt højere rater af mental uligevægt, depressive symptomer, angst og selvmordsadfærd (Budge et al 2013; Bauer et al. 2014; Nemoto et al. 2014; Reisner et al. 2016).

Interkønnede

Interkønnede personer tilhører en broget og uensartet gruppe, hvis helbredsforhold generelt er meget mangelfuldt udforskede. Hos en del interkønnede personer ses der dog utilfredshed med det ved fødslen tildelte køn samt med de gennemførte lægelige behandlinger (fx medicinering og kirurgi), der ofte fandt sted i løbet af barndommen.

Hertil kommer seksuelle og relationelle problemer og følelsen af at være socialt isolerede og ofre for marginalisering, diskrimination og stigmatisering med dårlig mental trivsel og selvmordstanker til følge. I en australsk online undersøgelse fra 2015 af 272 mennesker med intersex-variationer var forekomsten af selvmordsforsøg 19%, mens 60% havde overvejet selvmord sammenlignet med under 3% i den generelle befolkning (Jones 2016).

KORT SAMMENFATNING

Der ses i både danske og internationale studier en markant overhyppighed af livsstils-, trivsels- og sundhedsudfordringer blandt LGBT-personer sammenlignet med den heteroseksuelle og ciskønnede baggrundsbefolkning. Den

sundhedsmæssige gradient slår med særlig kraft igennem, når det gælder psykisk trivsel/mental sundhed, og hvor data for fysisk sundhed varierer fra studie til studie, påviser stort set alle undersøgelser øget psykisk sårbarhed og selvmordsadfærd blandt LGBT-personer i sammenligning med heteroseksuelle cispersoner.

Præliminære resultater fra den store danske befolkningsundersøgelse Projekt SEXUS bekræfter det skitserede billede og viser fx en signifikant overrisiko for dårligt selv vurderet helbred, selvskade, selvmordstanker og -forsøg, mobning, chikane, diskrimination og vold blandt danske LGBT-personer. Desuden havde omkring halvdelen af undersøgelsens homo/biseksuelle og transkønnede respondenter (i aldersgruppen 15-89 år) nogensinde modtaget behandling for et psykisk problem. Det tilsvarende tal blandt heteroseksuelle var 29%. Markant og signifikant flere LGBT-personer end heteroseksuelle havde inden for det seneste år modtaget læge- eller psykologbehandling for stress, angst og depression.

4. LGBT-PERSONERS MØDE MED SUNDHEDSVÆSENET - EN LITTERATURGENNEMGANG

INTRODUKTION

Som gennemgået i det foregående afsnit, er det efterhånden veldokumenteret, at LGBT-personer over en bred kam har dårligere trivsel og helbredsforhold end den øvrige befolkning. Denne ulighed i sundhed kan sandsynligvis blandt andet tilskrives de normer, LGBT-personer lever under i samfundet, og som på kompleks måde resulterer i en subkulturel sårbarhed og en livsstil, der kan true helbredet.

Det er desuden nærliggende at antage, at en medvirkende årsag til LGBT-personers generelt ringere helbredsforhold kan være manglende udnyttelse af offentlige sundhedstilbud, fx vaccinations- og screeningsprogrammer. Hertil kommer forhold som dårlig adhærens eller tilbageholdenhed med at søge hjælp og rådgivning.

Den mangelfulde udnyttelse af sundhedssektoren kan skyldes flere faktorer. Der kan fx være tale om usikkerhed og forlegenhed fra LGBT-personens side. Tilbøjeligheden til at undgå sundhedskontakter kan desuden bero på en oplevelse af manglende anerkendelse, hvis flertallet af sundhedsprofessionelle pr. automatik antager, at deres patienter er ciskønnede/heteroseksuelle. Herved bliver den terapeutiske alliance mellem LGBT-person og sundhedsprofessionel fra begyndelsen udfordret, fordi patienten ikke føler sig set og respekteret som et unikt individ. Endelig oplever nogle LGBT-personer, at fagpersoner har vanskeligt ved at håndtere, når en henvendelse har eksplicit baggrund i en problemstilling relateret til seksuel orientering og/eller kønsidentitet. I så fald vil der være en risiko for, at forebyggelse, diagnostik, behandling og rehabilitering ikke bliver tilpasset patientens reelle behov og livssituation.

Åben og fordomsfri kommunikation i det kliniske møde er en nødvendig forudsætning for frugtbar dialog – men samtaler om kønsidentitet og seksuel orientering kan være vanskelige for både den sundhedsprofessionelle og for patienten. Det er derfor relevant at se nærmere på, hvad forskningen kan bidrage med i forhold til at belyse LGBT-personers oplevelser af deres møde med sundhedsvæsenet. Vores viden på dette

område er sparsom og ufuldstændig, men i udlandet er der de senere år publiceret en del arbejder, som opsummeres i det følgende. De internationale undersøgelser suppleres af to nyere danske studier.

Den følgende gennemgang omhandler udelukkende spørgeskemaundersøgelser vedrørende LGBT-personers opfattelser, eftersom der endnu ikke foreligger forskning, som belyser de sundhedsprofessionelles oplevelser. Desuden er interkønnedes møde med sundhedsvæsenet praktisk talt ikke undersøgt i den foreliggende litteratur.

UDENLANDSK VIDEN

Undersøgelser viser, at andelen af LGBT-personer, som har dårlige/negative oplevelser med sundhedsvæsenet, er større end i resten af befolkningen, og at flere udtrykker utilfredshed med de tilbudte ydelser. En ikke-repræsentativ, internetbaseret spørgeskemaundersøgelse med 93.000 LGBT-deltagere fra hele EU undersøgte oplevelsen af diskrimination i forskellige sammenhænge (European Union Agency for Fundamental Rights 2013). Man fandt, at en betydelig del af dem, der havde henvendt sig til sundhedssektoren i de foregående 12 måneder, mente, at sundhedspersonalet havde diskrimineret dem, fordi de var LGBT-personer. Dette gjaldt for 8% af biseksuelle mænd, 9% af homoseksuelle mænd, 10% af biseksuelle kvinder, 13% af lesbiske kvinder og 19% af transpersoner.

Et studie peger på, at LGB-personer er omtrent 50% mere tilbøjelige end almenbefolkningen til at rapportere ugunstige erfaringer med den primære sundhedssektor (Elliott et al. 2015). Homoseksuelle mænd versus heteroseksuelle mænd rapporterede om følgende klager, og forskellene var alle statistisk signifikante:

* Ingen tillid til læge: 5,6%/3,6%

* Meget dårlig kommunikation med læge: 13,5%/9%

* Meget dårlig kommunikation med sygeplejerske: 7%/4,2%

* Utilfredshed med den samlede behandling: 5,9%/3,8%.

Nedenfor omtales fem forskellige typer barrierer for LGBT-personers lige og frie brug af sundhedssystemet. Overskrifterne følger den opdeling, der er anvendt i EU-kommissionens internationale udredning (EU Commission 2017):

1. Barrierer som følge af den sundhedsprofessionelles antagelser, normer og holdninger

En kendt barriere for LGBT-personers brug af sundhedsvæsenet er, at sundhedsprofessionelle opfatter heteroseksualitet som normen og pr. automatik antager, at deres patienter er heteroseksuelle (såkaldt *heteronormativitet*) (Fish & Williamson 2016; Katz-Wise & Hyde 2012; Marques et al. 2015). Mange sundhedsprofessionelle udtrykker derfor overraskelse, når de erfarer, at patienten er homo- eller biseksuel (Pennant et al. 2009). Et studie fandt, at sundhedspersonalet i særdeleshed mangler kulturel viden og sensitivitet i det kliniske møde med specifikke undergrupper af biseksuelle og homoseksuelle minoritetsetniske mænd. Mangel på en sådan bevidsthed kan være en vigtig strukturel hindring for fx at tilbyde hiv-testning (Wao et al. 2016).

En anden barriere for kommunikation med sundhedspersonale, som LGBT-personer kan opleve at stå over for i sundhedsvæsenet, er oplevelsen af implicit eller eksplicit *homo-, bi- og transfobi* (Bauer et al. 2014; Pennant et al. 2009; Sharek et al. 2015; Utamsingh et al. 2016). Nogle LGB-personer opfatter ligefrem visse sundhedspersoner som fordømmende, uhøflige eller respektløse (Pennant et al. 2009). I en undersøgelse fra Canada havde halvdelen af transpersoner, der mødte op på skadestuer, haft negative erfaringer med at blive nægtet behandling, blive tiltalt i sårende eller fornærmende sprog, blive nedgjort eller latterliggjort og blive nægtet undersøgelse af dele af kroppen (Bauer et al. 2014).

2. Barrierer som følge af den sundhedsprofessionelles sprogbrug

Hvis sundhedspersonalet pr. automatik antager, at deres patienter er heteroseksuelle og ciskønnede, bruger de naturligvis sproget i overensstemmelse hermed (Bauer et al. 2014; Hill & Holborn 2015). Den altdominerende hetero- og cisnorm kan for nogle LGBT-personer bidrage til en følelse af usynlighed og skabe barrierer i kommunikationen mellem LGBT-personer og sundhedspersonale. Det kan fx gælde, hvis en homoseksuel

mand bliver spurgt: "Hvad siger din kone til det?". Beslægtede problematikker gælder, hvis lægen konsekvent anvender et forældet udtryk som "transseksuel" eller "homofil" eller benytter personlige stedord, som en transkønnet patient ikke kan identificere sig med (Sharek et al. 2015). Det er vist, at sundhedsprofessionelle kan være tilbageholdende med at drøfte spørgsmål i forbindelse med køn og seksualitet med unge transpersoner, fordi de er bange for at bruge forkerte personlige stedord (Zeeman et al. 2016), hvilket kan føre til ingen eller dårligere kvalitet rådgivning

3. Barrierer som følge af, at patienten ikke oplyser at være LGBT-person

Når fx praktiserende læger ikke er klar over, hvorvidt deres patient er LGBT-person (og ikke bliver korrigeret i sin forhåndsantagelse om, at patienten er heteroseksuel og ciskønnet), kan denne misopfattelse føre til uhensigtsmæssige spørgsmål og diagnoser baseret på mangelfulde eller fejlbehæftede oplysninger (Fish & Bewley 2010).

Kommunikationsbristen er dobbeltsidig, for patienter med LGBT-baggrund kan selv være tilbageholdende med at oplyse om kønslige og seksuelle forhold. LGBT-personers egen modvilje mod at være åbne over for fagpersonen kan dermed vedligeholde personalets uvidenhed om patientens identitet, hvilket kan betyde manglende afdækning af relevante sundhedsmæssige behov. En undersøgelse viste, at de LGBT-personer, som var åbne om deres seksualitet og køn, oplevede bedre kommunikation med deres læger og sygeplejersker (Whitehead et al. 2016).

Der kan være forskellige grunde til, at LGBT-personer ikke omtaler deres seksuelle og kønslige forhold i mødet med sundhedsvæsenet. Nogle LGBT-personer mener simpelt hen ikke, at det er relevant, eftersom deres seksuelle orientering eller kønsidentitet ikke har nogen indflydelse på deres helbred (Whitehead et al. 2016). Andre frygter den sundhedsprofessionelles reaktion, særligt i form af afvisning, diskrimination og negativ indvirkning på deres behandling (Hill & Holborn 2015). Hertil kommer bekymringer om brud på tavshedspligten (Fish & Bewley 2010).

4. Barrierer som følge af heteroseksuelt orienterede oplysningsmaterialer, vejledninger og journaler

En enkelt undersøgelse henledte opmærksomheden på, at opbygning af journalmateriale så som tjeklister, spørgeguides, behandlingsbeskrivelser og dataregistreringsformularer var udviklet med udgangspunkt i heteroseksuelles problemer og behov (Pennant et al. 2009).

Også skriftlige oplysningsmaterialer og vejledninger kunne komme til at overse patienter, der faldt uden for den gængse heteroseksuelle norm, så især lesbiske og biseksuelle kvinder var mere tilbøjelige til at modtage upassende og forkert information og rådgivning, fx i forbindelse med svangerskabsforebyggelse og screening for livmoderhalskræft (Fish & Bewley 2010).

Transpersoner kan have særlige behov med hensyn til registrering af demografiske oplysninger i patientjournaler, eftersom deres navn og kønsidentitet ofte adskiller sig fra det ved fødslen givne, samt med hensyn til hvilke personlige stedord, de foretrækker om sig selv (Deutsch et al. 2013).

Kontinuitet i behandlingsforløb over flere sektorer betyder ofte, at patienterne ses af en række forskellige sundhedsprofessionelle, som ikke altid er klar over, at en person identificerer sig som LGBT-person, fordi relevante oplysninger om fx familiestruktur og partners køn ikke er noteret i journalen (Fish & Bewley 2010).

5. Barrierer som følge af den sundhedsprofessionelles manglende viden og uddannelse

Særlige barrierer i det kliniske møde mellem fagperson og LGBT-person udgøres af manglen på relevant viden om LGBT-personers liv og levevilkår og de dermed forbundne sundheds-, pleje-, forebyggelses- og behandlingsbehov samt personalets manglende færdigheder i at kommunikere på en kulturelt passende og sensitiv måde (Alessi et al. 2016; Bailey et al. 2014; Budge et al. 2013; Chakraborty et al. 2011; Elliott et al. 2015; Gonzales & Henning-Smith 2015; Jones 2016; Moe & Sparkman 2015; Sanders et al. 2015; Sharek et al. 2015; Sherriff et al. 2011; Utamsingh et al. 2016; Zeeman et al. 2016 & 2018).

I en undersøgelse blandt ældre LGBT-personer, der modtog ydelser fra den irske sundhedssektor, mente 59% af respondenterne, at sundhedsprofessionelle ikke

havde nok viden om LGBT-relevante spørgsmål. Respondenterne klagede fx over at blive mødt med uforståenhed, manglende respekt og heteronormativ sprogbrug samt at partnere bliver udelukket fra plejen. Deltagerne frygtede at blive skubbet tilbage "i skabet" eller "fanget i en heteroseksuel verden", hvis de kom på plejehjem (Sharek et al. 2015).

DANSK VIDEN

Man må forvente, at danske forhold adskiller sig fra mere traditionelt/religiøst funderede kulturer og fra lande, der lægefagligt fastholder forældede opfattelser af LGBT-personer som syge og mentalt forstyrrede. I en dansk undersøgelse genfinder man dog de fleste af de refererede problemstillinger fra udlandet. Resultater fra denne undersøgelse refereres nedenfor under de samme fem overskrifter, som blev anvendt i det foregående afsnit.

For at belyse den seksuelle sundhed blandt kvinder, der har sex med kvinder (KSK), udførte AIDS-Fondet i efteråret 2015 en online-spørgeskemaundersøgelse blandt 1.439 kvinder, der identificerede sig selv som hhv. lesbiske, biseksuelle, queers, panseksuelle samt kvinder, der har sex med kvinder, både cis- og transpersoner (Haahr 2017). Denne undersøgelse indeholdt en række spørgsmål om oplevelsen af mødet med sundhedsvæsenet i forhold til seksuel orientering og kønsidentitet. Det skal dog understreges, at undersøgelsen ikke nødvendigvis er repræsentativ for alle danske KSK, da de deltagende kvinder selv via internettet havde meldt sig til studiet. Metodemæssigt umuliggør dette direkte sammenligninger med udenlandske data.

1. Barrierer som følge af den sundhedsprofessionelles antagelser, normer og holdninger

Påfaldende høje andele af kvinderne i online-undersøgelsen angav at have haft negative oplevelser i sundhedsvæsenet i relation til seksuel orientering og/eller kønsidentitet. Det gjaldt for 12% af de biseksuelle, 15% af de lesbiske, 16% af de homoseksuelle, 24% af de panseksuelle og 49% af queers.

Langt de fleste respondenter (82%) oplevede rutinemæssigt at blive opfattet som heteroseksuelle i sundhedsvæsenet. Det betød i praksis, at respondenterne aktivt skulle korrigere en sundhedsmedarbejder for ikke at blive opfattet som heteroseksuel og

bede om, at familierelationer, partner og børn skulle anerkendes og respekteres. Dette bidrog til usynliggørelse af målgruppen, fejldata samt manglende mulighed for information og vejledning.

Størstedelen af kvinderne beskrev et positivt møde med sundhedsvæsenet som en "neutral" oplevelse, hvor seksuel orientering og kønsidentitet ikke spillede en rolle i forhold til vejledning eller behandling. Derudover beskrev enkelte respondenter det positive i at møde sundhedsmedarbejdere med viden om LGBT-sundhed og med transkompetencer.

2. Barrierer som følge af den sundhedsprofessionelles sprogbrug

I undersøgelsens fritekstcitatater var der flere eksempler på, at respondenterne i sundhedsvæsenet var blevet mødt med en sprogbrug, de opfattede som nedladende og grænseoverskridende, eller at en akavet eller pinlig stemning var forsøgt løftet med en upassende joke.

3. Barrierer som følge af, at patienten ikke oplyser at være LGBT-person

15% havde undladt at fortælle om deres seksuelle orientering/kønsidentitet/seksuelle præferencer i situationer, hvor det kunne have været relevant, og samme andel vidste ikke, om de havde tilbageholdt denne type informationer. En del af respondenterne kommenterede i undersøgelsen, at de ofte eller ind imellem tilbageholdt information for ikke at få negative oplevelser. En del respondenter beskrev tilmed, at de bevidst løj om deres seksuelle orientering med det formål at få adgang til undersøgelser (fx for sexsygdomme og livmoderhalskræft), som de mente ville blive dem nægtet, hvis de afslørede, at de var til kvinder.

4. Barrierer som følge af heteroseksuelt orienterede oplysningsmaterialer, vejledninger og journaler

Langt de fleste respondenter havde søgt efter sundhedsrelevant viden på internettet (88%), mens 33% havde søgt efter viden i LGBT-miljøet, og 11% havde søgt information hos egen læge. Der udtryktes generelt mangel på troværdige skriftlige informationer om

sundhedsforhold for KSK. 60% af de respondenter, som havde søgt relevant sundhedsinformation, fandt, hvad de søgte.

Rapporten konkluderede, at der er et stort behov for "mainstreaming" (almindeliggørelse) af viden om KSK-sundhed for både målgruppen og sundhedspersonale i webmedierne "Patienthåndbogen" og "Lægehåndbogen" samt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger om forebyggelse, diagnose og behandling af seksuelt overførte infektioner.

5. Barrierer som følge af den sundhedsprofessionelles manglende viden og uddannelse

Undersøgelsen gav et billede af et sundhedsvæsen, der ikke har mulighed for at vejlede KSK om seksuel sundhed tilfredsstillende: Kun 4% af respondenterne oplevede, at sundhedsmedarbejdere generelt var rustet til at vejlede om smitterisiko og beskyttelse ved sex mellem kvinder, og en tilsvarende lav andel havde rent faktisk oplevet at få KSK-relevant vejledning af en sundhedsperson. Kvinderne oplevede især uvidenhed hos sundhedspersonalet om relevansen af at teste KSK for seks sygdomme, beskyttelse mod seks sygdomme og smear-screening for livmoderhalskræft.

Særligt om MSM's opfattelse af mødet med praktiserende læger

I en dansk undersøgelse vurderede mænd, der har sex med mænd (MSM), deres oplevelser med sundhedsvæsenet, især i forbindelse med hiv-testning hos egen læge (Haff & Cowan 2012). Den danske "Sexlivsundersøgelsen 2010" handlede om hiv og sex mellem mænd. Data stammer fra The European MSM Internet Survey (EMIS), som er det største internationale studie blandt MSM. Undersøgelsen gennemførtes via et online spørgeskema i 2010, og der indkom besvarelser fra flere end 180.000 mænd i 38 europæiske lande. 1.629 danskere deltog, heraf 9% hiv-positive.

De medvirkende danske mænd, som ved den seneste hiv-test var blevet testet negative, var overvejende blevet testet hos egen læge (47%) frem for i et hospitalsambulatorium (34%) eller på et andet testningssted (10%). Overordnet var der ikke forskel på kvalitet og tilfredshed mellem de forskellige test-steder. Blandt de hiv-negative mænd var langt de fleste tilfredse eller meget tilfredse med test-stedets

håndtering af fortrolige oplysninger (95%) og med den respekt, de blev behandlet med (94%). På spørgsmålet om hvorvidt de var tilfredse med den rådgivning, de havde fået i forbindelse med testningen, svarede 60%, at de var tilfredse eller meget tilfredse, mens 6% var utilfredse eller meget utilfredse. En tredjedel af mændene (34%) havde slet ikke modtaget rådgivning.

KORT SAMMENFATNING

International forskning – som understøttes af de få foreliggende danske studier – tyder på, at LGBT-personer samlet set er tilfredse med deres møde med sundhedsvæsenet/den praktiserende læge, men at de samtidig oplever, at manglende opmærksomhed på/anerkendelse af deres seksuelle orientering og/eller kønsidentitet kan vanskeliggøre et trygt og inkluderende klinisk møde. Dette kan have negative konsekvenser i forhold til den samlede patienttilfredshed, men også påvirke forebyggelse, diagnostik og behandling negativt.

Der peges samlet set på fem typer barrierer, som potentielt kan stille sig i vejen for et tilfredsstillende og hensigtsmæssigt møde:

1. Barrierer som følge af den sundhedsprofessionelles antagelser, normer og holdninger
2. Barrierer som følge af den sundhedsprofessionelles sprogbrug
3. Barrierer som følge af, at patienten ikke oplyser at være LGBT-person
4. Barrierer som følge af heteroseksuelt orienterede oplysningsmaterialer, vejledninger og journaler
5. Barrierer som følge af den sundhedsprofessionelles manglende viden og uddannelse

5. MØDER MELLEM LGBT-PERSONER OG ALMEN PRAKSIS - EN KVALITATIV INTERVIEWUNDERSØGELSE

INTRODUKTION

Den præsenterede forskning i sundheds- og livstilsbelastninger for LGBT-personer danner empirisk grundlag for denne kvalitative undersøgelse af møder mellem patienter med LGBT-baggrund og almen praksis. Dybdeinterview med praktiserende læger og praksissygeplejersker samt informanter, der identificerer sig som LGBT-personer, skal give et indblik i, hvordan seksuel orientering og/eller kønsidentitet kan indvirke på kvaliteten af den kliniske kontakt. Undersøgelsens formål er at granske de forskellige oplevelser, LGBT-personer og praksispersonale kan have i deres komplekse liv og hverdag.

Det er klart, at LGBT-informanternes oplevelse af betydningen af seksuel orientering/kønsidentitet i mødet med almen praksis skal forstås inden for en bredere social og kulturel kontekst. De kvalitative interviews belyser, hvordan interviewdeltagerne mener, at mødet mellem LGBT-personer og sundhedsprofessionelle kan forbedres samtidig med, at den enkeltes personlige oplevelser af ulighed i sundhed blotlægges.

Det er en metodisk udfordring at formidle praksispersonales såvel som LGBT-personers oplevelser i samme undersøgelse. LGBT-gruppen er ikke homogen, og de oplevede udfordringer afhænger blandt andet af, om man har fokus på seksuel orientering eller kønsidentitet. Undersøgelsen præsenterer altså ikke en endegyldig sandhed, men derimod et øjebliksbillede, som kan give et indblik i barrierer og muligheder, og som kan kvalificere politiske tiltag og fremtidig forskning på området.

Den kvalitative undersøgelse omfatter 16 dybdeinterviews med LGBT-personer, fem dybdeinterviews med praktiserende læger og to dybdeinterviews med praksissygeplejersker.

METODEOVERVEJELSER

Det videnskabssteoretiske afsæt for den kvalitative undersøgelse er fænomenologisk. Dette betyder blandt andet, at *subjektivitet* inddrages i undersøgelsen af den sociale virkelighed (Zahavi & Overgaard 2005). Individens subjektive mening trækker på et fælles "meningslager", og det er beskrivelsen af dette, der kan give indsigt i informanternes oplevelse af mødet mellem LGBT-personer og almen praksis. Analysen er qua den fænomenologiske tilgang *eksplorativ og deskriptiv*, og beskrivelsen af informanternes oplevelser og levede liv tages for pålydende, ligesom det undersøges, hvordan subjektiviteten indgår i dannelsen af mening, handling og sociale verdener.

Interviewrammen

De to anvendte interviewguider (se Bilag IV & V) er skabt med afsæt i strukturen for EU-rapporten, som blev gennemgået i rapportens litteraturgennemgang (European Commission 2017):

- Barrierer som følge af antagelser, normer og holdninger
- Barrierer som følge af sprogbrug
- Barrierer som følge af at patienten ikke oplyser at være LGBT-person
- Barrierer som følge af heteroseksuelt orienterede oplysningsmaterialer, vejledninger og journaler
- Barrierer som følge af manglende viden og uddannelse

De to interviewguider er løst struktureret, men indeholder spørgsmål, der er struktureret ud fra specifikke temaer. Dette sikrer, at alle interviewdeltagere bliver konfronteret med de samme spørgsmål. Spørgsmålsformuleringer og -rækkefølge blev ikke fulgt slavisk, hvilket gjorde det muligt at have en åben og fleksibel tilgang til interviewdeltagernes fortællinger (Kvale & Brinkman 2009).

Undersøgelsen gjorde brug af to interviewguider: én til interviews med LGBT-personer og én til interviews med praktiserende læger og praksissygeplejersker. Fokus i interviewguiderne er overordnet på personlige oplevelser af og erfaringer med mødet mellem LGBT-personer og almen praksis.

Interviews med LGBT-personer fandt typisk sted hjemme hos informanterne, da dette skabte en tryk ramme for samtalen. I to tilfælde blev interviewdeltagerne dog interviewet på deres arbejdsplads, mens tre interviewdeltagere blev interviewet i lånte lokaler. Interviews med praktiserende læger og praksissygeplejersker blev i fem tilfælde gennemført i lægehusene, hvor de arbejdede. Én praktiserende læge blev interviewet i lånte lokaler og én i eget hjem.

Interviews med LGBT-personer varede i gennemsnit 55 minutter. Interviews med praktiserende læger varede i gennemsnit 53 minutter, mens interviews med praksissygeplejersker i gennemsnit varede 31 minutter.

Etik og samtykke

Kønsidentitet, seksualitet og seksuel orientering er for en del mennesker følsomme og tabubelagte emner, og det var derfor vigtigt at skabe et rum, hvor interviewdeltagerne følte sig trygge og kunne tale frit og fortroligt. Alle interviewdeltagere blev af samme grund anonymiseret i transskriptionen.

Interviewdeltagerne blev på forhånd informeret skriftligt og mundtligt om undersøgelsens forløb og formål, og de underskrev en samtykkeerklæring forud for interviewet (Bilag III). Afslutningsvist blev interviewdeltagerne spurgt til, hvordan de havde oplevet interviewsituationen og spørgsmålenes karakter.

Der var ikke anmeldelsespligt til Den Nationale Videnskabetiske Komité, idet projektet ikke opbevarer biologisk materiale, og spørgsmålene i interviewguiden ikke har karakter af psykologisk intervention. Projektet blev registreret via paraplyanmeldelsen

i Region Nordjylland, og det blev siden godkendt og registreret ved Aalborg Universitet¹ under titlen "Videns- og behovsafdækning for LGBTI-personers møde med almen praksis" (journalnummer 2018-899/10-0422) i henhold til Datatilsynets krav.

Interviewdeltagere

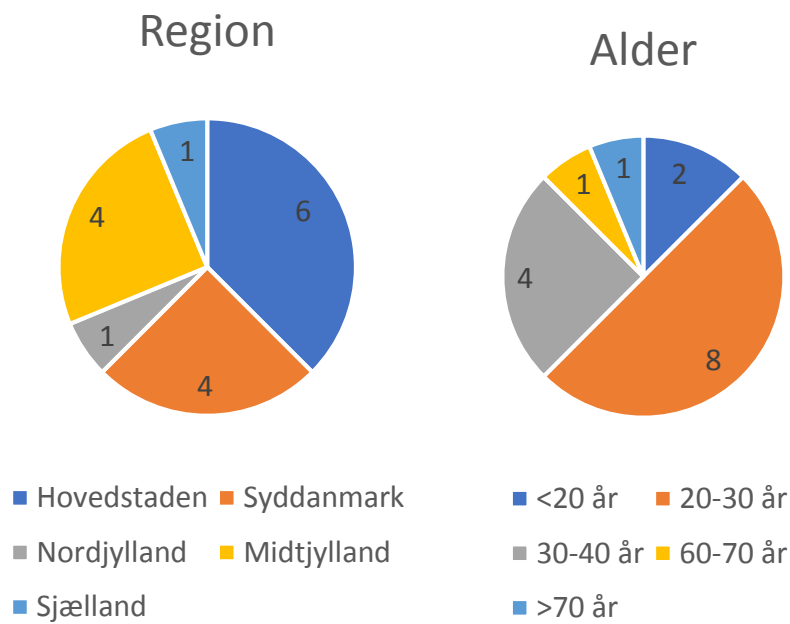
LGBT-personer

Undersøgelsens LGBT-personer blev rekrutteret ved åben rekruttering gennem Facebook (se Bilag II). Inklusionskriterierne var følgende:

- Skal være fyldt 18 år
- Skal identificere sig som LGBT-person
- Skal tale, læse og forstå dansk

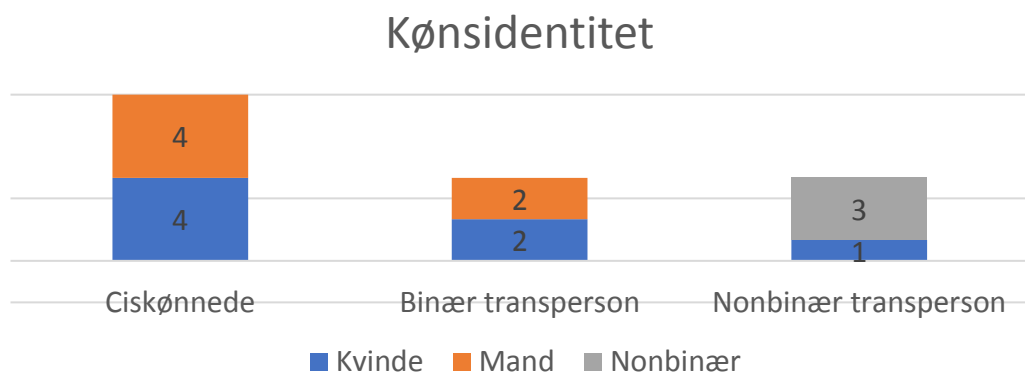
Rekrutteringen foregik bredt via Facebookgrupper som LGBT Danmark, LGBT Sundhed, Sabaah, LGTB+ Ungdom, Bigruppen, Lambda og uformelle grupper som Gruppen for Facebooks biseksuelle og homoseksuelle. Rekrutteringsopslaget blev tillige delt internt i lukkede Facebookgrupper. Rekrutteringen sikrede en divers informantskare, hvad angår alder, bopælsregion, køn, kønsidentitet og seksuel orientering (se Figur 1-3). Interviewene foregik i København, Aarhus, Odense og Aalborg samt i to mindre byer.

¹ <https://www.informationssikkerhed.aau.dk/persondata/forskning/>



Figur 1: LGBT-informanternes bopæl og alder.

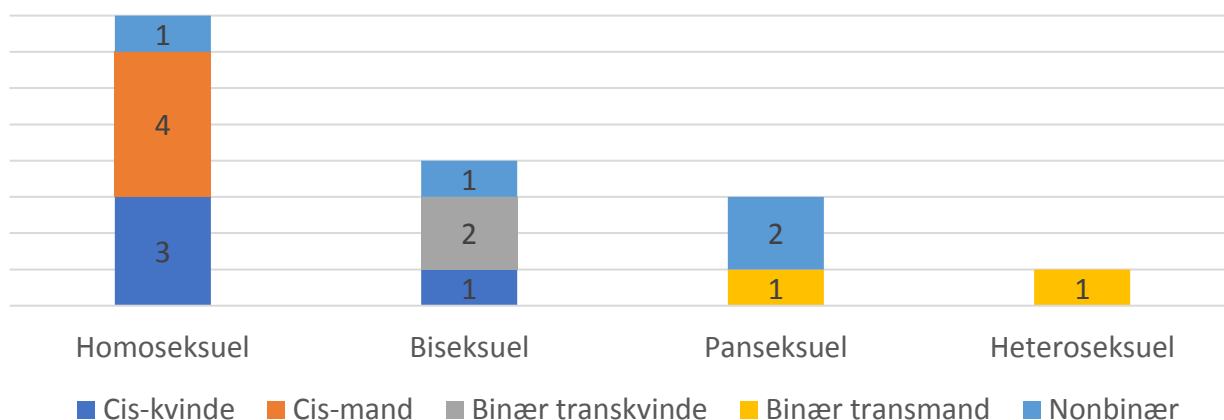
LGBT-interviewdeltagerne var mellem 18 år og 70 år med en gennemsnitsalder på 32 år. Medianen var 26 år. Otte interviewdeltagere identificerede sig som ciskønnede, mens fire identificerede sig som binære transpersoner og fire som nonbinære transpersoner.



Figur 2: LGBT-informanternes kønsidentitet.

Hvad angår seksuel orientering, identificerede fire informanter sig som lesbiske (tre ciskønnede og en nonbinær person tildelt hunkøn ved fødslen). Fire identificerede sig som homoseksuelle mænd (ciskønnede). Fire identificerede sig som biseksuelle (en ciskvinde, to binære transkvinder og en nonbinær person tildelt hunkøn ved fødslen). Tre identificerede sig som panseksuelle (en binær transmand, en nonbinær transkvinde og en nonbinær "transfyr"). En binær transmand identificerede sig som heteroseksuel. Tre LGBT-informanter havde anden etnisk herkomst end dansk og én havde et synshandicap.

Seksuel orientering



Figur 3: LGBT-informanternes seksuelle orientering.

I undersøgelsen bruges den betegnelse, som informanten selv brugte om sin kønsidentitet og/eller seksuelle orientering, fx "lesbisk", "gay" og "transfyr". De nonbinære informanter benyttede forskellige beskrivelser af deres kønsidentitet. Fx brugte én betegnelsen "nonbinær transkvinde", selvom hun var blevet tildelt hunkøn ved fødslen og ikke var i hormonbehandling eller havde planer om at ændre køn. De to interviewpersoner, der brugte betegnelsen "nonbinær" om sig selv, havde fået tildelt hunkøn ved fødslen, men følte sig fremmede over for den gængse opfattelse af hunkøn. Ingen af dem var i hormonbehandling eller i gang med transition. De foretrak pronomenerne hen/den/de. De identificerede sig binært i relation til seksuel orientering,

da de – på trods af deres nonbinære kønsidentitet – identificerede sig som hhv. homoseksuel og biseksuel.

Praksispersonale

De deltagende praktiserende læger og praksissygeplejersker blev rekrutteret gennem projektgruppens faglige netværk. De syv praktiserende læger og praksissygeplejersker repræsenterede i alt fem lægepraksisser. Fire informanter arbejdede i Region Hovedstaden (heraf var to klinikker beliggende uden for Storkøbenhavn), to arbejdede i Region Sjælland og én i Region Nordjylland.

Interviewdeltagerne arbejdede i forskellige typer lægehuse: En enkeltmandspraksis (2.500 patienter), to mellemstore praksisser (5.000-6.000 patienter) og en stor praksis (14.000 patienter). Størstedelen af interviewdeltagerne var mellem 40 år og 50 år. Gennemsnitsalderen var 54 og medianen var 51 år. Den yngste informant var 43 år gammel, mens den ældste var 65 år. Der blev ikke spurgt til fagpersonernes kønsidentitet eller seksuelle orientering.

Rekrutteringsbias

Størstedelen af LGBT-interviewdeltagere var unge mennesker under 30 år. Dette skyldes formentlig, at rekrutteringen foregik via de sociale medier. Interviewdeltagerne var generelt ressourcestærke individer med udbyggede sociale netværk. Der kom flest henvendelser fra transpersoner. På grund af inklusionskriterierne og den relativt korte tidsramme blev en håndfuld potentielle deltagere ikke tilbudt deltagelse i undersøgelsen.

Analysestrategi

Gennemlytning og transskribering

Interviewene blev (delvist) transskriberet i databehandlingsprogrammet NVivo. Fokus i transskriptionen var indholdsorienteret (Mishler 2003). En detaljeret gengivelse af det talte

sprog blev ikke medtaget i transskriptionerne, ligesom gentagelser eller sproglige fejl blev udeladt.

Der er i transskriptionen anvendt følgende grafiske koder:

- (...) Udeladt udtalelse
- [] Manglende ord, anonymisering eller indforståede pointer
- () Hændelser, kontekstforhold og irrelevante episoder
- .. Kort pause, afbrudte sætninger eller "øh"

Tematisk kodning og analyse

Den oprindelige kodning tog som nævnt udgangspunkt i den tematiske opbygning af EU-rapporten (European Commission 2017), men nye kodningstemaer og undertemaer åbenbarede sig ved gennemlytning. Identiske koder blev anvendt i alle interviews, således at de kunne sammenlignes og for at skabe et overblik over analytiske indfaldsvinkler.

Der blev gjort brug af "citatplukmetoden", fordi interviewuddrag repræsenterer et naturligt udgangspunkt for et kodningstema. Analysens interviewuddrag er forholdsvis lange, og de præsenteres i flere tilfælde som case-eksempler, så kompleksiteten i mødet mellem LGBT-personer og almen praksis så vidt muligt tydeliggøres. De udvalgte interviewuddrag blev udvalgt på baggrund af deres repræsentativitet, klarhed og/eller relevans.

INTERVIEWSTEMNING OG -POTENTIALER

Brugerperspektiver

LGBT-informanterne gik til interviewene med stor fortælleiver. De beskrev, hvordan emnet lå dem på sinde, og at de var glade for at blive hørt. Generelt havde de en positiv indstilling til deres praksispersonale, og de beskrev mange gode oplevelser på trods af de

udfordringer og barrierer, de ofte havde oplevet. For nogle af interviewdeltagerne var det svært at forholde sig til møder i sundhedsvæsenet alene ud fra deres seksuelle orientering og/eller kønsidentitet. De narrativer, der fyldte i disse interviews, blev i stedet de hverdagsdilemmaer, som informanterne mødte som ikke-ciskønnede eller ikke-heteroseksuelle.

Interviewdeltagerne var generelt glade for at have deltaget, og flere nævnte, at de gerne ville bidrage en anden gang hvis det skulle blive relevant:

”Jeg synes, det har været så dejligt endelig at få et rum for at få lov til at italesætte de der .. jeg vil ikke kalde dem konflikter, eller måske nogle af dem har være konflikter, med min læge, men jeg føler ofte, at jeg har siddet tilbage alene med den der følelse (...) Det har været en befrielse at få lov til at italesætte nogle af de der ting altså .. så ja det er dejligt.”

Ciskønnet mand, homoseksuel, 24 år

”Og så synes jeg bare, det var meget fedt, at der bliver lavet et studie omkring det, sådan så der måske kunne komme noget fokus på det.”

Ciskønnet lesbisk kvinde, 18 år

Fagpersonsperspektiver

Det interviewede praksispersonale spurgte nysgerrigt og lidt undrende til relevansen af undersøgelsen forud for interviewet. Samtidig udtrykte de bekymring for, om de ville have relevante oplevelser at bidrage med. Efter endt interview var der dog hos alle vakt en nysgerrighed, og flere pointerede, at interviewdeltagelsen havde sat tanker i gang om udfordringerne i mødet med patienter med LGBT-baggrund og om praksispersonales manglende kvalifikationer på LGBT-området.

”Og jeg har jo ikke rigtig tænkt så meget inden det her. Jeg har faktisk ikke rigtig tænkt noget specielt. (...) Det kan jo betyde, at det sætter en lille smule tanker i gang hos mig omkring .. kunne

man sætte et regnbueflag op eller et eller andet? Eller er der i virkeligheden noget andet, jeg kan gøre på en eller anden måde. Jeg må indrømme, at det har ikke, ud fra det vi har snakket om her, strejft mig så meget (...) Så det kan jeg jo så gå lidt videre med. Det har været meget godt for mig også lige at snakke om i virkeligheden.”

Praktiserende læge, enkeltmandspraksis, Region Hovedstaden, 51 år

De praktiserende læger mente generelt, at de allerede favnede LGBT-personer blandt deres patienter, eller at det er i hvert fald var deres hensigt. De beskrev det at møde *alle* patienter på en hensigtsmæssig måde som en selvfølge:

”Bare kom som du er (...) Vi vil jo gerne se på hele mennesker, ikke?”

Praktiserende kvindelig læge, mellemstor praksis, Region Hovedstaden, 65 år

”Jeg synes egentligt ikke, vi har et problem i håndteringen af dem. Det synes jeg altså ikke, vi har. Jeg synes ikke, vi ser skævt til dem, hvis det er sådan noget det går på overhovedet.”

Kvindelig praksissygeplejerske, enkeltmandspraksis, Region Hovedstaden, 57 år

UDFORDRINGER OG BARRIERER

Barrierer som følge af den sundhedsprofessionelles ”blindhed” for kønsidentitet og seksuel orientering

De interviewede fagpersoner syntes ikke, at køns- eller seksualitetskarakteristika i sig selv er mere vigtige eller interessante end andre baggrundsfaktorer, men de slog alle fast, at de selvfølgelig måtte forstå *hele* patienten for at forstå vedkommendes sygdomsforløb og generelle velvære. Generelt spurgte de ikke til seksuel orientering eller kønsidentitet med mindre det, der skulle diskuteres i konsultationen, relaterede sig til køn, sex eller samliv.

”Det er mennesker, man behandler, og hvis det ikke kommer sagen ved, så spørger jeg ikke (...) Men jeg synes jo ikke, det er noget, jeg per se behøver at vide for at kunne behandle folk (...) Der synes jeg netop ikke, man skal sættes i bås med sin seksualitet, men bare skal behandles som menneske”.

Praktiserende kvindelig læge, mellemstor praksis, Region Hovedstaden, 43 år

For de fleste af de interviewede LGBT-personer var det derimod vigtigt, at lægen kendte til deres kønsidentitet eller seksuelle orientering, fordi de gerne ville kunne føle sig anerkendt og trygge i mødet med lægen og have mulighed for at drøfte alle typer problemstillinger:

”Jeg tror jo godt, at alle voksne mennesker jo er klar over, at deres seksualitet er vigtig i forhold til mødet med deres læge, men at det mere handler om, hvorvidt man kan føle sig tryk nok til at udlevere de her informationer.”

Ciskønnet mand, homoseksuel, 24 år

Tre ud af de fire interviewede homoseksuelle cismænd talte åbent om sex og seksuel orientering med deres læge. For én var det altafgørende for det gode forhold til lægen at kunne være åben om seksuel orientering og sexliv:

”[Lægen] har jeg for eksempel fortalt, at jeg vil gerne hiv-testes årligt, fordi jeg går ud og har anonym sex, fordi [partneren] er ikke til sex mere, han gider det ikke, og jeg har fået lov til at gøre det (...) Og jeg bruger altså ikke kondom, for så bliver jeg slap, og jeg gider ikke æde Viagra. Og sådan noget det lytter han til, og det går han ind på, og siger ’det gør vi bare, vi tager sådan en test årligt, og det er da en fin ide, og så sikrer vi dig på den måde.’ Det synes jeg .. det er ideelt .. at man ikke tænker: ’Gud hvad han mon vil sige’ eller man sidder og pakker det ind og finder på en eller anden historie, men at man kan rent ud sige: ’sådan forholder det sig’.”

Ciskønnet mand, homoseksuel, 70 år

Denne åbenhed gjaldt ikke for de resterende interviewdeltagere, som ikke havde talt meget om seksuel orientering/kønsidentitet med lægen – enten fordi de ikke anså det for vigtigt, eller fordi lægen ikke lagde op til denne form for dialog:

”Hvis det blev relevant, så tror jeg godt [hun ville sige det til lægen],

Interviewer: I hvilke tilfælde tror du, det kunne blive relevant at nævne?

Hvis jeg troede, at der var et eller andet galt, eller jeg havde fået en eller anden sygdom, eller hvis jeg følte, nu hvor jeg ikke har haft det gynækologiske tjek .. hvis jeg nu skulle have det, ville jeg måske også nævne det i den forbindelse. Men ellers tror jeg ikke, der er nogen forbindelse, hvor jeg ville have behov for det, for jeg synes, jeg er den samme, som hvis jeg havde været til mænd.”

Ciskønnet lesbisk kvinde, 24 år

”Jeg tror også .. det er både min egen oplevelse og mit indtryk fra andre, at det værste er egentligt, når det menneskelige møde ikke er i orden hos ens læge. Altså fordi at man kan hurtigt komme til at føle sig meget dømt, når man sidder der. Og det er tit at, har jeg i hvert fald tænkt meget over, at det er tit, at den behandling, man modtager, afhænger af, hvordan man har det med transkønnede. Det er en personlig bedømmelse som ikke kommer med i ciskønnedes behandling. (...) Det er min værste oplevelse, når jeg har haft den følelse. Endnu værre end at lægen ikke lige har vidst, hvad han snakkede om (...) Der skal i hvert fald være en fornemmelse af at man kan fortælle sandheden. Altså at man ikke skal sidde og dække over at man har sex med nogen bestemte mennesker eller at man har nogle bestemte kønsdele eller at man har fået en bestemt operation (...)”

Binær transmand, panseksuel, 31 år

”Interviewer: Har du fortalt din læge om din seksuelle orientering?

Det tror jeg faktisk ikke. Og jeg går ikke særlig meget til lægen. Jeg kommer sgu ikke særlig meget til læge, og jeg tror også, det er fordi, jeg ikke helt er tryk ved det. Det er sgu nok også, fordi jeg er lidt mandet i det. At jeg ikke vil være sårbar. Og jeg skal slet ikke ligge med benene oppe i vejret (griner).”

Nonbinær transkvinde, panseksuel, 29 år

En enkelt interviewdeltager havde aldrig talt om sex med sin læge, og han ville heller ikke finde det naturligt. Alligevel var det vigtigt for ham at vide, at han potentielt *kunne* drøfte emnet med lægen, hvis han skulle få brug for det.

”Jeg vil helst undgå at tale om mit sexliv så meget som muligt .. det gør mig lidt flov, eller hvad man skal sige (...) Som sagt jeg kommer fra en meget blufærdig familie. Det vigtigste for mig er bare at vide, at hvis jeg skulle have behov for at bringe noget på banen i forhold til mit sexliv, så ville jeg kunne gøre det. Så på den måde så er det vigtigt for mig.”

Ciskønnet mand, homoseksuel, 24 år

Én binær transkvinde valgte at holde sin transition for sig selv af frygt for, at lægen ikke ville behandle hende ordentligt, hvis hun vidste, at hun er transkvinde:

”De vidste ikke, at jeg var transkønnet. Det var noget, jeg havde valgt at holde skjult for dem.

Interviewer: Hvordan kan det være?

Er blevet lidt bange for det. Jeg stoler ikke på sundhedspersonale, hvilket er meget ironisk, når jeg selv læser [et sundhedsfag], men det er meget svært for mig, og man kan godt få lidt angst, hvis jeg skal snakke med en læge. Sådan bange for at de så skulle til at prøve at pille ved den behandling, jeg er på, eller om de ville bare tilskrive det [hoste] det og så være ligeglade (...) Fordi de praktiserende læger ikke ved noget som helst om det, så hvis man kommer med et problem, så bliver det bare smidt over: ’Det er det – det er hormonbehandlingens skyld’, så vil de ikke gøre mere ved det. Så derfor ville jeg undgå at nævne det, for så kunne de ikke bruge det som undskyldning.”

Binær transkvinde, biseksuel, 26 år

Alle lægerne pointerede, at patienterne skal vide, at intet er tabu, og at praksispersonalet ønsker, at deres patienter er åbne og trygge. Der var dog forskellig indstilling til, hvor proaktive lægerne skulle være i deres invitation til at tale om kønslige og seksuelle emner:

"Jamen altså det [ideelle møde] skulle jo være .. patienten skulle have en fornemmelse af, at der er åbenhed, og de er inviterede til at .. altså det er ikke noget, hvor lægen så tænker: 'ej du spilder min tid - hvornår kan vi komme til noget med piller'. Det kan jeg ikke sætte sådan på en opskrift, for det er også noget med, hvordan man er som person. Men hvis de fornemmer, at det ikke er noget tabuiseret eller noget, så er vi da i hvert fald et eller andet sted, hvor de så måske åbner op for, hvad der måtte være der. Selvfølgelig sådan rammerne: god tid. Det prøver vi også at honorere (...)
Sædvanlig vis synes jeg, vi signalerer åbenhed og at det er tilladt at tale om tingene."

Praktiserende mandlig læge, enkeltmandspraksis, Region Hovedstaden, 51 år

Det er bare fordi, jeg synes jo, når to mennesker mødes (...) For mig, jeg er jo sådan set ligeglad med, hvem de knalder med. (...) Hvad folk gør, det er jo folks valg og eget ansvar, det har jo ikke så meget med mig at gøre, så det må folk vel selv om."

Praktiserende mandlig læge, stor praksis, Region Sjælland, 52 år

To af de deltagende praktiserende læger mente, at det var vigtigt med en generel aftabuivering af samtaler om sex og seksualitet i almen praksis:

"Jeg tror egentligt, at hvis man kommer derhen, hvor der er øget fokus på, at seksualitet er en del af del hele .. patientens hele. Så tror jeg, så får man også lukket LGBTIAQ++ ind i det her, men det er igen det her med åbenhed og aftabuivering af feltet. Så jeg tror på den måde, hvis man får det signal videre og den praksis ind i sin dagligdag, så tror jeg man er kommet et stykke af vejen"

Praktiserende mandlig læge, mellemstor praksis, Region Nordjylland, 57 år

"Sex og følelser og sådan noget .. betyder det noget? Det betyder da helt vildt meget, men det er jo ofte noget vi gemmer nede i en skuffe, og det er jo ikke rigtigt noget, vi reklamerer med, og vi stiller ikke åbne spørgsmål. Det er sådan noget, der foregår hjemme bag lukkede gardiner. Kan man blive klogere på det? Helt givet. Men det er jo sådan et lidt blødt fag også, ikke. Det er jo følelser og fornemmelser. Det er jo noget der er svært at måle og veje."

Praktiserende mandlig læge, stor praksis, Region Sjælland, 52 år

Selvom lægerne såvel som LGBT-personerne ikke nødvendigvis havde truffet et aktivt og eksplicit valg om ikke at tematisere seksuel orientering/kønsidentitet, var det tydeligt, at emnet var tabubelagt og noget, der sjældent blev drøftet i almen praksis. Selvom praksispersonalet pointerede, at der i deres klinik var plads til at tale om seksuel orientering og kønsidentitet, blev der ikke i de interviewedes lægehuse gjort noget aktivt for at invitere til denne dialog.

Barrierer som følge af den sundhedsprofessionelles manglende viden og uddannelse

Én af de praktiserende læger havde modtaget undervisning i sexologi som led i sin efteruddannelse. For de andre gjaldt det, at de havde fået tilbudt et valgfrit sexologikursus under medicinstudiet. Den ene praksissygeplejerske havde haft en enkelt dag med sexologiundervisning, den anden havde ikke haft sexologiundervisning på sygeplejerstudiet.

Under interviewene var det tydeligt, at fagpersonerne var meget usikre på LGBT-terminologien. Eksempelvis kaldte en interviewdeltager konsekvent en transkvinde, der kom i klinikken, for "han" i stedet for det foretrukne "hun". Flere brugte det forældede begreb "transseksuel", og én forstod "interkønnet" og "transkønnet" som det samme.

Størstedelen af de interviewede praktiserende læger og praksissygeplejersker udtrykte, at de ikke følte sig tilstrækkeligt rustet til at håndtere sundhedsmæssige problemstillinger relateret til kønsidentitet og seksuel orientering. En læge beskrev et møde med en patient, som gerne ville drøfte sin panseksualitet, således:

"Og jeg sad sådan: 'Panseksuel, det ved jeg ikke, hvad er' (...) For der er jo så mange udtryk, eller sådan, for det. [Patienten] anbefalede jeg at tage kontakt til LGBT .. hvad de nu end hedder. De har også en ungdomsforening (...) Tit er vi jo ikke så rustede til den side af lægegerningen .. at sidde og rådgive folk om seksualitet."

Praktiserende kvindelig læge, mellemstor praksis, Region Hovedstaden, 43 år

Andre stillede dog spørgsmålstegn ved, om det var faktisk viden, de manglede:

”Jeg må bruge min sunde fornuft rigtig langt hen ad vejen og har selvfølgelig også oparbejdet en eller anden erfaring med, hvordan man nu snakke med folk efter at have snakket så mange år. Men jeg har jo ikke nogen sådan specifik viden, det har jeg ikke (...) Kommer jeg til kort? Altså, det har jeg ikke følt jeg har gjort i virkeligheden .. men det er måske ikke super kvalificeret.”

Praktiserende mandlig læge, enkeltmandspraksis, Region Hovedstaden, 51 år

Flere beskrev det som principielt problematisk, at de ikke var opdateret på området, men mente samtidig, at det trods alt var relativt sjældent, at de sad over for en patient med LGBT-baggrund. Alle praksis-informanterne fandt det desuden udfordrende at finde tid til at prioritere dette særlige område:

”Vi bliver bombarderet med ting (...) Det er fandeme svært hele tiden at være opdateret.”

Kvindelig læge, mellemstor praksis, Region Hovedstaden, 65 år

De praktiserende læger beskrev, at de har mindre tid med patienterne, end praksissygeplejerskerne typisk har. Det var tydeligt, at praksissygeplejerskerne talte mere indgående med patienterne, og at patienter med LGBT-baggrund havde åbnet op for samtaler om personlige udfordringer under disse samtaler. Men selvom dette var tilfældet, følte den ene af de deltagende praksissygeplejersker ikke, at hun kunne besvare relevante LGBT-relaterede spørgsmål:

”Man er jo vant til at tale med nogen .. til mennesker, som fejler et eller andet, men det er jo altid nogle åbne spørgsmål. Man prøver sådan at finde ud af: ’hvor klar er du til at sige noget til mig?’ eller ’gider du det?’. Men jeg kan jo ikke blive spurgt om noget, for så ved jeg jo ingenting.”

Kvindelig praksissygeplejerske, stor praksis, Region Sjælland, 50 år

De fleste interviewdeltagere følte sig generelt godt støttet af lægen, dog uden at være sikre på, at de altid fik korrekt vejledning. Selvom de udtrykte forståelse for, at lægerne ikke kan vide alt om alting, slog de samtidig fast, at det føltes urimeligt, hvis det blev deres rolle at oplyse eller irettesætte praksispersonalet:

”Mange af dem, der er det jo ikke med *malicious intend*, det er bare manglende erfaring og deraf manglende viden, så det kunne bare være fedt at have nogen, hvor alt hvad man siger ikke er nyt (...) Jeg er i hvert fald ved at være træt af ved mine kun to læger at være overgangen fra teknisk viden til praktisk viden, fordi det bare ikke er vildt fedt at være den person, der er det.”

Nonbinær, homoseksuel, 19 år

”Det er ikke et job som patienten skal stå med. Altså det er ikke mit arbejde at sørge for, at min læge skal have styr på nuancerne i forhold til seksualitet og etnicitet og socialklasse og så videre og så videre.”

Ciskønnet mand, homoseksuel, 24 år

Fælles for de deltagende LGBT-personer var, at de havde søgt viden om seksuel orientering, sex, kønsidentitet mv. på internettet, når de havde tvivlet på det svar, de havde fået hos den praktiserende læge. Selvom nettet havde været en uundværlig kilde til information, udtrykte flere, at det var svært at vurdere, hvorvidt de kunne stole på de indhentede oplysninger:

”Det der nok også lidt har været problemet, det er, at det er lidt svært at vide, hvad for nogle hjemmesider, der så er legit. (...) Men noget, jeg selv brugte meget, det var YouTubers. Jeg så helt vildt mange af sådan nogle amerikanske og engelske YouTubers, der fortalte om sådan alt muligt. (...) Hvordan har lesbiske sex? Hvordan beskytter man sig? Hvad kan man gøre af ting for at spice det op? Alt sådan noget.”

Ciskønnet kvinde, lesbisk, 18 år

Barrierer som følge af manglende henvisningsmuligheder og ”best practice”

Ifølge fagperson-informanterne fandtes der ikke nogen formaliseret ”best practice” på LGBT-området. Når de blev spurgt, hvor de ville søge sparring eller information, hvis de var i tvivl på dette felt, tøvede de fleste. De vidste ikke, om de ville kunne finde relevante ressourcer på fx Lægehåndbogen.dk eller via andre faglige hjemmesider. De beskrev, at de ville foretage en Google-søgning eller se, om Lægehåndbogen.dk ville kunne vejlede, hvis de stod med konkrete spørgsmål fra en patient med LGBT-baggrund:

”Man kan jo altid prøve at søge på nettet i første omgang, synes jeg, og så kan man jo se om det giver noget. Eller man kan gå på Sundhed.dk og se efter. Sundhed.dk, der er jo både en fagside og en borgerside.”

Kvindelig praksissygeplejerske, enkeltmandspraksis, Region Hovedstaden, 57 år

Dette gjaldt ikke kun LGBT-området. Af og til havde informanterne patienter med problemstillinger, som rakte ud over deres kompetencer, og det betød, at de aktivt måtte opsøge viden. Flere nævnte, at det ville være betryggende at have et centralt sted at kunne henvise patienter med LGBT-baggrund til – et sted, hvor de vidste, at der blev ydet kompetent og sober vejledning.

”Altså en klinik, hvor jeg vidste, hvad det var de lavede, eller hvad for en form for rådgivning, man kunne få sådan et sted. Og det tænker jeg nok også, at der er .. det ved de [LGBT-patienterne] jo

sikkert godt om eksisterer, eller om der eksisterer et sted, man kan ringe hen. De finder jo altid sammen i nogle grupper. Det er selvfølgelig ikke altid, at det er noget der giver noget viden, eller noget de kan bruge til at få det bedre af .. noget oplysning eller vejledning eller gode råd. Det aner jeg ikke om eksisterer. Men det kunne jeg godt tænke mig altså. Sådan så man, ligesom man vidste, hvis man henviser til en fysioterapeut, at der ved jeg de kan: 'Der kan du få den behandling, og der skal du have en henvisning til' (...) Et sted hvor man vidste, at der sad nogle, som var oplyste - på en god måde (...) Men var der nu et registreret sted, hvor man var oplyst og kunne få hjælp på, så var der måske nogle skæbner, som ikke nødvendigvis skulle trædes sådan over tærne."

Kvindelig praksissygeplejerske, stor praksis, Region Sjælland

Barrierer som følge af oplevelsen af ikke at blive mødt som den, man er

LGBT-informanterne var alle nervøse for ikke at blive mødt på en hensigtsmæssig måde, når de fortalte om deres seksuelle orientering eller kønsidentitet i almen praksis. For én deltager handlede det om, at han ikke følte sig set som den, han var:

"Det at tage til lægen, var bare ikke det, jeg havde lyst til (...) Jeg bliver ikke hørt, og jeg kan ikke være 100 procent autentisk, og jeg kan ikke være sårbar heller, for jeg er .. jeg vil ikke sige, jeg er bange for at blive dømt .. men jeg er bange for ikke at blive hørt (...) Jeg synes sådan lidt, jeg havde en fornemmelse af rynket næse og som sagt, det kan jo godt være, det bare er noget, jeg internaliserer selv ikke, det var bare sådan en følelse jeg havde .. jeg kunne ikke lide at tage til ham [lægen] altså."

Ciskønnet mand, homoseksuel, 24 år

For flere af de transkønnede interviewdeltagere var det første møde med lægen det mest udfordrende:

”Jeg var mega nervøs. Jeg havde aldrig mødt hende [lægen]. På det tidspunkt lignede jeg jo ikke, hvad jeg ligner i dag – en fyr. Så jeg anede ikke, om hun ville tro på mig. Jeg anede ikke, hvad hun ville sige til mig. Jeg vidste ikke, hvad jeg ville få tilbage i hovedet. Det er ikke rart, ikke at blive set som den man er.”

Binær transmand, heteroseksuel, 26 år

”Jeg vidste, at jeg sad over for en, der var såkaldt, hvad kan man sige, bindeleddet, og på en eller anden måde skal overbevise dem på deres præmisser, selvom jeg godt vidste, at de præmisser var komplet overflødige (...) Jeg føler, at jeg skal have paraderne oppe på en eller anden måde være forberedt på, at der nok netop bliver brugt et sprog eller sagt nogle ting der kommer af uvidenhed. En uvidenhed, som jeg skal være tålmodig over for, når jeg egentlig sidder der i en underskudsposition (...) Der har min læge kun været et middel til et mål og slet ikke et sted, jeg følte, jeg kunne gå hen for at opsøge information.”

Nonbinær transfyr, panseksuel, 26 år

De interviewede LGBT-personer følte sig alle frustrerede over, at praksispersonalet ikke besad den fornødne viden om LGBT-relaterede emner. Da de blev spurgt, om de (såfremt det eksisterede) ville bruge et særligt ”LGBT-venligt” lægehus, svarede alle bekræftende, da de mente, at vidensniveauet i almen praksis på nuværende tidspunkt var for lavt. De ville dog samtidig foretrække at være tilknyttet et ”almindeligt” lægehus med basale kvalifikationer inden for kønsidentitet og seksuel orientering. Ingen af deltagerne ønskede ”særbehandling”. En deltager udtrykte sin modvilje over for særlige LGBT-venlige lægehuse på følgende måde:

”Jeg er lidt skeptisk, fordi så begynder det at føles meget som sådan noget opdeling og LGBT-ghetto”

Ciskønnet lesbisk kvinde, 26 år

Barrierer som følge af den sundhedsprofessionelles antagelser, sprog og normer

Heteronormativiteten

Alle de interviewede LGBT-personer anså det som et grundlæggende problem – og en kilde til frustration, utryghed og stress – at der i almen praksis (ligesom andre steder i sundhedssystemet og samfundet) herskede en udtalt, men indiskutabel forventning om, at alle mennesker var ciskønnede og heteroseksuelle. Dette gav anledning til konkrete misforståelser og dårlig kommunikation, men også til irritation og følelsesmæssige frustrationer hos LGBT-personer, som hele tiden skulle være parate til at forklare, forsvare og "springe ud":

"Man skal forsvare, hvis man er en kvinde med en penis eller en mand, der ikke har en penis. Det er virkelig sådan noget .. man skal virkelig sådan forsvare, at man er den, man er, på baggrund af, hvad man har i bukserne. Når man ikke har standarddelene, så bliver det bare virkelig bizart, fordi man hele tiden skal .. der er jo ikke nogen, der beder en om at forsvare, at man er en mand, fordi man har små fødder eller en stor næse. Det er fuldstændig åndsvagt, når man tænker på det. Men det er jo i forhold til den generelle befolkning og den praktiserende læge og alle andre, at der mangler det der med, at det er noget flydende."

Binær transmand, panseksuel, 31 år

"Det er jo altid en lidt nervepirrende oplevelse, hver gang man skal deklarere sin seksualitet. Vi taler jo om i LGBT-miljøet, at man jævnligt skal springe ud foran folk, så jeg tror helt klart det var en ting der spillede ind i: 'Åh magter jeg lige det?'"

Cis-kønnet homoseksuel mand, 24 år

"Tovejstabet"

I forhold til seksuel orientering syntes både praksispersonale og LGBT-personer, at det var kunstigt at tale om seksuel orientering/kønsidentitet løsrevet fra specifikke sundhedsmæssige problemstillinger:

”Nogle gange kan man sige, er det jo ikke de åbne spørgsmåls fest. Hvis jeg spørger dig: ’hvordan går det?’, så har jeg jo lagt op til .. hvis jeg spørger, så skal jeg jo også høre på, hvad du siger, ikke? Jeg synes, det er tosset at spørge om noget, du ikke vil høre et svar på eller ikke har tid til at høre svaret på. Og så synes jeg også, det skal falde naturligt, hvis folk kommer med ondt i ryggen, så er det måske sådan lidt sin sag at spørge til deres seksuelle observans. Det tror jeg, de ville føle var en lille smule mærkeligt måske (...) Jeg tænker ikke, at jeg er blufærdig eller ikke tør. (...) Jeg kan ikke afvise, at det er en blind vinkel (...) Men jeg synes ikke, det er sådan. Jeg synes bare, det skal falde naturligt, fordi det er vel lidt tabu.”

Praktiserende mandlig læge, stor praksis, Region Sjælland, 52 år

Samtlige interviewede LGBT-personer ville foretrække, hvis der ved første konsultation blev spurgt til seksuel orientering og/eller kønsidentitet, da dette ville spare dem for at skulle ”springe ud” foran personalet i almen praksis på egen hånd. De så gerne, at det var en baggrundsviden, lægen bare havde, uden at de selv behøvede bringe det op som et særligt tema.

Én homoseksuel ciskønnet mand beskrev, hvordan han i en periode med depression i sine teenageår ville have ønsket, at hans læge havde spurgt til hans seksuelle orientering. Han fik aldrig åbnet op og sprang først ud langt senere – men han troede, at det kunne have gjort en forskel, hvis lægen havde spurgt nysgerrigt til hans velvære i relation til sex og samliv i konsultationen:

”Det havde været rart, hvis hun havde spurgt, om der var andet, jeg gerne ville tale om, fordi faktisk havde jeg det i baghovedet, at det var en frustration hos mig, som jeg egentligt gerne ville snakke med hende om. Men jeg tror ikke rigtig på en måde, at jeg turde eller var klar til det på det tidspunkt, fordi jeg også følte mig ret forkert.”

Ciskønnet mand, homoseksuel, 35 år

Praksispersonalet beskrev, hvordan de i udgangspunktet mente, at praksisrummet i sig selv indbød til, at der kunne samtales om kønsidentitet, seksuel orientering eller sexliv:

”Jeg vil prøve at gøre en dyd ud af, at det her rum er vores. Det er dit rum, det er din mulighed. Det, der foregår herinde, er kun mellem dig og mig, så der er plads til at alt der gakkede eller alt det tabubelagte eller alt det, hvad det nu er .. kom med det .. for det er mellem dig og mig. Det kommer ingen andre ved, og det kommer ikke videre.”

Praktiserende mandlig læge, stor praksis, Region Sjælland, 52 år

Samtidig beskrev de, at det ikke altid faldt dem naturligt at spørge til kønslige eller seksuelle forhold:

”Men det er jo altid sådan en fornemmelse eller en følelse, sådan hvor meget man kommer til at snakke sammen, fordi vores møder er jo korte, og vores møde er jo som regel altid baseret på noget rent fysisk – en blodprøve eller sådan noget. Det er jo ikke sådan: ’hvordan går det?’.”

Kvindelig praksissygeplejerske, stor praksis, Region Sjælland, 50 år

At blive set – uden at blive reduceret til ”en label”

Det var tydeligt i interviewene, at det er en svær balancegang, hvornår seksuel orientering eller kønsidentitet bør være en del af konsultationens tematik. Selvom de interviewede LGBT-personer som nævnt gerne så, at deres læge kendte til deres seksuelle orientering/kønsidentitet, ønskede de ikke fokus på LGBT-identiteten i alle situationer.

Alle interviewpersoner var enige om, at det var et vanskeligt felt for almen praksis at manøvrere i – fordi læger og sygeplejersker så at sige skulle balancere mellem *for lidt* og *for meget* information. Der var dog bred enighed om vigtigheden af at undgå vanetænkning og få øje på den enkelte patients ønsker og behov gennem åbenhed.

Barrierer som følge af heteroseksuelt orienterede oplysningsmaterialer, vejledninger og journaler

Kvinder, der har sex med kvinder, og "sikker sex"

Både de interviewede KSK og praksispersonalet oplevede ofte tvivl om, hvad "sikker sex" er for denne gruppe af kvinder:

"Jeg sidder sådan og tænker: 'Der tror jeg du fik mig'. Det er bare fordi, sikker sex mellem to kvinder .. det kan godt være, det bare er mig, der ikke er .. altså jeg tænker, hvad kan man? Der er selvfølgelig sådan noget med herpes og sådan noget, men jeg tænker bare .. der skal alligevel .. det kan bare være, det er mig, der ikke kan forestille mig det, men jeg tænker bare blod og sæd og sådan .. der skal jo noget til mellem to kvinder .. altså i forhold til usikker sex, eller er det bare mig, der er? (...) Der er nogle ting, her hvor jeg tænker: 'hmm'. Altså, det vidste jeg måske så nok ikke. (...) Men når du siger det der med usikker sex i et lesbisk forhold, der skal jeg lige hjælpes lidt i hvert fald."

Praktiserende mandlig læge, stor praksis, Region Sjælland, 52 år

"Det ved jeg ikke noget om [kvinder, der har sex med kvinder], det må jeg blankt erkende. Jeg ved ikke, om man kan .. det kan man vel? Altså overføre kønssygdomme. Jeg skulle bare lige tænke mig om .. det kan man jo godt .. det kan jeg jo godt regne ud (...) Men hvordan de beskytter sig, det ved jeg ikke noget om."

Kvindelig praksissygeplejerske, enkeltmandspraksis, Region Hovedstaden, 57 år

Én LGBT-informant beskrev det som meget frustrerende ikke at kunne få korrekt vejledning hos sin praktiserende læge:

"Også fordi jeg egentlig har haft ret mange frustrationer omkring lægers oplysning omkring homoseksualitet. For eksempel .. altså .. har jeg oplevet, at læger, de læger jeg har været til, ikke har nogen som helst viden om, man kan få nogen seksuelt overførte sygdomme, når man er lesbisk. Da jeg var lidt yngre, hvor jeg sådan har spurgt dem: 'hvad kan egentligt lade sig gøre?'. Jeg vidste det ikke selv, hvor de var sådan: 'det tror jeg ikke man kan .. få nogen kønssygdomme, når man er

lesbisk'. Læger kunne begynde at få lidt mere viden om det, fordi jeg har syntes, det var meget irriterende, og jeg har derfor haft meget tvivl om det sådan selv, fordi ikke engang læger kunne svare på det. Så jeg har ikke rigtig vidst, om jeg skulle beskytte mig, når jeg havde sex .. hvordan jeg kunne beskytte mig."

Ciskønnet lesbisk kvinde, 18 år

Samme interviewdeltager fortalte, at hun gik til lægen, da hun var 15 år gammel for at blive testet for seks sygdomme. Hun sagde til lægen, at hun gerne ville testes pga. kløe, men da han hørte, at hun udelukkende havde haft sex med kvinder, sagde han, at det var irrelevant. Så gik hun selv hjem og googledede emnet og så på Sex & Samfunds hjemmeside, at hun godt kunne blive smittet. Interviewdeltageren var overrasket over, at lægen aldrig havde nævnt "slikkelapper", eller at man skal huske at passe på med at dele dildoer. For hende betød det, at almen praksis ikke længere var et trygt og troværdigt sted at søge information:

"Når man stiller en læge et spørgsmål, og de så ikke kan svare på det, piller det deres autoritet lidt ned (...) og så er det jo ikke længere et særligt trygt sted at gå til (...) hvis læger ikke ved det .. det er vel dem, man tænker er mest troværdige med hensyn til sundhedsmæssige ting, så hvis man kun kan finde ting over nettet, det er da ret problematisk. (...) Min egen selvsikkerhed, når jeg er inde hos en læge, er i forvejen en del lavere, end den er ude i den virkelige verden, fordi en læge er så meget en autoritet, så man skal virkelig sådan modsætte sig autoriteten for at sige noget imod det, som lægen siger."

Ciskønnet lesbisk kvinde, 18 år

Andre interviewdeltagere diskuterede heller ikke "sikker sex" hos lægen. Én interviewdeltager beskrev, at lægen ikke vidste, at "slikkelapper" eksisterede, og at hun stadig var i tvivl i forhold til smittefare:

”Jeg er jo lige blevet bekendt med slikkelappen (...) Jeg har helt sikkert fået herpes, fordi jeg har haft fissesex (...) Det kunne jeg måske have undgået, hvis jeg havde vidst, jeg kunne lægge et filter over. Hvad så med .. kan jeg smitte med mine hænder? Prøv at tænk på hvor meget hænderne bliver brugt i sex .. kan jeg føre noget .. og det kan man jo .. altså i hvert fald bakterier. ”

Nonbinær transkvinde, panseksuel, 29 år

De deltagende KSK så gerne, at der blev udviklet informationsmaterialer om ”sikker sex”, som var relevante for dem:

”Man er lidt den usynlige gruppe på mange punkter. (...) Det er meget sjældent, der egentligt bliver nævnt noget som helst om lesbiske (i medierne), så jeg føler lidt vi er den usynlige gruppe, måske sammen med de biseksuelle. Så jeg ville synes det var rart nok, hvis der fandtes noget [information] til os.”

Ciskønnet kvinde, gay, 26 år

Manglende diagnostik

Tre af interviewdeltagerne fortalte om episoder, hvor de ikke var blevet diagnosticeret korrekt, fordi personalet i almen praksis ikke var bevidste om særlige risici for ikke-heteroseksuelle patienter. Én mandlig homoseksuel interviewdeltager fik en homoseksuel læge anbefalet af homoseksuelle venner. Da han kom til den nye læge, blev han diagnosticeret med klamydia i halsen. Han havde haft klamydia i halsen meget længe, men var udelukkende blevet podet i urinrøret og endetarmen:

”Der var jeg glad for, at han opdagede det, for det viste sig, at det havde jeg haft længe, for det blev først fundet ret sent.”

Ciskønnet mand, homoseksuel, 35 år

En anden interviewdeltager oplevede, at lægen kun ville tjekke hen for klamydia i skeden:

”Hun ville kun tjekke mig for klamydia i skeden” [Hen opsøgte derefter en anonym klinik] ”Jeg fandt ud af, at jeg havde klamydia i min endetarm. Men der var hun sådan: ’det tjekker vi slet ikke for.’”

Nonbinær, biseksuel, 20 år

En tredje interviewdeltager fortalte, hvordan hun primært gav oralsex, da hun var yngre. Alligevel fandt lægen det kun relevant at undersøge hende vaginalt:

”På det tidspunkt havde jeg meget, at jeg gav oralt, så det er jo kun med munden, men jeg blev kun tjekket i underlivet, og jeg kan huske jeg tænkte: ’det er jo fjollet for det er jo overhovedet ikke det der er mit risikoområde’ (...) men jeg tænkte: ’det ved hun nok bedst.’”

Ciskønnet kvinde, gay, 26 år

Familieplanlægning

For to ciskønnede kvindelige interviewdeltagere havde det at planlægge familieførelse med en partner af samme køn skabt frustrationer, da de ikke har følt, at den praktiserende læge kunne vejlede dem tilstrækkeligt. En biseksuel interviewdeltager oplevede et fertilitetsforløb med sin kvindelige partner, hvor lægen trods gode intentioner ikke kendte proceduren eller mulighederne:

”Ellers tror jeg mest vi snakkede om det [seksuel orientering], da det var, jeg så begyndte at gerne ville netop have børn med min kvindelige partner (...) Der var hun så old school, der kunne man godt mærke, at hun var gammel, men hun var skide sød, så det var ikke fordi, jeg ikke følte mig set .. hendes ordforråd og sådan noget var bare lidt sjovt. (...) Hun var skide sød (...) men der var alligevel

nogle ting, der ikke føltes helt okay (...) [Partneren] syntes, det var hårdt at være til min læge, fordi hun følte, at hun ikke rummede os .. det at hun brugte nogle forkerte termer, som var lidt outdatede, det synes [partneren] var lidt utrygt. Men da vi så var til [partnerens] læge, så var det ligesom om, de nærmest ikke havde prøvet, at to kvinder skulle have en henvisning.”

Ciskønnet biseksuel kvinde, 38 år

En lesbisk interviewdeltager ønskede at starte en familie med kæresten, men ville helst gøre dette ved dobbeltdonation, som er forbudt i Danmark. Hun var tydeligt berørt af situationen og følte ikke, at hun kunne få relevant vejledning hos lægen:

”Hvordan er det at blive forældre som lesbisk? Hvordan er hele processen med at adoptere, eller få donor-noget .. eller hvad man nu gør? Hvad har andre mennesker gået igennem? (...) Fordi jeg har mange spørgsmål omkring det step i mit liv.”

Ciskønnet kvinde, gay, 26 år

Informanten ville egentlig helst diskutere sagen med sin praktiserende læge, men hun var sikker på, at lægen ikke vidste noget om sagen:

”Altså jeg tænker, det er noget, de skal undersøge og ikke noget, de ser hver dag, så kan jeg næsten lige så godt søge informationerne selv jo (...) Jeg tror, jeg ville være meget anspændt [i mødet med lægen], og jeg ville nok være bange for ikke at blive taget seriøst. Generelt det med dobbeltdonation, der tror jeg, jeg ville være bange for at folk siger: ’ej men kan du ikke bare være gravid’, fordi det møder jeg, og det møder jeg i min egen familie, og det møder jeg generelt. Vi har snakket om at tage til England og gøre det måske .. men det er jo det der med pengene (...) Jeg tænker, når man kommer med en specifik *request* eller ansøgning, skal de ikke forsøge at snakke en fra det. Det ville være en negativ måde i hvert fald, hvis de begyndte at sige: ’ej men kan du ikke bare gøre det på denne her måde’, for man har selvfølgelig selv tænkt over det. Jeg er i hvert fald typen, der tænker tingene super meget igennem, før jeg møder op til noget.”

Ciskønnet kvinde, gay, 26 år

INTERSEKTIONALITET

Nogle LGBT-personer oplever sundheds- og livstilsbelastninger på baggrund af flere forskellige typer minoritetsstatus, og opmærksomheden på dette kaldes for *intersektionalitet* (Staunæs & Søndergaard 2006). Flere studier peger på, at LGBT-personer ofte føler sig marginaliseret på grund af flere sociokulturelle faktorer på én gang (Spierings 2012), og dette er vigtigt at tage højde for i det professionelle møde. I det følgende skal nævnes nogle eksempler på intersektionalitet blandt undersøgelsens informanter.

Minoritetsetnisk baggrund og LGBT

Nedenstående er et eksempel på, hvordan intersektionelle forhold påvirkede en interviewdeltagers møde med almen praksis. Han har minoritetsetnisk baggrund og identificerer sig som homoseksuel cismand. Han har tidligere været igennem et behandlingsforløb for depression og selvmordstanker, hvor han havde svært ved at bruge sin læge:

”Jeg måtte tage til min læge og bede om en sygemelding (...) Der fortalte jeg vedkommende, at jeg var meget uheldig (...) Jeg ved ikke helt, om jeg fik italesat for min læge, at jeg havde selvmordstanker, men jeg følte at jeg prøvede på det tidspunkt, så godt jeg kunne, med de værktøjer jeg havde, hvor dårligt jeg havde det, men jeg følte ikke rigtig det blev hørt. (...) Så fik jeg en henvisning selvfølgelig til en psykolog eller whatever, men det kom aldrig videre, fordi så skulle jeg ud og finde en psykolog selv, og det var lidt svært for mig i forhold til min situation at finde en psykolog der måske havde forståelse for det at være minoritetsetnisk, men så også det at have en seksualitet og så videre og så videre. (...) Jeg prøvede at forklare noget i forhold til mit etniske ophav, og det miljø jeg er vokset op i, hvor hårdt det har været, og hvor svært det er at få hjælp i forhold til ens mentale helbred, når man kommer fra en kultur, hvor man lidt negligerer det, der er meget stigma føler jeg, omkring mentalt helbred i mange minoritetsetniske kredse (...) Jeg følte lidt, man skulle uddanne en person i, hvorfor det kunne være svært for en ung mand med minoritetsetnisk baggrund som mig (...) Og det var måske ikke det jeg havde allermest overskud til på det tidspunkt.

Interviewer: Hvorfor nævnte du ikke din seksualitet?

Det var fordi jeg var ikke klar til det. Jeg var ikke klar til at stå ved det over for mig selv, men så selvfølgelig også frygten for konsekvensen .. og det ville jo ikke være realistisk, at min læge skulle få sagt det videre til nogen, vel, men frygten, den er jo så reel, som den er, og det kan jo afholde én fra at sige den sandhed. Jeg turde ikke at sige det. (...) Og hvis det nu er første gang man skal sige det, så er ens læge nok ikke den første man går til, og når man så bliver mødt af den der, jeg vil ikke sige uforstående, men måske mangel på viden .. 'okay .. han forstår ikke helt denne her del af mig, så kommer han heller ikke til at forstå den anden del af mig'. (...) Det er lidt det der skærpede hensyn, der mangler, når man har minoritet. (...) Som mand som sagt .. det er jo lidt tabuiseret og stigmatiseret."

Ciskønnet mand, homoseksuel, 24 år

Når minoritetsetniske personer samtidig har en seksuel orientering eller kønsidentitet, som er anderledes end normen, er der risiko for "dobbeltmarginalisering". En interviewdeltager oplevede dette hos en læge:

"Jeg talte om kønsidentitet med en læge, som så var sådan: 'tror du ikke din kønsforvirring skyldes din races drukproblem?', og jeg skiftede læge med det samme."

Nonbinær, biseksuel, 20 år

Sexliv som transkønnet

For de interviewede transpersoner indvirker det intersektionelle perspektiv også på mødet med almen praksis. Det at tale om (eller nævne) kønsidentitet i dialogen med den praktiserende læge er for de fleste transpersoner en nødvendighed, men det er ikke nogen nødvendighed at italesætte seksuel orientering eller seksuelle erfaringer. Flere af interviewdeltagerne følte, at det blev for komplekst for lægen at forstå, hvordan de identificerede sig i forhold til køn *samtidig med*, at de måske opfattede sig selv som ikke-heteroseksuelle. Her bliver intersektionen mellem kønsidentitet og seksuel orientering ifølge interviewdeltagerne for udviklet til, at personalet i almen praksis ville kunne bidrage med brugbar vejledning:

”Hvis jeg havde brug for at snakke om det [sexlivet], ville jeg heller ikke have lyst til det, for jeg ville nok tro, jeg skulle bruge ret lang tid på at forklare tingene. Jeg tror ikke, han ville forstå egentlig min seksualitet uden en udredning. Og det har jeg ikke lyst til at give ham.

Interviewer: Hvorfor det?

Fordi jeg føler ikke, han er min fortrolige, sådan som man nok burde føle med sin læge, men det føler jeg ikke, fordi jeg har den der fornemmelse af, at jeg forvirrer ham. Jeg kommer med nogle ting, han ikke ved noget om, han ville helst være fri for at have mig som patient. Og så tror jeg heller ikke, han ved nok om LGBT sex til at kunne give mig .. altså jeg ville ikke stole ligeså meget på det han siger, som det mine kammerater siger.

Binær transmand, panseksuel, 31 år

En transkvinde fortalte, hvordan hun tvivlede på, at lægen ville kunne forholde sig til hendes problematiske sexliv, fordi hun var transkvinde i et forhold med en anden transkvinde:

”Noget andet jeg døjer med nu, er at jeg har en meget nedsat sexlyst, og det er det altså, hvis jeg som kvinde snakker om nedsat sexlyst, så vil de fleste læger nok automatisk tænke på sex i forhold til et heteroseksuelt forhold.”

Binær transkvinde, biseksuel, 26 år

SÆRLIGT OM TRANSPERSONER

Det var åbenlyst i interviewene, at der var vidt forskellige udfordringer og barrierer knyttet til mødet mellem LGBT-personer og almen praksis afhængig af, om det drejer sig om seksuel orientering, kønsidentitet eller begge dele. Disse forskelle var især tydeligt i forhold til gruppen af transpersoner, der har en række specifikke rådgivningsbehov, som der skal gives eksempler på i det følgende.

CPR-problematikker

De interviewdeltagere, der havde skiftet juridisk køn (og dermed CPR-nummer), italesatte det som stressende at skulle håndtere deres nye køn i forbindelse med besøg i almen praksis. Mens de ventede på det juridiske kønsskifte, oplevede de akavede situationer i venteværelset, hvor de blev tiltalt med deres tidligere navn eller ikke blev genkendt af personalet:

”Sådan nogle ting med CPR-nummer og sådan noget, der kan jeg også huske, at før jeg kunne skifte CPR-nummer, der var der også konstant forvirring omkring det. Det var ikke sådan, at man kunne fortælle lægesekretæren én gang, at man havde ikke skiftet endnu. Det var sådan noget med, at hver gang man kom, skulle man forberede sig på at skulle forklare det hele igen. (...) Så var det sådan noget med at skulle tjekke ind på en skærm, men så fordi jeg var registreret under et lige CPR-nummer, så kunne de ikke genkende mig i venteværelset, selvom jeg havde været der ti gang før, fordi der lige var startet en ny, og hun havde ikke lige fået det at vide eller sådan noget. Men det var bare igen og igen. Jeg tror, det er sket sådan fire gange eller sådan noget, og jeg tænker, det eneste man skal gøre, er at fortælle folk [de ansatte i klinikken], at nogen af vores patienter har et andet CPR-nummer, end det du kan se. Længere er den jo ikke. Det er bare sådan en ting, man burde nævne for folk, i stedet for at man skal sidde og have den der oplevelse hver gang. Sådan nogle ting kunne man godt være mere tjekket med.”

Binær transmand, panseksuel, 31 år

Samtidig gav interviewdeltagerne eksempler på, hvordan et juridisk kønsskifte kunne give problemer i mødet med almen praksis, fordi sundhedssystemet ikke kunne håndtere situationer, hvor eksempelvis prøvetype ikke matchede det kønnede CPR-nummer. En nonbinær transperson oplevede problemer med bestilling af en hpv-test, fordi vedkommendes CPR-nummer var mandligt. En binær transkvinde blev diagnosticeret med forhøjet blodtryk, fordi lægen glemte at vedkommende var blevet tildelt hankøn ved fødslen. Da grænseværdierne for, hvad blodtrykket måtte være, var afhængige af ens køn, blev hun upræcist diagnosticeret.

Manglende hjælp med hormonbehandling

”Der kunne godt være en lidt tydelige brugsanvisning i virkeligheden sige: ‘hvad har du ret til og hvad bør du forvente’. For det er jo ikke umiddelbart støbt i beton, hvordan du som transkønnet kan få for eksempel en hormonbehandling. Og det er jo heller ikke alle, der går ind og læser Sundhedsstyrelsens vejledning, og jeg synes heller ikke, Sundhedsstyrelsens vejledning er super klar. Så der tænker jeg, det kunne godt affattes på en måde, så det er tilgængeligt for bare normalt begavede mennesker. Så det kunne jeg godt tænke mig, at det var lidt mere tydeligt.”

Binær transkvinde, biseksuel, 61 år

Flere transkønnede interviewdeltagere oplevede, at deres praktiserende læge støttede og hjalp dem, så godt de kunne, i forhold til behandlingsforløb med kønshormoner. Lægerne havde dog begrænset viden om disse forløb, og flere interviewdeltagere tog hormoner udenom Sexologisk Klinik, som ellers var behandlingsansvarlig. De udtrykte, at det var frustrerende og utrygt, at deres egen læge ikke kendte til forløbet:

”Jeg var også engang til lægen, det var så en anden læge, der var der, hvor jeg havde smerter efter en indsprøjtning, og så følte jeg, at jeg havde feber. Så bad jeg ham, om han kunne tage et infektionstal, og så var han først sådan meget omsorgsfuld og spurgte sådan: ‘hvorfors tager du testosteron, er der sket noget med dine testikler?’, og så sagde jeg: ‘nåh, men jeg er transkønnet’, og så skiftede hans attitude fuldstændig, og så sagde han sådan: ‘nåh, men så burde du virkelig også være mere forsigtig, når du selv tager det, og har du nu brugt de der alkoholservietter, og har du nu gjort det ene og det andet’. (...) Der mangler grundlæggende accept af, at folk ikke altid er cis og straight, og derfor skal man stadig vide noget om det, fordi de er ens patienter.”

Binær transmand, panseksuel, 31 år

Samme interviewdeltager havde gener efter at have fået fjernet livmoderen i Tyskland, men lægen vidste intet om, hvordan han skulle tolke de postoperative gener hos

en transmand. Interviewdeltageren var nødt til at kontakte hospitalet i Tyskland for at få vejledning, men følte sig meget sårbar i den konkrete situation.

Ekspert i egen behandling

Interviewede transpersoner, der havde valgt at gå i hormonbehandling, beskrev, hvordan de opfattede sig selv som "eksperter i egen behandling". De tilegnede sig denne ekspertviden via netværk som fx grupper på Facebook eller gennem udenlandske transpersoner på Youtube. Ifølge interviewdeltagernes egne udsagn var der meget vigtig viden at hente i disse netværk, som ellers ikke ville være tilgængelig for dem. Men en nonbinær transperson beskrev samtidig de risici, der kan være forbundet med useriøs eller fejlagtig oplysning til især unge transpersoner:

"De fysiske aspekter eller de fysiske risici ved forskellige ting folk gør (...) Men sådan noget som at informere folk om, at hvis de binder med fucking gaffatape, så brækker de ribbenene, fordi det er der vildt mange der ikke ved (...) Jeg tror, der vil være en pointe i, at læger også havde en eller anden .. og jeg ved ikke, hvordan det skulle hænge sammen, for de er ret dyre, men havde mulighed for at uddele medicinsk sikre løsninger, som ikke nødvendigvis er permanente eller noget .. binders eller tuckers. For folk kommer til at gøre det uanet hvad, men når det ikke er tilgængeligt, så gør folk det usikkert, og det ender bare ud i nogle kæmpe sundhedsmæssige risici og skader."

Nonbinær, homoseksuel, 19 år

Fertilitetsspørgsmål

En af de interviewede, som identificerede sig som nonbinær transfyr, fortalte om ønsket om at blive gravid, men manglede rådgivning i forhold til, hvordan hans hormonbehandling kunne påvirke en eventuel graviditet. Det var en angstprovokerende tanke for ham at skulle åbne for samtalen med sin egen læge:

”Det har jeg forhåbninger om at kunne gøre, fordi jeg tror, jeg ligesom så mange andre vil læse en helt masse bøger, men samtidig også have en helt masse tvivl og spørgsmål og tanker og følelser, som jeg gerne vil have en fagperson, som sådan kan tage mig i hånden og sige: ’det her behøver du ikke bekymre dig om’. (...) Altså jeg tænker også, det er noget, hvor jeg skal forberede min læge i god tid i forvejen, for at jeg kan føle mig tryk i det. Så der bliver også enormt meget forarbejde fra min side.”

Nonbinær tranfyr, panseksuel, 26 år

Mangelfulde henvisninger

Flere af interviewdeltagerne havde oplevet, at lægernes henvisning til Sexologisk Klinik var kommet retur, fordi lægerne ikke vidste, hvad der krævedes og desuden fandt vejledningen kryptisk. Det stemte godt overens med udsagnene fra de interviewede læger.

”Det synes jeg faktisk ikke, [lægen] er [rustet til], fordi sidst, jeg var derinde .. hun havde faktisk sendt en henvisning til Sexologisk Klinik, den var så kommet retur, fordi de ikke synes, hun havde gjort det, hun skulle. Der var eksempelvis noget om min psykiske tilstand og så videre, der skulle komme med en udtalelse omkring. Så syntes hun, vi skulle lave det sammen. Så bad jeg hende om lige at tjekke inde på Sundhedsstyrelsens hjemmeside omkring vejledningen, og så var det ikke umiddelbart indlysende, hvordan man skulle finde vejledningen. Jeg sagde: ’prøv at google kønsidentitet’, og vi fandt den så. Den sad vi så og kiggede igennem, og hun måtte også tolke lidt på det.”

Binær transkvinde, biseksuel, 61 år

MULIGHEDER OG UUDNYTTEDE POTENTIALER

Som beskrevet oplever både praksispersonale og LGBT-personer barrierer og udfordringer, når de møder hinanden i en professionel kontekst. I det følgende beskrives de vigtigste af de muligheder og uudnyttede potentialer, som informanterne beskrev under interviewene.

Det ideelle møde

Både praksispersonale og LGBT-personer blev bedt om at beskrive det ideelle møde mellem almen praksis og LGBT-person. Der var bred enighed om, hvordan et sådant møde skulle se ud: det skulle være åbent, respektfuldt og fordomsfrit, og patienten skulle mødes som et helt menneske:

”Som udgangspunkt ser det ud som det gode møde mellem læge og patient, som alle andre har det: at man bliver modtaget som det menneske, man er, og at lægen har sat sig ind i de vilkår, som du nu har, og kan relatere de vilkår til den sundhedstilstand, du nu engang har. Og jeg tænker jo, at de omstændigheder, du har, og den måde, du lever på, som lægen skal tage stilling til i forhold til din sundhedstilstand, og hvis det nu er sådan at jeg som transkvinde går på klub hver eneste aften og drikker en hel masse vin og øl og sådan noget .. så er det jo rimeligt, at lægen tager fat i det og spørger mig om det: ‘går du stadig meget på klubberne .. husk nu Sundhedsstyrelsens anbefalinger’ (...) Lægen skal kende dine livsomstændigheder og skal forsøge at skabe en så åben og tillidsskabende atmosfære, at de rigtige informationer kommer frem, sådan at lægen er i stand til at rådgive dig på den bedst mulige måde. (...) Det er bare et spørgsmål om, at der er nogle andre facetter, end de fleste mennesker har, og derfor kan der være nogle specialområder, som lægen kan have behov for at sætte sig ind i.”

Binær transkvinde, biseksuel, 61 år

Det blev af både brugere og fagpersoner opfattet som væsentligt, at LGBT-personer føler sig trygge og tør italesætte alle slags emner, og at de bliver mødt med respekt og sober rådgivning:

”Jeg vil gerne kunne vide på forhånd, at man blev mødt med forståelse og med en eller anden grad af faglig viden.”

Binær transmand, panseksuel, 31 år

For LGBT-personerne indebar det ideelle møde også en bevidsthed om, at almen praksis havde viden og ressourcer til rådighed, så patienterne turde stole på, at personalet var fuldt ud kvalificeret og opdateret:

”Åbent og imødekommende og sådan, hvor man bliver taget seriøst i alle de der bittesmå ting, man siger. Og så selvfølgelig villig til at møde en i ens ønsker.”

Ciskønnet kvinde, gay, 26 år

”Der skal i hvert fald være en fornemmelse af, at man kan fortælle sandheden. Altså, at man ikke skal sidde og dække over, at man har sex med nogen bestemte mennesker, eller at man har nogle bestemte kønsdele, eller at man har fået en bestemt operation (...) Og så synes jeg, at der som minimum skal være den der villighed til at undersøge tingene, hvis man ikke ved det som læge.”

Binær transmand, panseksuel, 31 år

Hensigtsmæssig sprogbrug

For LGBT-informanterne forudsatte det ideelle møde i særdeleshed, at de blev tiltalt på en rimelig og meningsfuld måde.

”Jeg skulle helt sikkert mødes af et menneske, som for det første ikke antog, hvad for en seksualitet jeg har .. eller kønsidentitet, men virkelig bare kunne tage mig for det menneske, jeg er. Og så have et sprog, som ikke taler ind i en heteroseksuel verdensorden og det samme en ciskønnet verdensorden. At man har et åbent sprog.”

Nonbinær transkvinde, panseksuel, 29 år

”Så ville det selvfølgelig være fedt, hvis læger generelt var gode til at være meget kønsneutrale i den måde, som de omtalte ens seksuelle partner på, den måde de omtalte en selv på i det hele taget. Sådant er det jo også med alle folk i verden (griner) men lige læger, der ville det være dejligt, at det ikke var sådan: ’Jeg har en kæreste’.. ’Hvad hedder han?’”

Ciskønnet lesbisk kvinde, 18 år

Det interviewede praksispersonale var godt opmærksomme på, at de måske kunne komme til at bruge et uheldigt eller stødende sprog, men de syntes generelt, det var svært at gennemskue, hvornår deres patienter blev kede af det eller følte sig krænkede:

”Det kan jo også være, vi skal gøres opmærksomme på, hvor det er, vi er diskriminerende, før vi opdager, at vi er det. Det kunne jeg meget vel forestille mig. Og jeg kunne godt forestille mig, at der er nogen, der har følt sig stødt af et eller andet, jeg har sagt. Det er bare ikke sikkert, jeg er opmærksom på det, med mindre de kommer tilbage og siger det. (...) Det er jo også et emne folk er meget følsomme omkring, og det kan måske også medføre nogle gange lidt overfølsomhed over for ting, der bliver sagt, som vi andre ikke er opmærksomme på. Og jo .. man kommer da nogen gange til.. hvis man ikke er opmærksom på, at en kvinde lever med en kvinde .. at spørge til deres mand eller et eller andet, og hvor man går efter, hvad der er normalt (...) Så må man bare sige ’nåh det var jeg ikke opmærksom på.’”

Praktiserende kvindelig læge, mellemstor praksis, Region Hovedstaden, 43 år

En af de nonbinære transpersoner satte ord på, hvorfor det kan føles problematisk at skulle gøre fagpersoner opmærksom på, at deres automatiske heteronormative antagelser kan være sårende:

”Det at skulle være den der skal gå ind og sige: ’her er der en norm du skal være opmærksom på’, kan være et ufatteligt sårbart sted at være, når du er i underskud og har brug for faglig hjælp.”

Nonbinær transfyr, panseksuel, 26 år

Basis for en god dialog

Overordnet set fandt samtlige informanter det nødvendigt at gøre op med tabuer omkring LGBT-relaterede emner. LGBT-informanterne pointerede, at selvom de ikke altid ønskede, at deres LGBT-status skulle italesættes, så ville de gerne inviteres til dialog. De mente ikke, at personalet i almen praksis skulle være nervøse for at overskride deres grænser. Så længe de blev mødt med respekt, var en god dialog mulig:

”Det jeg har oplevet, når folk har sagt noget forkert .. fejkønnet mig eller noget som helst, så er det bare uhyre sjældent, at jeg ville blive vred over det (...) Der er også bare en kæmpe stor frygt for at træde forkert, og vi skal også have lov at træde forkert, og vi skal finde ud af, hvordan vi sammen snakker omkring det, at der bliver trådt forkert. Særligt også når det kommer fra en læge, som kan have lyst til at smide håndklædet i ringen, fordi de ikke tør begå fejl.”

Nonbinær transfyrr, panseksuel, 26 år

Som nævnt indledningsvist havde LGBT-informanterne generelt haft gode oplevelser med deres praktiserende læge, og selvom de udtrykte utilfredshed med vidensniveauet i almen praksis, klandrede de ikke den enkelte læge eller sygeplejerske. Alle interviewdeltagerne udtrykte stor forståelse for, at praksispersonale ikke kan vide alt:

”Jeg antager jo ikke, at alle folk jeg møder har en forforståelse omkring nogle af de kompleksiteter, der er ved at være LGBT. Jeg har jo heller ikke hundrede procent forståelse for, hvordan det er at være transperson (...) Der skal uddannelse på området.”

Ciskønnet mand, homoseksuel, 24 år

”Det er fair nok, at alle læger ikke vil sætte sig ind i det her (...) Men vi mangler nogle læger, der ved noget om det”.

Binær transmand, heteroseksuel, 26 år

Langt de fleste LGBT-informanter følte sig faktisk også mødt på en hensigtsmæssig måde:

”Jeg synes ikke, jeg har mødt problemer med holdninger. Jeg har mødt nogle enkle systemmæssige udfordringer, som så er blevet overkommet, men jeg synes ikke, der har været modstand menneskeligt set.”

Binær transkvinde, biseksuel, 61 år

”Jeg vil sige, at det nemt at gå til en praktiserende læge, og jeg vil også sige, at hvis man bare er tryk ved at være den, man er, og man er glad for at være den, man er, så bliver du også mødt med den samme tryk tilbage .. og det vil jeg nok sige uanset, hvilken læge det er.”

Ciskønnet mand, homoseksuel, 38 år

Indstillingen hos både praksispersonale og LGBT-personer lægger op til, at en god og konstruktiv dialog er mulig. Såfremt der gives værktøjer til at facilitere denne dialog, er der gode muligheder for at overkomme nogle af de udfordringer og barrierer, der beskrives i undersøgelsen.

Uddannelse og efteruddannelse

Praksispersonale og LGBT-personer var enige om, at mere uddannelse på området var ønskeligt. De praktiserende læger havde svært ved at se, hvorfor og hvordan de skulle prioritere emnet frem for andre, men flere foreslog, at der blev etableret kurser på Lægedage i Bella Centret eller Store Praksisdag i Region Hovedstaden. Praksispersonalet ville gerne vide, hvor de kunne finde den nyeste evidens om LGBT-relevante forebyggelses- og sundhedsfremmetiltag. En anden konkret opfordring var, at Lægehåndbogen.dk løbende blev opdateret med de vigtigste og nyeste sundhedsrelevante oplysninger vedrørende homo/biseksuelle og transpersoner.

”Lægehåndbogen ville være et godt sted, og jeg tror det handler om at samle tingene sådan et sted.”

Praktiserende mandlig læge, stor praksis, Region Sjælland, 52 år

”Det havde været fint, hvis han også havde en eller anden form for LGBT-ordbog eller et eller andet at slå op i, fordi igen sidder man meget og skal uddanne sin egen læge og det er ikke så smart.”

Binær transmand, panseksuel, 31 år

LGBT-informanterne fandt det ikke tilstrækkeligt, at praksispersonalet kendte til de konkrete sundhedsudfordringer, som LGBT-personer kan stå over for, men mente, at det også var en fordel, hvis de kendte til basale forhold vedrørende seksuel orientering og kønsidentitet:

”Det at se, at de mennesker, du sidder over for heller ikke udelukkende er den krop, som du skal undersøge. De er også den sociale kontekst, de er i, og at det også har en indvirkning på deres fysiske velbefindende. Det synes jeg bare er så vigtigt .. altså en læge arbejder jo ikke med kroppe, de arbejder med mennesker, og der er jo bare nogle mennesker, som ikke bryder sig om at tale om tingene på en bestemt måde, fordi de faktisk får det ufatteligt skidt af det.”

Nonbinær transfyr, panseksuel, 26 år

”Jamen jeg tænker i første omgang så noget basal vidensdeling om sådan kønsidentiteter og seksuelle orienteringer og så bare en eller anden form for *dos* and *don'ts*, og helt lavpraktisk tror jeg, det kunne være fint med sådan en liste med 'don't ever ask' eller 'bare lad være med at formulere dig sådan her.’”

Nonbinær, homoseksuel, 19 år

Dette udstillede en karakteristisk diskrepans, idet praksispersonalet gerne ville have mere konkret og faktuel viden om (somatisk) LGBT-sundhed, mens LGBT-

informanterne følte, at de største udfordringer i mødet med praksispersonale skulle imødegås ved en øget normkritisk bevidsthed:

”Lige så snart vi taler LGBT, så begynder folk at tale om sex, hvor normkritikken er det allerførste, som kunne fjerne problemer. Hvis folk ikke havde antaget ting eller havde faste ideer om min sundhed eller mine parforhold. Så både sådan overordnet: ’hvad er normer? Hvad er privilegier?’, men også fokus på at specialisere sig inden for nogle lægefaglige områder, som måske trænger til at få et lille skub.”

Nonbinær, biseksuel, 20 år

”Som sådan et kursus, hvor man fik noget viden om det. Ja sådan nogle redskaber (...) Ikke rent fysiologisk sådan orienteret om hvornår man er eller ikke er det.. eller hvad man bliver sat ind i af kategorier, men mere sådan.. få noget erfaring tildelt.”

Kvindelig praksissygeplejerske, stor praksis, Region Sjælland, 50 år

”Hvordan det fungerer med seksuelt overførte sygdomme, og hvordan transpersoner gerne vil tiltales for eksempel. Obligatorisk masterclass, som bare alle læger skulle igennem, og så havde de ligesom den viden fra dag et.”

Ciskønnet kvinde, lesbisk, 18 år

Oplysningsmateriale

Selvom de interviewede læger ikke umiddelbart ville have materiale, der indikerede, at deres klinik var ”LGBT-venlig”, syntes de, at pjecer og foldere, der forholdt sig til ikke-heteroseksualitet eller ikke-ciskøn, kunne være brugbare at dele ud. En praksissygeplejerske nævnte, at det virkede godt at have foldere om fx hpv-vacciner til drenge, der har sex med drenge, liggende:

”Så er de måske mere klar til at få spurgt: ’er det her .. ved du noget om det?’. Så det kunne jo også være interessant at lægge ud .. men så skal du selvfølgelig også kunne følge op på det .. vide noget om det jo.”

Kvindelig praksissygeplejerske, stor praksis, Region Sjælland, 50 år

Generelt efterspurgt både LGBT-personer og praksispersonale gennemarbejdet og troværdigt oplysningsmateriale henvendt specifikt til LGBT-personer. Der var desuden bred enighed om, at seksualundervisningen i folkeskolen var mangelfuld, og at der ikke eksisterede gode skriftlige ressourcer for LGBT-personer:

”Fordi jeg gerne vil have noget materiale andre kan spejle sig i som er lidt mere organiseret end en Facebookgruppe.”

Nonbinær, biseksuel, 20 år

”Det ville da være en helt vildt god ide at have liggende, også fordi de i forvejen har den der væg med sådan alle mulige foldere (...) Man ville i hvert fald føles sig mere set og velkommen i den sammenhæng.”

Ciskønnet kvinde, lesbisk, 18 år

Flere efterspurgt, at der blev udviklet høj kvalitetsressourcer med myndigheder som Sundhedsstyrelsen som afsender:

”Hvis for eksempel at man på Sundhed.dk, eller hvad det er for nogle hjemmesider, der er sådan mere statslige .. hvis man der kunne samle informationen, så det ikke var sådan, at man skulle ud og lede efter det på en privat klinik. Det kunne have været super fedt. Og så en folder, altså jeg er *old school*, men en god folder, det ville da være så dejligt. Det tror jeg også, ville hjælpe lægen. Så de ikke nødvendigvis behøver at vide alt, hvad der står i den, men de ved: ’her er noget information til dig..

til jer'. I de her digitale tider må det da være muligt at lave en eller anden form for information ..
noget skriftlig information."

Ciskønnet kvinde, biseksuel, 38 år

Visuel repræsentation

Da praksispersonalet blev spurgt, om de ville have information i klinik eller på hjemmeside om, at deres klinik er "LGBT-venlig" (fx et regnbueflag eller en LGBT-positiv plakat), svarede alle på nær én, at de fandt det upassende at byde én bestemt patientgruppe særligt velkommen – og at det potentielt kunne skræmme andre patienter væk:

"Det er mærkeligt at tage nogen ud og sige: 'dem vil jeg også gerne have.'"

Kvindelig læge, mellemstor praksis, Region Hovedstaden, 65 år

"Patienterne skal også kunne holde ud at sidde i venteværelset uden at der er brochurer over det hele der forstyrrer."

Praktiserende kvindelig læge, mellemstor praksis, Region Hovedstaden, 43 år

De interviewede LGBT-personer syntes derimod, at et LGBT-symbol på hjemmesiden eller i venteværelset ville få dem til at føle sig mere velkomne:

"En eller anden visuel komponent, der giver en eller anden følelse af, at det er et *safe space*, man træder ind i (...) Det vigtigste skal jo komme fra den praktiserende læge. Vedkommende er jo den, der skal forstærke den følelse i patienten at: "Jeg kan komme ind, og jeg kan sige, hvad jeg vil i forhold til min seksualitet."

Ciskønnet mand, homoseksuel, 24 år

“Der skal være nogle plakater på væggene, hvor jeg kan se mig selv.”

Nonbinær, biseksuel, 20 år

Anbefalede læger

Flere af LGBT-informanter havde valgt praktiserende læge ud fra anbefalinger i deres LGBT-netværk – evt. en læge, som selv var åbent homoseksuel. Det skabte for dem en fornemmelse af tryghed:

“Jeg vil sige, at det, der gør mig tryk ved det hele, det er, at det er en LGBT-person, man bliver behandlet af. Det er en LGBT-person, man ligesom snakker med, også under ens behandling. Og så vil jeg så sige, åbenheden den er der, og det synes jeg er vigtigt.”

Ciskønnet mand, homoseksuel, 38 år

“Miljøet snakker om gode og dårlige læger (...) Vi har vores egne lister. Både på læger, gynækologer, psykologer og alt det der (...) Jeg gik ved en psykolog i mange år, som var lesbisk, fordi det var rart, at hun vidste lidt om miljøet.”

Binær transmand, heteroseksuel, 26 år

En tredje interviewdeltager beskrev det som befriende at kunne tale åbent om sex med en læge, som selv var erklæret homoseksuel.

Anonyme klinikker

En del af de interviewede LGBT-personer havde valgt at bruge anonyme tilbud, når de skulle tjekkes for sexsygdomme for dermed at undgå at blive konfronteret med deres praktiserende læge:

”Det var meget bevidst, at jeg ikke gik til vores praktiserende læge. Jeg var ganske ung dengang, og der havde jeg vores familielæge, og jeg tænkte: ’det skal han altså ikke.’”

Ciskønnet mand, homoseksuel, 70 år

En yngre mandlig informant foretrak at bruge ét af AIDS-Fondets Checkpoints, hvor han havde haft en positiv oplevelse:

”Så kommer jeg ind, og det er så en homoseksuel mand, og han griber lidt ind i nogle af de her spørgsmål, som jeg selv ville synes, det ville være akavet at sige. For eksempel: ’Hvornår har du haft sex uden kondom med en anden mand?’. Det er jo ikke noget, jeg har lyst til at italesætte overfor en læge .. men det gjorde han bare som en naturlighed og kunne lidt lingoen på en måde sådan der.”

Ciskønnet mand, homoseksuel, 24 år

Flere andre interviewdeltagere havde benyttet sig af anonyme testtilbud og havde generelt været glade for det. Mange havde brugt de eksterne tilbud for at undgå konfrontationer og akavede situationer hos deres egen læge, hvilket flere af dem i bund og grund fandt ærgerligt og problematisk.

KORT SAMMENFATNING

I den kvalitative interviewundersøgelse blev der foretaget i alt 16 dybdeinterviews med LGBT-personer og syv dybdeinterviews med sundhedsprofessionelle i almen praksis. LGBT-personerne udtrykte glæde ved at kunne dele deres historie om mødet med almen praksis. Praksispersonalet var i højere grad undrende over for undersøgelsens fokus, da de ikke var særligt bekendte med LGBT-specifikke sundhedsproblematikker, eller sjældent fandt det relevant at drøfte seksuel orientering og/eller kønsidentitet med deres patienter. Fagpersonerne fortalte således, at selvom almen praksis skal være et trygt rum,

hvor man også kan drøfte seksuelle og kønslige forhold, bliver der i realiteten ikke gjort noget aktivt fra de sundhedsprofessionelles side for at invitere til denne dialog.

Både LGBT- og fagperson-informanterne pegede på usikkerhed, uvidenhed og manglende (efter)uddannelse som en barriere i forhold til at skabe gode vilkår for LGBT-personer i almen praksis. LGBT-personerne fandt det åbenlyst, at de ansatte i almen praksis ikke var tilstrækkeligt kvalificeret inden for feltet, hvilket skabte utryghed og en følelse af manglende anerkendelse. Samtlige LGBT-informanter pegede desuden på cis- og heteronormativ vanetænkning (som det fx kom til udtryk i de sundhedsprofessionelles sprogbrug) som en væsentlig barriere for konstruktiv dialog.

De fleste LGBT-informanter følte sig generelt godt støttet af deres praktiserende læge, og de udtrykte stor forståelse for, at fagpersoner ikke kan vide alt om alting. De efterspurgte derfor troværdige oplysnings- og informationsmaterialer, ligesom både LGBT- og fagperson-informanter foreslog centraliserede og autoritative vidensressourcer om LGBT-sundhed på relevante sundhedsportaler som fx Patienthåndbogen.dk og Lægehåndbogen.dk.

Informanterne var enige om, at såfremt der blev givet de nødvendige værktøjer til at facilitere dialogen mellem LGBT-person og almen praksis, var der gode muligheder for at overkomme de beskrevne barrierer og gøre almen praksis til et trygt og værdsat sted for ikke-heteroseksuelle og ikke-ciskønnede patienter.

6. FORSLAG OG ANBEFALINGER

Rapporten har på grundlag af dansk og udenlandsk forskning demonstreret en øget sygelighed og dødelighed blandt LGBT-personer i sammenligning med heteroseksuelle cispersoner. Årsagsmekanismerne bag denne ulighed i sundhed er mange og komplekse, men de markante sundhedsudfordringer blandt homo/biseksuelle og transpersoner indskærper nødvendigheden af, at sundhedsvæsenets aktører i højere grad end i dag inddrager seksuel orientering og kønsidentitet som naturlige aspekter i forebyggelse, udredning, behandling og pleje.

På baggrund af rapportens litteraturbaserede og kvalitative fund kan der peges på en række forslag og anbefalinger med henblik på at facilitere mødet mellem LGBT-person og almen praksis, så det bliver tilfredsstillende og meningsfuldt for begge parter. De givne anbefalinger tematiseres nedenfor i henhold til de fem barrierer, som er identificeret i EU-rapporten (EU Commission 2017), og som i det store og hele bekræftes af denne rapport's kvalitative interviewundersøgelse.

1. Barrierer som følge af den sundhedsprofessionelles antagelser, normer og holdninger

=> Sundhedsprofessionelle bør være opmærksomme på kønnets og seksualitetens mangfoldighed og ikke på forhånd antage, at patienter er heteroseksuelle og ciskønnede. Læger og sygeplejersker kan ikke vide eller forudse alt, men ved at bruge en åben og neutral spørge- og samtaleteknik sikres inklusion, tryghed og god behandling.

=> Der findes i sundhedssektoren et generelt "tovejstabu" vedrørende sex, seksualitet og seksuelle problemer, som sundhedsprofessionelle bør gøre, hvad de kan, for at bryde. Fagpersonen bør invitere til dialog, være fordomsfri, lyttende og villig til at erkende, hvis egen viden ikke rækker.

=> Sundhedsprofessionelle bør forstå relevansen af at se sundhedsbehov hos LGBT-personer i lyset af deres seksualitet/kønsidentitet og i relevante tilfælde tage disse temaer op i konsultationen.

=> Sundhedsprofessionelle bør være opmærksomme på, at transkønnede og interkønnede børn og unge samt deres forældre/nære pårørende kan have særlige vejledningsbehov.

2. Barrierer som følge af den sundhedsprofessionelles sprogbrug

=> Sundhedsprofessionelle bør benytte et anerkendende og respektfuldt sprog i mødet med patienter med LGBT-baggrund. Man kan eventuelt spørge patienten om, hvilke ord og begreber vedkommende foretrækker om sig selv.

=> Sundhedsprofessionelle bør aldrig antage, at de på forhånd kender en patients familiestatus eller kønnet på vedkommendes eventuelle partner(e). Også her bør man spørge i stedet for at antage eller gætte.

3. Barrierer som følge af den sundhedsprofessionelles manglende viden og uddannelse

=> Sundhedsprofessionelle kan ikke forventes at have specifik og detaljeret viden om LGBT+-området (herunder særlige seksuelle subkulturer), men bør give plads til at lade patienten fortælle om sin verden og de særlige behov, som vedkommendes seksuelle orientering/kønsidentitet fører med sig.

=> Sundhedsprofessionelle bør have opdateret viden om de væsentligste LGBT-relevante sundhedsanliggender. Det gælder generelle forhold såvel som spørgsmål vedrørende specifikke sammenhænge mellem sundhed, sygdom og seksuel orientering/kønsidentitet.

=> Sundhedsprofessionelle bør vide, hvor der kan findes oplysninger om LGBT-relevante sundhedstemaer, og hvortil LGBT-personer kan henvises, hvis de har særlige ønsker og behov.

=> Almen praksis skal rustes til bedre at rådgive LGBT-personer om "sikker sex".

=> Almen praksis skal rustes til bedre at rådgive LGBT-personer om familiedannelse og fertilitet eller at henvise til relevante instanser.

=> Almen praksis skal rustes til bedre at rådgive transpersoner om relevante medicinske og retslige forhold eller at henvise til relevante instanser.

=> Almen praksis skal rustes til bedre at rådgive interkønnede patienter om relevante medicinske og retslige forhold eller at henvise til relevante instanser.

=> Der kan i Dansk Selskab for Almen Medicin udpeges en LGBT-ansvarlig, som tilvejebringer ny viden for læger på centrale platforme som fx Patienthåndbogen.dk og Lægehåndbogen.dk. Det kan fx dreje sig om ny sundhedsforskning, om en "LGBT-ordbog for sundhedsprofessionelle", om en LGBT-relateret "Sådan vil jeg gerne mødes i almen praksis" eller om tjeklister til sikring af den "LGBT-venlige" konsultation.

=> Der udbydes kurser i LGBT-sundhed som en del af Lægedage i Bella Centret og Store Praksisdag i Region Hovedstaden og/eller som del af Lægeforeningens efteruddannelseskurser. EU-kommissionen har udarbejdet en skabelon til brug for sådanne kurser.

=> LGBT-sundhed opprioriteres på grunduddannelsen for læger og sygeplejersker og integreres i den prægraduate sexologiundervisning. LGBT-forhold inddrages i speciallægeuddannelsen i almen medicin. Der udvikles tilbagevendende efteruddannelsesstilbud med fokus på seksuel forebyggelse og sundhedsfremme uanset seksuel orientering/kønsidentitet.

=> LGBT-personers sundhedsforhold bør løbende monitoreres videnskabeligt, og opdaterede data bør formidles til almen praksis via relevante fora og platforme.

4. Barrierer som følge af heteroseksuelt orienterede oplysningsmaterialer, vejledninger og journaler

=> Der udarbejdes informationsmateriale til praksishjemmesider/venteværelser, som oplyser om hyppige LGBT-sundhedsproblematikker og muligheden for at tage spørgsmål om seksuel orientering og/eller kønsidentitet op med lægen eller sygeplejersken. Den enkelte praksis kan overveje at have enkle budskaber som "Her i klinikken er man velkommen til drøfte spørgsmål om køn, samliv og seksualitet" hængende i venteværelset/receptionen. En regnbue-sticker med Lægeforeningens eller PLO's logo på kan også signalere, at praksis er "LGBT-venlig".

=> Oplysningsmateriale og vejledninger opdateres, så det tager højde for LGBT-personers ønsker og behov. Det gælder fx informationsmateriale om fertilitetsbehandling, prævention og "sikker sex".

=> Transpersoner og interkønnede kan have særlige behov for at få registreret deres selvoplevede køn (og selvvalgte navn), så praksispersonalet ikke møder dem med forkerte oplysninger ved hvert besøg.

5. Barrierer som følge af, at patienten ikke oplyser at være LGBT-person

=> En del LGBT-personer er usikre på, om det er muligt og trygt at drøfte spørgsmål om seksualitet og kønsidentitet i almen praksis. Interesseorganisationer som LGBT Danmark bør informere sine medlemmer og brugere om, at praksispersonale i udgangspunktet er uddannet (og forpligtet) til at have en professionel dialog om sådanne spørgsmål.

=> LGBT-personer opfordres til at fortælle deres praktiserende læge om deres seksuelle orientering/kønsidentitet, hvis de opfatter det som relevant – og for transkønnede og nonbinære personers vedkommende til at fortælle praksispersonalet, hvordan de foretrækker at blive tiltalt (fx mht. personlige stedord).

=> Der bør i LGBT-organisationers regi udpeges en tovholder, som tilvejebringer relevant sundhedsviden for LGBT-personer på forskellige platforme. Desuden kan der oprettes lettilgængelige portaler (fx på Patientbogen.dk), der informerer om de sundhedsområder, som LGBT-personer typisk efterlyser, og som sundhedsprofessionelle erfaringsmæssigt har svært ved at svare på.

=> Den praktiserende læge bør aktivt indskærpe, at drøftelser om seksuelle og kønslige forhold er fortrolige og underlagt tavshedspligt.

7. LITTERATUR

- Alessi EJ et al. 'The darkest times of my life': recollections of child abuse among forced migrants persecuted because of their sexual orientation and gender identity. *Child Abuse & Neglect* 2016; 51: 93-105.
- Amnesty International. Transkønnedes adgang til sundhed i Danmark. Opfølgning på Amnestys rapport fra 2014. København: Amnesty International, 2016.
- Amnesty International. First, do no harm. Sådan sikres rettighederne for børn med variationer i kønskarakteristika i Danmark og Tyskland. København: Amnesty International, 2017.
- Bauer G et al. Reported emergency department avoidance, use, and experiences of transgender persons in Ontario, Canada: results from a respondent-driven sampling survey. *Annals of Emergency Medicine* 2014; 63: 713-270.
- Bailey L et al. Suicide risk in the UK trans population and the role of gender transition in decreasing suicidal ideation and suicide attempt. *Mental Health Review Journal* 2014; 19: 209-20.
- Bourne A et al. Physical health inequalities among gay and bisexual men in England: a large community-based crosssectional survey. *Journal of Public Health* 2016; 13: 1-7.
- Blondeel K et al. Evidence and knowledge gaps on the disease burden in sexual and gender minorities: a review of systematic reviews. *International Journal for Equity in Health* 2016; 15: 1-9.
- Boehmer U et al. An ecological analysis of colorectal cancer incidence and mortality: differences by sexual orientation. *BMC Cancer* 2011a; 11: 1-8.
- Boehmer U et al. Cancer survivorship and sexual orientation. *Cancer* 2011b; 117: 3796-804.
- Boehmer U et al. (2014). Sexual minority population density and incidence of lung, colorectal and female breast cancer in California. *BMJ Open* 2014; 4: 1-8.
- Budge SL et al. Anxiety and depression in transgender individuals: The roles of transition status, loss, social support, and coping. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2013; 81: 545-57.
- Chakraborty A et al. Mental health of the non-heterosexual population of England. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 2011; 198: 143-8.
- Cochran SD, Mays VM. Risk of breast cancer mortality among women cohabiting with same sex partners: findings from the national health interview survey, 1997– 2003. *Journal of Women's Health* 2012; 21: 528-33.
- Colledge L et al. Poorer mental health in UK bisexual women than lesbians: evidence from the UK 2007 Stonewall Women's Health Survey. *Journal of Public Health* 2015; 37: 427-37.
- Dahl A. Hiv og levekår - livet som hiv-smittet i Danmark. København: Hiv-Danmark, 2016.
- Deutsch MB et al. Electronic medical records and the transgender patient: recommendations from the World Professional Association for Transgender Health EMR Working Group. *Journal of the American Medical Informatics Association* 2013; 20: 700-3.
- Dittfeld T. Sex på stoffer blandt homoseksuelle, biseksuelle og andre mænd, der har sex med mænd i Danmark 2017: En undersøgelse lavet af AIDS-Fondet i juli-august 2017. København: AIDS-Fondet, 2017.
- Eliason M et al. A systematic review of the literature on weight in sexual minority women. *Women's Health Issues* 2015; 25: 162-75.

- Elliott M et al. Sexual minorities in England have poorer health and worse healthcare experiences: a national survey. *Journal of General Internal Medicine* 2015; 30: 9-16.
- Epinion. Måling af LGBT-personers oplevelse af åbenhed på arbejdsmarkedet. København: Epinion, 2016.
- European Commission. Health4LGBTI. Reducing health inequalities experienced by LGBTI people. State-of-the-art Synthesis Report. European Union, 2017
(https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/stateofart_report_en.pdf)
- European Union Agency for Fundamental Rights. EU LGBT survey: European Union lesbian, gay, bisexual and transgender survey. Report. Luxembourg, Publications Office, 2013.
- Fish J, Bewley S. Using human rights-based approaches to conceptualise lesbian and bisexual women's health inequalities. *Health & Social Care in the Community* 2010; 18: 355-62.
- Fish J, Williamson I. Exploring lesbian, gay and bisexual patients' accounts of their experiences of cancer care in the UK. *European Journal of Cancer Care* 2016; 10: 1-13.
- Frisch M et al. Sex i Danmark. Nøglefund fra Projekt SEXUS 2017-2018 [præliminære data]. København: Statens Serum Institut & Aalborg Universitet, 2019 (*under udgivelse*).
- Frisch M, Simonsen J. Marriage, cohabitation and mortality in Denmark. *International Journal of Epidemiology* 2013; 42: 559-78.
- Frisch M et al. Same-sex marriage, autoimmune thyroid gland dysfunction and other autoimmune diseases in Denmark 1989-2008. *European Journal of Epidemiology* 2014; 29: 63-71.
- Frisch M et al. Cancer in a population-based cohort of men and women in registered homosexual partnerships. *American Journal of Epidemiology* 2003; 157: 966-72.
- Frisch M. On the etiology of anal squamous carcinoma. [Disputats]. København: Københavns Universitet, 2002.
- Følner B et al. Nydanske LGBT-personers levevilkår. København: Als Research, 2015.
- Følner B et al. Unges oplevelser af negativ social kontrol. København: Als Research, 2018.
- Følner B et al. Maskulinitetsopfattelser og holdninger til ligestilling – særligt blandt minoritetsetniske mænd. København: Als Research, 2019.
- Gonzales G et al. Comparison of health and health risk factors between lesbian, gay, and bisexual adults and heterosexual adults in the United States: results from the national health interview survey. *JAMA Intern Med* 2016. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.3432.
- Gonzales G, Henning-Smith C. Inequalities in health and disability among older adults in same-sex cohabiting relationships. *Journal of Aging and Health* 2015; 27: 432- 53.
- Gransell L, Hansen H. Lige eller ulige? København: CASA, 2009.
- Graugaard C et al. Self-reported sexual and psychosocial health among non-heterosexual Danes. *Scandinavian Journal of Public Health* 2015; 43: 309-14.
- Graugaard C et al. Sundhed og trivsel blandt danske LGBT-personer. *Månedsskrift for Almen Praksis* 2014; 92: 435-43.
- Graugaard C. Kønslivskamæleoner. I: Heinskou MB, Wøldike ME (red.). *Byen og blikkets lyst*. København: Center for Seksualitetsforskning, 2014: 147-60.

- Haahr KE. 'Min læge sagde, at jeg slet ikke kunne få sexsygdomme'. København: AIDS-Fondet, 2017.
- Haas A et al. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *Journal of Homosexuality* 2010; 58: 10-51.
- Haff J, Cowan S. Sexlivsundersøgelsen 2010. Danske resultater af den europæiske sexlivsundersøgelse EMIS. Hiv og sex blandt mænd, der har sex med mænd. Baggrund, fremgangsmåde og danske resultater af spørgeskemaundersøgelsen EMIS (European MSM Internet Survey) i 2010. København: STOP AIDS – Bøssernes hiv-organisation & Statens Serum Institut, 2012.
- Hickson F et al. Mental health inequalities among gay and bisexual men in England, Scotland and Wales: a large community-based cross-sectional survey. *Journal of Public Health* 2016; 26: 1-8.
- Hill G, Holborn C. Sexual minority experiences of cancer care: a systematic review. *Journal of Cancer Policy* 2015; 6: 11-22.
- Hunt R, Fish J. Prescription for change: Lesbian and bisexual women's health check. London: Stonewall, 2008.
- Johansen KBH et al. LGBT-sundhed. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2015.
- Jones T. The needs of students with intersex variations. *Sex Education* 2016; march: 1-17.
- Katz-Wise S, Hyde J. Victimization experiences of lesbian, gay, and bisexual individuals: a meta-analysis. *Journal of Sex Research* 2012; 49: 142-67.
- King M et al. A systematic review of mental disorder, suicide and deliberate self-harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMJ Psychiatry* 2008; 8: 1-17.
- Kvale S, Brinkman S. Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndværk. København: Hans Reitzels, 2009.
- Mishler EG. Representing discourse: The rhetoric of transcription. I: Lincoln YS, Denzin NK (red.). *Turning points in qualitative research: tying knots in a handkerchief*. Walnut Creek, CA: AltaMira Press, 2003.
- Marques A et al. Lesbians on medical encounters: tales of heteronormativity, deception, and expectations. *Healthcare for Women International* 2015; 36: 988-1006.
- Meads C et al. Lesbian, gay and bisexual people's health in the UK: a theoretical critique and systematic review. *Diversity and Equality in Health and Care* 2012; 9: 19-32.
- Meads C, Moore D. Breast cancer in lesbians and bisexual women: systematic review of incidence, prevalence and risk studies. *BMC Public Health* 2013; 13: 1-11.
- Nemoto T et al. Practices of receptive and insertive anal sex among transgender women in relation to partner types, sociocultural factors, and background variables. *AIDS Care* 2014; 26: 434-40.
- Nielsen JC et al. Når det er svært at være ung i DK – unges trivsel og mistrivsel i tal. København: Center for Ungdomsforskning, 2010.
- Pennant M et al. Improving lesbian, gay and bisexual healthcare: a systematic review of qualitative literature from the UK. *Diversity in Health and Care* 2009; 6: 193-203.
- Quinn GP et al. Cancer and lesbian, gay, bisexual, transgender/transsexual, and queer/questioning populations (LGBTQ). *CA Cancer J Clin.* 2015; 65: 384-400.

- Reisner S et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. *The Lancet* 2016; 17: 1-25.
- Sanders C et al. Young women with a disorder of sex development: learning to share information with health professionals, friends and intimate partners about bodily differences and infertility. *Journal of Advanced Nursing* 2015; 71: 1904-13.
- Semleyn J et al. Sexual orientation and symptoms of common mental disorder or low wellbeing: combined meta-analysis of 12 UK population health surveys. *BMC Psychiatry* 2016; 16: 1-9.
- Sharek D et al. Older LGBT people's experiences and concerns with healthcare professionals and services in Ireland. *International Journal of Older People Nursing* 2015; 10: 230-40.
- Sherriff NS et al. 'What do you say to them?' Investigating and supporting the needs of lesbian, gay, bisexual, trans, and questioning (LGBTQ) young people. *Journal of Community Psychology* 2011; 39: 939- 55.
- Spierings N. The Inclusion of quantitative techniques and diversity in the mainstream of feminist research. *European Journal of Women's Studies* 2012; 19: 331-47.
- Statens Serum Institut. www.ssi.dk/https://ssi.dk/Smitteberedskab/Sygdomsovervaagning.aspx
- Staunæs D, Søndergaard DM. Intersektionalitet – udsat for teoretisk justering. *Kvinder, Køn & Forskning* 2006; 2-3: 43-56.
- Udenrigsministeriet. Handlingsplan til fremme af tryghed, trivsel og lige muligheder for LGBTI-personer. København: Udenrigsministeriet, 2018.
- Utamsingh P et al. Heteronormativity and practitioner-patient interaction. *Health Communication* 2016; 31: 566-74.
- Whitehead J et al. Outness, stigma, and primary healthcare utilization among rural LGBT populations. *Plos One* 2016; 11: 1-17.
- Zahavi D, Overgaard S. Fænomenologisk sociologi. Hverdagslivets subjekt. I: Jacobsen S, Kristiansen MH (red.). *Hverdagslivet. Sociologier om det upåagtede*. København: Hans Reitzels Forlag, 2005.
- Zeeman L et al. Promoting resilience and emotional well-being of transgender young people: research at the intersections of gender and sexuality. *Journal of Youth Studies* 2016; 20: 382-97.
- Zeeman L et al. A review of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health and healthcare inequalities. *European Journal of Public Health* 2018 (doi: 10.1093/eurpub/cky226).

BILAG I

Beskrivelse af dataindsamlingsmetoder i de anvendte undersøgelser

DANSKE STUDIER

De gennemgåede danske undersøgelser har anvendt forskellige metoder i dataindsamlingen: Spørgeskemaer i hhv. befolkningsstudier og såkaldte convenience samples (bekvemmelighedsundersøgelser) samt udtræk af allerede indsamlede registerdata.

Befolkningsstudier

Større befolkningsstudier af danskernes sundhed har med mellemrum inkluderet spørgsmål om seksuelle forhold, hvor LGBT-personers svar er analyseret særskilt og sammenlignet med heteroseksuelle personers besvarelser. Fordelen ved denne metode er, at de inviterede respondenter er forsøgt udvalgt, så de er repræsentative for hele Danmarks befolkning på variable som køn, alder og geografi. Svagheden er, at antallet af besvarelser fra LGBT-personer, der indsamles på denne måde, bliver ganske ret begrænset, og analyser af forskelle imellem undergrupper kan derfor blive usikre.

Center for Alternativ Samfundsanalyse (CASA) samarbejder med bureauet Catinét, som har tilgang til et repræsentativt sammensat panel af den danske befolkning. Panelet var rekrutteret via nationalt repræsentative telefoninterview eller face-to-face interview foretaget i 2009. I undersøgelsen af LGBT-personers levevilkår benyttede man 946 besvarelser fra homo/biseksuelle og transkønnede personer. Det udgjorde en svarprocent på 56. 512 besvarelser fra de heteroseksuelle kontroller udgjorde en svarprocent på 44 (Gransell & Hansen 2009).

En undersøgelse foretaget af Statens Institut for Folkesundhed (SIF) fra 2013 byggede på data fra de jævnlige Sundheds- og Sygelighedsundersøgelser (SUSY) (en del af Den Nationale Sundhedsprofil 2013), som er gennemført i samarbejde med de fem regioner og Sundhedsstyrelsen. I undersøgelserne er der blevet indsamlet information om sundhed og sygelighed samt forhold af betydning herfor, fx sundhedsadfærd og sociale relationer. I SUSY-undersøgelserne har man med mellemrum suppleret spørgebatteriet med spørgsmål om køn og seksualitet og med en undersøgelse blandt transpersoner. For alle indikatorerne foretages der sammenligninger med den øvrige danske befolkning. Rekrutteringen af respondenter til SUSY 2013 foregik gennem tilfældige udtræk af en national stikprøve, der omfattede hele Danmark, fra CPR-registret. 14.265 personer over 16 år udfyldte spørgeskemaet, hvilket svarer til en svarprocent på 57. Blandt respondenterne var 144 lesbiske, 128 bøsser og 187 biseksuelle (Johansen et al. 2015).

Også SUSY-undersøgelsen fra 2000 inkluderede spørgsmål om køn og seksualitet, og tal herfra blev analyseret og publiceret i 2015. Udtrækket bestod af 22.486 danskere over 15 år, hvoraf 8.496 personer i alderen 16-66 år endte med at blive inkluderet i analyserne (svarprocent: 38). Heraf var 88 homoseksuelle og 52 biseksuelle (Graugaard et al. 2015).

Center for Ungdomsforskning (CEFU) undersøgte i 2008-09 unges trivsel ved telefoninterviews af repræsentativt udvalgte 15-24-årige unge fra hele Danmark fundet ved en kombination af et repræsentativt udtræk fra CPR-registret og et tilfældigt udvalgt landsdækkende adresseudtræk. Analysen blev foretaget på svar fra 3.481 personer, hvilket svarer til en svarprocent på 44. Datasættet blev vægtet, således at køns-, alders- og uddannelsesfordelinger matcher fordelingerne i befolkningen som helhed i den udvalgte aldersgruppe (Nielsen et al. 2010).

Projekt SEXUS, som er et samarbejde mellem Afdeling for Epidemiologisk Forskning (Statens Serum Institut) og Sexologisk Forskningscenter (Aalborg Universitet), er en nyetableret, fortløbende befolkningsundersøgelse med særligt fokus på samspillet mellem seksuel sundhed og trivsel på den ene side og generel fysisk og psykisk sundhed og trivsel på den anden (www.projektsexus.dk). Undersøgelsen har et komplekst studiedesign og omfatter bl.a. en stikprøve på 200.000 tilfældigt udvalgte danske statsborgere i alderen 15-89 år samt en række supplerende stikprøver af demografisk underrepræsenterede

persongrupper, som i perioden mellem september 2017 og august 2018 besvarede et omfattende spørgeskema online. De præliminære resultater, der præsenteres i nærværende rapport, er baseret på spørgeskemabesvarelser fra 53.894 ciskønnede heteroseksuelle personer, 1.829 ciskønnede homo/biseksuelle personer og 55 transpersoner, som alle var udtrukket i den tilfældige stikprøve. På tidspunktet for udarbejdelsen af de statistiske analyser til nærværende rapport (december 2018) var datamaterialet i Projekt SEXUS netop blevet valideret og oprenset. *Resultaterne må alligevel betragtes som præliminære og må ikke citeres offentligt uden forudgående aftale med projektledelsen.* Afvigelser vil nemlig kunne forekomme i forhold til de endelige resultater i den kommende samlede rapport. De præliminære resultater fra Projekt SEXUS præsenteres som kalibrerede (vægtede) prævalensestimater, hvor projektdeltagerne er blevet tildelt vægte på en sådan måde, at stikprøvens sammensætning for så vidt angår køn, alder, bopælsregion, etnicitet, tvillingstatus og civilstand er identisk med sammensætningen i baggrundsbefolkningen af 15-89-årige danske statsborgere.

Convenience-undersøgelser/åbne websurveys

Convenience-undersøgelser tiltrækker særligt interesserede respondenter, der fx rekrutteres via relevante hjemmesider og flyers. I hvilket omfang selvhenvende deltagerne ligner målgruppen som helhed er ukendt, hvorfor man ikke kan vide noget om sådanne undersøgelser repræsentativitet. De giver i stedet et større volumen i antallet af besvarelser, der bedre tillader sammenligninger mellem undergrupper.

Als Research ønskede at belyse selvpålevede levevilkår blandt minoritetsetniske LGBT-personer i Danmark, bl.a. med et komparativt survey blandt nydanske LGBT-personer med etnisk danske LGBT-personer som kontroller. Det kvantitative datagrundlag blev skaffet via selvhenvendere, der reagerede ved at svare på et online spørgeskema tilgængelig på forskellige websites i perioden januar-marts 2015. Skemaet blev besvaret af i alt 3.319 respondenter, hvoraf 137 var nydanske LGBT-personer (LGBT-personer med to forældre med ikke-vestlig minoritetsbaggrund). 71% af respondenterne svarede på alle spørgsmål i spørgeskemaet, svarende til i alt 2.356 fuldkomne besvarelser. Heraf var 94 fra nydanske LGBT-personer (Følner et al. 2015).

SIF supplerede med en separat spørgeskemaundersøgelse blandt transpersoner i februar 2015. Disse blev inviteret til at besvare spørgeskemaet gennem foreninger og organisationer, da der ikke indgik spørgsmål om kønsidentitet i SUSY 2013. Blandt 346 besvarelser analyserede man 171 transpersoner (49%) i alderen 15-60 år (Johansen et al 2015).

CASA valgte i 2009 at supplere med et åbent websurvey på en række relevante hjemmesider, som var mere målrettet LGBT-personer. Formålet var at få et større datamateriale end det, Catinéts repræsentative panel kunne give. De fik 2.416 besvarelser (Gransell & Hansen 2009).

For at belyse den seksuelle sundhed blandt KSK udførte AIDS-Fondet i efteråret 2015 en spørgeskemaundersøgelse blandt kvinder, der har sex med kvinder, både cis- og transpersoner. Rekruttering til undersøgelsen foregik online via sociale medier og nyhedsbreve samt ved uddeling af visitkort til events som Copenhagen Pride og MIX-LGBT Film Festival og Femø Kvindelejr samt gennem samarbejde med LGBT-organisationer. 1.816 kvinder svarede, og analysen blev lavet ud fra 1.439 fuldførte besvarelser (Haahr 2017).

AIDS-Fondet lavede i juli-august 2017 en spørgeskemaundersøgelse rettet mod MSM, som havde dyrket sex på stoffer. Undersøgelsen blev annonceret for MSM på Facebook og i form af bannere og budskaber på dating- og sexapps. 563 personer klikkede ind på undersøgelsen gennem de sociale medier og heraf svarede sammenlagt 63% (342 personer) ja til, at de havde prøvet sex på stoffer (Dittfeld 2017).

Registerstudier

Afdeling for Epidemiologisk Forskning på Statens Serum Institut har i store nationalt dækkende undersøgelser belyst dødelighed, kræfthyppighed og forekomst af autoimmune sygdomme blandt op til 6,5 millioner danskere i forskellige perioder mellem 1982 og 2011 opdelt på samliv med hhv. samkønnet og ikke-samkønnet partner i og uden for registreret partnerskab og ægteskab. Data blev i de forskellige undersøgelser

analyseret på baggrund af udtræk fra CPR-registret, Landspatientregisteret og Dødsårsagsregistret og opgjort som en sammenligning af dødeligheden mellem personer i forskellige samlivs- og civilstandsgrupper. Undersøgelsernes styrke er deltagergruppens størrelse og deres inklusion af den komplette population af danskere i registreret partnerskab/samkønnet ægteskab, mens svagheden er den tvivlsomme generaliserbarhed til situationen for homoseksuelle, som ikke er samlevende eller i et registreret partnerskab/samkønnet ægteskab (Frisch et al. 2003; Frisch & Brønnum-Hansen 2009; Frisch & Simonsen 2013; Frisch et al. 2014).

UDENLANDSKE STUDIER

EU implementerede fra marts 2016 et toårigt projekt med det formål at forbedre forståelsen af, hvordan man bedst kan reducere de uligheder i sundhed, som LGBTI-personer oplever. En af aktiviteterne i dette projekt bestod i – via allerede udført forskning – at forstå LGBTI-personers sundhedsbehov og helbredsudfordringer samt få beskrevet de eksisterende barrierer i deres møde med sundhedsvæsenet. Til det formål nedsattes en international forskergruppe, der systematisk skulle søge, vurdere og syntetisere den aktuelle videnskabelige viden. Man søgte efter forskningslitteratur publiceret i fagfællebedømte engelsksprogede tidsskrifter. I alt 57 artikler blev udvalgt. Resultatet foreligger som et state-of-the-art-syntese-review. (European Commission 2017).

BILAG II

LGBT+ personer søges til individuelle interviews om mødet med praktiserende læger. Dine oplevelser og tanker er vigtige. Vil du dele dem med en forsker?



Sexologisk Forskningscenter på Aalborg Universitet foretager for Sundhedsstyrelsen en afdækning af LGBT+ personers erfaringer med konsultationer hos praktiserende læger. Formålet er at forbedre den service, LGBT+ personer tilbydes i sundhedsvæsenet. Afdækningen består af en litteraturgennemgang og en interviewundersøgelse med LGBT+ personer.

Vil du være med? Interviewet varer ca. en time og vil handle om dine oplevelser i mødet med praktiserende læger, hvor din seksuelle orientering eller kønsidentitet eventuelt har haft betydning.

Interviewet skal finde sted hurtigst muligt og kan foregå, hvor du foretrækker. Alle interviews foretages af undertegnede (sociolog Siri Jonina Egede). Hvis du har spørgsmål eller vil vide mere, må du endelig kontakte mig på siriegede@dcm.aau.dk eller på +45 31 66 48 28.

Interviewet vil blive optaget på diktafon, skrevet ud til tekst og anonymiseret. Du optræder således ikke med navn i undersøgelsen. Vi tilbyder et gavekort på to biografbilletter som tak for din hjælp.

De bedste hilsner,
Siri Jonina Egede
Forskningsassistent ved Sexologisk Forskningscenter

Kort om mig: jeg er cis-kønnet og identificerer mig som heteroseksuel. Jeg har arbejdet med hiv-forebyggelse og samspillet mellem seksualitet og sundhed gennem min uddannelse i sociologi og i mit arbejdsliv inden for sundheds- og seksualitetsforskning.

BILAG III



Samtykkeerklæring

Undertegnede giver hermed samtykke til at deltage i interviewundersøgelse i forbindelse med videns- og behovsafdækning af LGBT+ personers møde med almen praksis.

Undertegnede er informeret om og indforstået med:

- At interviewet optages og delvist transskriberes
- At det er frivilligt at deltage i undersøgelsen
- At det er muligt at trække samtykke tilbage og udgå af undersøgelsen
- At interviewet er anonymt, forstået på den måde at undertegnede ikke nævnes ved navn
- At en analyse og fortolkning af interviewet senere vil indgå i rapport til Sundhedsstyrelsen fra Sexologisk Forskningscenter, hvor det ikke vil være muligt at genkende undertegnede

Dato

Navn

Underskrift

BILAG IV

INTERVIEWGUIDE (LGBT+)

Briefing	
Mig	Sociolog. Kvalitativ metode. Hiv forebyggelse og samspillet mellem seksualitet og sundhed.
Præsentation af projektet	LGBT+-personers møde med sundhedssektoren (med særligt fokus på praktiserende læger). En udløber af regeringens nye handleplan på området. Bred afdækning - vi ved godt at problemstillingerne er vidt forskellige for L-G-B-T
Anonymitet	Interviewet bliver optaget på diktafon, og senere skriver jeg dele af interviewet ud til tekst. Du er 100% anonym, og det er kun mig og (evt. mine 3 kollegaer) der kommer til at læse dele af interviewet i forbindelse med analyseprocessen. Små citater vil indgå i rapporten, men uden informationer, der kan føres tilbage til dig.
Roller	Jeg fungerer som interviewer - men er faktisk mest interesseret i at lytte til dine erfaringer, oplevelser, holdninger og gode ideer.
Struktur, briefing	

Spørgsmål?	<p>Jeg vil først stille nogle helt overordnede spørgsmål til din baggrund.</p> <p>Følgende vil jeg spørge ind til nogle ting omkring din seksuelle orientering eller kønsidentitet, og til sidst vil jeg spørge ind til dine oplevelser med (og ønsker til) praktiserende læger og andre medarbejdere i almen praksis/sundhedsvæsenet.</p> <p>Nogle af spørgsmålene vil måske lyde lidt naive, men det er for at være helt sikker på, at jeg har forstået dig rigtigt.</p> <p>Der er ingen rigtige eller forkerte svar. Jeg er interesseret i <i>dine</i> oplevelser og synspunkter helt uden filter.</p> <p>Stop mig endelig, hvis du er utryk ved min terminologi eller har kommentarer.</p> <p>Har du nogle spørgsmål inden jeg begynder?</p>
Baggrund	<p>Hvor gammel er du?</p> <p>Hvor bor du?</p> <p>Hvad laver du til daglig?</p> <p>Hvorfor har du sagt ja til at snakke med mig?</p>
	<p>Hvordan identificerer du dig (seksuelt/kønsligt)?</p>

<p>Seksuel orientering/kønsidentitet</p> <p>Forklaring</p>	<p>Bruger du andre labels om dig selv?</p> <p>Hvordan forklarer du typisk din seksuelle orientering / kønsidentitet til andre?</p>
<p>Mulig forklaring på sundheds- og livstilsbelastninger</p> <p>Bevidsthed</p> <p>Din sundhed</p>	<p><i>Sundheds- og livstilsbelastninger præsenteres</i></p> <p>Der er forskellig dansk og international forskning, der peger på, at LGBT+-personer er mere udsatte på forskellige sundhedsområder. <i>Rids op: Livmoderhalskræft, livstilssygdomme, angst, depression, selvmordstanker og selvmord.</i></p> <p>Kendte du til de udfordringer for LGBT+ sundhed?</p> <p>Har du nogle bud på hvorfor LGBT+ personer ser ud til at være særligt udsatte på nogle sundhedsområder?</p> <p>Overvejer du nogensinde, om der er en sammenhæng mellem din seksuelle orientering eller kønsidentitet og din fysiske og psykiske sundhed?</p> <p>- Hvordan tænker du din seksuelle orientering/ dit køn som en del af din sundhed?</p> <p>Har du nogensinde oplevet, at din seksuelle orientering eller kønsidentitet påvirkede din fysiske eller psykiske sundhed?</p>

<p>Barrierer ved heteroseksuelt-orienteret oplysningsmateriale, vejledninger og protokoller</p> <p>Oplysningsmateriale</p>	<p>Har du set oplysningsmateriale hos din praktiserende læge (eksempelvis i venteværelset eller på lægens hjemmeside), der forholder sig til seksuel orientering eller kønsidentitet?</p> <p>Gør din læge noget særligt for at signalere til sine patienter, at det er en "LGBT-venlig" praksis, og at emner vedrørende seksuel orientering og kønsidentitet ikke er et tabu?</p> <p>Har du nogensinde fået udleveret materiale af din læge, som specifikt henvendte sig til LGBT+ personer?</p> <p>Har du oplevet, at lægen ikke kunne indføre korrekte oplysninger om dig og dit familieliv i sine skemaer/journaler grundet din seksuelle orientering eller kønsidentitet (fx i sin journal eller i forbindelse med graviditet eller prøve-afsending såsom smear test).</p> <p>Hvordan ville du have det med, at der blev lavet plakater eller brochurer, der oplyser patienter i venteværelset om, at den praktiserende læge ikke ser seksualitet, seksuel orientering eller kønsidentitet som tabuiseret?</p> <p>Synes du generelt, der mangler pjecer, hjemmesider eller oplysningsmateriale for LGBT+ personer i sundhedsvæsenet?</p> <p>Hvilke pjecer/ materialer/hjemmesider kunne du tænke dig var tilgængelige? Hvad har du manglet?</p>
---	---

<p>Barrierer for lægen, når patienten ikke oplyser om sin LGBT-status</p> <p>Fortrolighed</p>	<p><i>Nu vil jeg stille nogle spørgsmål der handler om dit møde med sundhedsvæsenet?</i></p> <p>Hvad er dit forhold til sundhedsvæsenet? Bruger du jævnligt din egen læge, sygehus, psykolog etc.?</p> <p>Hvordan har din seksuelle orientering eller kønsidentitet farvet dine oplevelser hos lægen? <i>Eksempelvis i forbindelse med prævention?</i></p> <p>Har din læge (eller andre ansatte hos lægen) nogensinde spurgt specifikt til din seksuelle orientering eller kønsidentitet?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvad synes du om det? <p>I hvilke situationer er du blevet spurgt ind til seksuel orientering eller kønsidentitet? Sker det, når det er relevant for behandlingen eller rutinemæssigt som en naturlig del af lægens kliniske interview?</p> <p>Mener du, at din seksuelle orientering eller kønsidentitet kan have relevans i konsultationen? Og hvis ja, hvorfor og i hvilke situationer?</p> <p>Nogle LGBT+ personer udtrykker bekymringer over at være åbne om deres seksuelle orientering eller kønsidentitet af frygt for, at private oplysninger om dem skal tilgå andre (at lægen ikke overholder sin tavshedspligt). Er det noget du tænker over?</p>
--	---

<p>Åben om seksuel orientering eller kønsidentitet</p>	<p>Er du blevet rådgivet om fortrolighed og tavshedspligt vedr. private forhold, der nedskrives i journal, erklæringer eller henvisninger?</p> <p><i>Spørg ind til evt. scenarier – problematikker i forbindelse med at være åben om seksualitet/seksuel orientering/kønsidentitet</i></p> <p>Hvordan beskriver du din seksuelle orientering eller din kønsidentitet over for din læge?</p> <p>Hvornår og i hvilken situation fortalte du første gang i et møde med sundhedssektoren, at du er x?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvordan reagerede lægen/sundhedspersonalet? <p>Er det vigtigt for dig, at din læge kender din seksuelle orientering eller kønsidentitet?</p> <p>Hvilke fordele er der ved at din praktiserende læge kender din seksuelle orientering eller kønsidentitet?</p> <p>Hvorfor er der (eller er der ikke) de fordele? (Samme)</p>
<p>Ikke åben</p>	<p>Hvorfor har du ikke fortalt din læge om din seksuelle orientering eller kønsidentitet?</p> <p>Hvordan tror du lægen ville forholde sig til din seksuelle orientering eller kønsidentitet?</p> <p>Tror du, lægen ville rådgive dig anderledes?</p> <p>Hvilke fordele kunne der være ved at din praktiserende læge kendte din seksuelle orientering/kønsidentitet?</p>

<p>Surveys</p>	<p>Hvorfor er der (eller er der ikke) de fordele?</p> <p>Hvordan ville du have det med at opgive din seksuelle identitet/orientering i nationale spørgeskemaundersøgelser vedrørende sundhed og trivsel etc.?</p>
<p>Barrierer på baggrund af negative kulturelle og sociale normer og holdninger</p>	<p>Føler du dig generelt tryk i konsultationen hos din praktiserende læge?</p> <p>Har du nogensinde følt dig diskrimineret i mødet med din praktiserende læge? Fortæl om den/de oplevelse(r)</p> <p>Har du skiftet læge pga. dårlig behandling?</p> <p>Indenfor dit netværk – snakker I om lægevalg/rådgiver hinanden?</p> <p>Prøv at forestille dig en – for begge parter – vellykket konsultation hos din læge, hvor du kan være så åben om din seksuelle orientering/dit køn, som du har lyst til. Hvordan ville det se ud?</p> <p>Tror du, det spiller en rolle, hvilken seksuel orientering eller kønsidentitet, din praktiserende læge <i>selv</i> har, i forhold til, hvordan LGBT+ personer føler sig behandlet af vedkommende?</p>

	<p>Har du nogensinde overvejet at vælge en praktiserende læge ud fra vedkommendes seksuelle orientering/kønsidentitet?</p> <p>Betyder det noget for dig i forhold til din seksuelle orientering/ dit køn, hvilket køn din praktiserende læge har?</p>
<p>Barrierer ved uhensigtsmæssigt sprogbrug</p>	<p>Har du nogensinde oplevet, at din læge har brugt, hvad du har oplevet som uheldigt eller direkte stødende/krænkende sprog i konsultationen? Kan du give nogle eksempler?</p> <p>Føler du, at din læge har det rette ordforråd (den rette terminologi) til at gå i dialog med LGBT+-patienter?</p>

<p>Barrierer på baggrund af manglende viden og uddannelse</p>	<p>Føler du, at du at din læge har den fornødne viden og indsigt i forhold til at kunne rådgive og behandle dig og andre LGBT+-personer optimalt?</p> <p>Ville du gerne have haft bedre rådgivning hos din praktiserende læge omkring den del af din sundhed, som har at gøre med din seksuelle orientering eller kønsidentitet?</p> <p>Har din læge nogensinde henvist dig til andre, fordi vedkommende ikke kunne besvare spørgsmål i relation til seksuel orientering eller kønsidentitet? Hvem er du blevet henvist til? Og i hvilke situationer/af hvilke grunde?</p> <p>Hvordan kan man sikre, at praktiserende læger er bedre rustet til at møde LGBT+ patienter og imødekomme deres særlige behov?</p>
<p>LGBT+ Lægehuse</p>	<p>Synes du, at der er brug for specialuddannede praktiserende læger til LGBT+ personer? Hvorfor?</p> <p>Er der behov for lægehuse, der specifikt slår sig op på at være "LGBT+ venlige"? Hvilke fordele eller ulemper ville der være forbundet med sådan et sted? Ville du selv benytte sådanne lægehuse?</p> <p>Hvis du skulle forestille dig nogle LGBT+-relevante kommunale tilbud som du ville benytte, hvad ville de så være?</p>

	<p>Har du benyttet dig af LGBT+-relevante tilbud (så som rådgivning eller testning) andre steder end ved din praktiserende læge?</p>
Afrunding	<p><i>Tusind tak.</i></p> <p>Har du noget du gerne vil uddybe, eller noget du synes jeg mangler at spørge ind til?</p> <p>Hvordan har det været, at blive interviewet?</p> <p>Har du nogle kommentarer til spørgsmålene? Er der temaer du ville spørge ind til på en anderledes måde?</p>

BILAG V

INTERVIEWGUIDE (PRAKTISERENDE LÆGER/PRAKSISSEGELEJERSKER)

Introduktion	
Mig	Sociolog. Kvalitativ metode. Hiv forebyggelse og seksualitet i sociologisk perspektiv.
Præsentation af projektet	LGBT+-personers møde med sundhedssektoren (med særligt fokus på praktiserende læger). En udløber af regeringens nye handleplan på området.
Anonymitet	Interviewet bliver optaget på diktafon, og senere skriver jeg dele af interviewet ud til tekst. Du er 100% anonym, og det er kun mig og (evt. mine 3 kollegaer) der kommer til at læse dele af interviewet i forbindelse med analyseprocessen. Små citater vil indgå i rapporten, men uden informationer, der kan føres tilbage til dig.
Roller	Jeg fungerer som interviewer - men er faktisk mest interesseret i at lytte til dine erfaringer, oplevelser, holdninger og måske gode ideer.
Struktur	<p>Jeg vil først stille nogle helt overordnede spørgsmål til din baggrund.</p> <p>Efterfølgende vil jeg give en kort oversigt over de sundhedsudfordringer, der ifølge forskningen gør sig gældende for LGBT+ personer. Til sidst vil jeg spørge ind til dine oplevelser som praktiserende læge i forhold til patienter, der identificerer sig som LGBT+ personer.</p>

<p>Spørgsmål?</p>	<p>Nogle spørgsmål kan måske opfattes som om jeg tjekker op på praksis, men det er ikke for at tjekke op på dig eller pege fingre.</p> <p>Nogle af spørgsmålene vil måske lyde lidt naive, men det er for at være helt sikker på, at jeg har forstået dig rigtigt.</p> <p>Der er ingen rigtige eller forkerte svar. Jeg er interesseret i <i>dine</i> oplevelser og synspunkter helt uden filter.</p> <p>Stop mig endelig, hvis du er usikker på min terminologi eller har kommentarer.</p> <p>Har du nogle spørgsmål, inden jeg begynder?</p>
<p>Baggrund</p>	<p>Alder</p> <p>Hvor længe har du været almenmediciner?</p> <p>Hvor længe har du siddet i almen praksis, og hvad er det for en type praksis, du sidder i? (Hvor mange ansatte, hvor mange patienter?)</p> <p>Hvorfor sagde du ja til at snakke med mig?</p>

<p>Barrierer ved heteroseksuelt-orienteret oplysningsmateriale, vejledninger og protokoller</p> <p>Oplysningsmateriale</p>	<p>Gør du noget særligt for at signalere til dine patienter, at din praksis er "LGBT-venlig", og at emner vedrørende seksuel orientering og kønsidentitet ikke er et tabu?</p> <p>Har I i din praksis materiale, der henvender sig specifikt til LGBT+ personer? Hvorfor/hvorfor ikke? Hvis ja, hvilken type materiale - og hvor findes det?</p> <p>Hvis der blev udarbejdet særlige plakater eller brochurer, der oplyser patienter i venteværelset om, at i din klinik er alle velkomne uanset til seksualitet og køn, er det så noget du ville have hængende/liggende?</p>

<p>Barrierer for lægen, når patienten ikke oplyser om sin LGBT-status</p>	<p>Har du/har haft patienter, der identificerer sig som LGBT+? I så fald, hvor har du den oplysning fra? (Fordi patienten sagde det? Fordi du spurgte direkte eller indirekte? Fordi der var en samkønnet partner med? Fordi du bare har det på fornemmelsen?)</p> <p>Har du nogensinde prøvet at søge information om LGBT+-sundhed i forbindelse med i forbindelse med behandling af en LGBT+-patient? Hvis ja, hvor har du så søgt oplysning?</p> <p>I hvilke situationer spørger du ind til seksuel orientering eller kønsidentitet? Sker det, når det er relevant for behandlingen, eller helt rutinemæssigt og principielt som en del af det kliniske interview</p> <p>Mener du, at patienternes seksuelle orientering eller kønsidentitet har relevans i konsultationen? Og hvis ja, hvorfor og i hvilke situationer?</p> <p>Hvordan bliver seksualitet og kønsidentitet typisk tematiseret i en konsultation med dig? Er det typisk patienten eller dig, der bringer emnet op?</p> <p>Hvad synes du om, at skulle spørge til dine patienters seksuelle orientering/kønsidentitet? Gør du dig nogen overvejelser forud for en samtale om seksualitet eller kønsidentitet?</p> <p>Konkrete oplevelser hvor patienters sygdomsforløb har været forbundet med deres seksuelle orientering eller kønsidentitet.</p>
--	---

<p>Fortrolighed</p>	<p>Hvordan kan du forestille dig det kunne være problematisk at du ikke kender din patients seksuelle orientering eller kønsidentitet?</p> <p>Er der nogle situationer eller patienttyper, hvor du synes, at du som læge skal være særligt opmærksom på at få klarlagt det seksuelle/kønslige aspekt?</p> <p>Har du nogensinde anført LGBT+-patienternes seksuelle orientering/kønsidentitet i din journal eller i dokumenter, der er gået ud af huset? Hvorfor/hvorfor ikke?</p> <p>Nogle LGBT+-personer udtrykker bekymringer over at være åbne om deres seksualitet eller kønsidentitet af frygt for, at private oplysninger om dem skal tilgå andre. Har du oplevet dette?</p> <p>Rådgiver du LGBT+-personer om sikkerhed og fortrolighed vedr. private forhold, der nedskrives i journal, erklæringer eller henvisninger?</p>
---------------------	--

<p>Barrierer på baggrund af manglende viden og uddannelse</p>	<p>Føler du, at du har den fornødne viden og indsigt i forhold til at kunne rådgive og behandle LGBT+-personer optimalt?</p> <p>Holder du dig opdateret i forhold til LGBT+-specifikke sundhedsproblemstillinger? Hvad er dine overvejelser i forhold til dette?</p> <p>Har du nogensinde modtaget sexologiundervisning på medicinstudiet eller som led i din efteruddannelse? Har du nogensinde haft undervisning, der specifikt omhandlede LGBT+ sundhed? (obligatorisk?/frivilligt tilvalg?).</p> <p>Hvis du skulle have haft bedre undervisning i forhold til LGBT+-personers særlige behov, hvordan skulle det så være foregået, og hvad skulle den have indeholdt?</p> <p>Har du nogensinde henvist til andre, hvis du ikke kan besvare spørgsmål i relation til seksuel orientering eller kønsidentitet? Hvem har du henvist til? Og i hvilke situationer/af hvilke grunde?</p> <p>Hvis der blev tilbudt særlige kurser i LGBT+-sundhed, og hvordan du som læge bedre kan møde og behandle denne patientgruppe, er det så noget, du ville overveje at melde dig til? Hvorfor/hvorfor ikke?</p>
	<p>Hvordan tror du, at en LGBT+ person oplever at blive modtaget i din praksis?</p>

<p>Barrierer på baggrund af negative kulturelle og sociale normer og holdninger</p>	<p>Prøv at forestille dig et – for begge parter – vellykket besøg i din konsultation af en patient, der identificerer sig som LGBT+ person. Hvordan ville det se ud?</p> <p>Tror du, det spiller nogen rolle, hvilken seksuel orientering eller kønsidentitet, du som praktiserende læge <i>selv</i> har, i forhold til, hvordan LGBT+-personer føler sig behandlet af dig? Tror du, der er ting, patienterne holder tilbage, fordi du har den seksuelle orientering/kønsidentitet, du har?</p> <p>Nogle LGBT+-personer mener, at personale i sundhedsvæsenet direkte eller indirekte kan udtrykke holdninger, der virker stødende eller diskriminerende over for LGBT+-personer. Hvordan kan du forestille dig de kan have den oplevelse?</p>
<p>Barrierer ved uhensigtsmæssigt sprogbrug</p>	<p>Hvilke overvejelser har du om din sprogbrug, når du taler med patienter, du ved (eller fornemmer) er LGBT+ personer?</p> <p>Føler du, at du har det rette ordforråd til at gå i dialog med LGBT+-patienter?</p> <p>Har du nogensinde oplevet, at du talte forbi en LGBT+-patient – eller at du stødte vedkommende, med det du sagde eller ikke sagde?</p> <p>Hvilke redskaber ville du gerne have til rådighed, hvis du skulle forestille dig at kunne yde den bedste service til LGBT+-personer?</p>

	Hvilke kommunale tilbud kunne du som læge godt tænke dig at kunne henvise til?
LGBT+ lægehus?	<p>Synes du, at der er brug for specialuddannet sundhedsfagligt personale til personer, der ikke identificerer sig som heteroseksuelle eller cis-kønnede? Hvorfor/hvorfor ikke?</p> <p>Er der behov for lægehuse, der specifikt slår sig op på at være "LGBT+ venlige"? Hvilke fordele eller ulemper ville der være forbundet med sådan et sted?</p>
Afrunding	<p><i>Tusind tak.</i></p> <p>Har du noget, du gerne vil uddybe, eller noget du synes, jeg mangler at spørge ind til?</p> <p>Hvordan har det været at blive interviewet?</p> <p>Har du nogle kommentarer til spørgsmålene du blev stillet? Er der temaer du selv ville spørge ind til på en anderledes måde?</p> <p>Tror du, at vores snak vil påvirke, hvordan du forholder dig til emnet i fremtiden?</p>