

# “Nå! Jamen, jeg skal bare spørge”

Kvalitativt, aktionsforskningsinspireret studie af LGBT-personers udfordringer i mødet med almen praktiserende læger - barrierer og løsninger i et kritisk teoretisk perspektiv.

1. semesterprojekt på Sundhedsfremme & Sundhedsstrategier,  
Institut for Mennesker og Teknologi, Roskilde Universitet

Afleveret d. 5/1-2022

Eksamensgruppenummer: V2140033509

Udarbejdet af: Gry Jørgensen (72456), Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72570) & Sofie L.O. Rytter (72423).

Antal anslag: 160.720

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

## Resumé

**Titel:** “Nå! Jamen, jeg skal bare spørge”

**Formål:** At undersøge, hvordan aktører på feltet for LGBT-sundhed oplever det nuværende møde mellem LGBT-patienter og deres alment praktiserende læge såvel som aktørernes holdning til, hvordan man kan forbedre forholdene for dette møde med et sundhedsfremmende sigte som endemålet.

**Metode:** Aktionsforskningsinspireret pilotprojekt der bygger på semistrukturerede ekspertinterview med aktører på området for LGBT-sundhed. Data er belyst gennem en hermeneutisk analyse

**Resultater:** Vores resultater viser en uoverensstemmelse i aktørernes sundhedsdefinitioner og derfor en inkongruens i nødvendigheden for at italesætte seksuelle forhold i mødet mellem LGBT-person og læge. Dette forhold ønskes af alle aktører ændret ud fra et uddannelsesmæssigt grundlag på medicinstudiet og via efteruddannelse som skal give faglig viden på feltet, som kan sikre relevant behandling. Aktørerne diskuterer uden endelig konklusion hvorvidt efteruddannelse skal være obligatorisk.

**Konklusion:** Der er brug for, bedre sexologisk uddannelse af læger i Danmark for at LGBT-patienter kan føle sig anerkendt og blive sikret retfærdige sundhedstilbud ift. baggrundsbefolkningen. Dette kræver en omstrukturering af ressourcer for undervisning. Fremme af gruppens sundhed kræver en kombination af top-down og bottom-up tilgange.

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

## Abstract

**Title:** “Oh! Well, I just have to ask”

**Aim:** To explore how the actors on the field of LGBT health experience the current situation regarding the meeting between the LGBT-patient and their GP, as well as the actors believes about which way to try to improve the circumstances for this meeting with a health prevention as the end goal.

**Method:** This pilot project is inspired of the method of action reasearch and is based on semistructured expert interviews with actors on the field regarding LGBT health. We have shred light on the data through a hermeneutic analysis.

**Results:** The results identifies an inconsistence regarding the actors’ health definitions and therefor an incongruens between the experienced need for adressng sexual tematics in the meeting between LGBT-persons and their general practioner (GP). All actors in the study wish for this to change from a different medical educational basis as well as through continuing education for GPs. This shall lead to a stronger professional standard that can secure relevant treatment to the group. The actors do not clearly define wether the continuing education shall be mandatory.

**Conclusion:** There’s a need for better sexological education of GPs in Denmark so that LGBT-patients can feel recognised as well as secured a fair health service compared to the background population. This requires a restructuring of resources for education. Promoting the group health requires a combination of top-down and bottom-up approaches.

## Indholdsfortegnelse

Resumé.....	1
Abstract.....	2
Forord.....	6
Begrebsafklaringsliste.....	7
Baggrund.....	9
LGBT.....	9
Sundhed og seksualitet.....	11
Opsummering af problemfeltet.....	15
Problemformulering.....	16
Arbejdsspørgsmål:.....	16
Problembearbejdning.....	16
Videnskabsteoretisk ståsted.....	17
Metode.....	17
Litteratursøgning.....	19
Certificering.....	20
Etik i forhold til valg af problemfelt.....	22
Design.....	23
Interviewguide.....	23
Kontakt til aktører.....	24
Skriftlig information og samtykke.....	25
Interviewsituationen.....	25
Ethiske problemstillinger i interviewsituationen.....	26
Transskribering.....	27
Dataanalyse.....	28
Argumentation for valg af teori.....	28

Empowerment .....	30
Wacherhausen åbne sundhedsbegreb .....	31
Honneths anerkendelsesteori.....	32
Nancy Fraser .....	32
Resultater og fortolkning .....	33
Kommunikation i mødet mellem LGBT-personer og almen praktiserende læger.....	33
Kommunikation og italesættelse i samfundet .....	39
Lægevalg - kan man vælge frit?.....	43
Hvordan lægevalg foregår.....	43
Informationsmateriale .....	45
Lægers sexologiske uddannelse i forhold til seksualitet og kønsidentitet .....	47
Ansvaret for forandring .....	51
Certificering .....	52
Ønsker for fremtiden.....	56
Diskussion.....	57
Italesættelse.....	57
Samfundsændring.....	60
Certificering/specialviden .....	61
Politisk ansvar .....	63
Teorivalgets betydning for resultaterne .....	65
Michel Foucault .....	65
Køn og seksualitet til forhandling.....	65
Bias og validitet .....	66
Selektionsbias.....	67
Informationsbias.....	67
Konklusion .....	67

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry  
Jørgensen (72456).

Perspektivering.....	68
Fremtidig aktionsforskning .....	68
Uddannelse.....	69
Forskning .....	70
Bibliografi .....	71

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry  
Jørgensen (72456).

## Forord

Dette projekt er udarbejdet som et semesterprojekt på første semester i Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier på Roskilde Universitet i efteråret 2021.

Tak for deltagelse til medvirkende eksperter:

Karoline Vind (tidligere regionsrådspolitiker, SF), Lars Henriksen (formandsperson for Copenhagen Pride), og til den alment praktiserende læge under pseudonymet "Nina".

Tak til vores vejleder Kasper Kristensen fra Roskilde Universitet.

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

## Begrebsafklaringsliste

Definitionerne bygger primært på ordforklaringslisten fra Sexologisk Forskningscenter (2019) medmindre andet er angivet.

**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.

**Bio-psyko-social model:** Et bredt sundhedsperspektiv som blev introduceret i 1970'erne af den amerikanske psykiater George L. Engel, som bygger på samspillet mellem komponenterne biologi, socialitet og psyke (Graugaard, Giraldi & Møhl, 2019b).

**Certificering:** en godkendelse af eller en tilladelse til at udføre en bestemt ydelse. En person eller grupper af personer, kan certificeres og dermed godkendes til at udføre et speciale. Myndigheder kan stille krav om certificeringer - bl.a. inden for sundhedssektoren (Mortensen, 2009).

**Ciskønnet/cisperson:** person, hvis oplevede køn stemmer overens med det køn, vedkommende blev tildelt ved fødslen.

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

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

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

**Salutogenese:** er en positiv sundhedsmodel fra 70'erne af sociologen Aaron Antonovsky fokus på sunde tilstandes opståen og årsagsforhold samt sundheds-, trivsels- eller risikofaktorer (i modsætning til *patogenese* som er en biomedicinsk sundhedsmodel som fokuserer på sygelige tilstandes opståen og årsagsforhold) (Graugaard et al., 2019b).

**Sexologi:** “ *Sexologi er læren om menneskets seksuelle viden, holdninger, lyster, adfærd, og problemer (...)*” hvilket kan anskues ud fra mange forskellige perspektiver (Graugaard et al., 2019a).

**Sundhedsfremme (health promotion):** Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve their health (Nutbeam, 1998).



Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry  
Jørgensen (72456).

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

**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.

## Baggrund

I baggrundsafsnittet vil vi brede emnet for projektet ud. Vi vil løbende udfolde og definere de centrale domæner som udgør problemfeltet. Først beskrives LGBT-området og danske LGBT-personers sundhed ud fra eksisterende forskning, og dernæst beskrives seksualitetens sammenhæng med sundhed inden problemfeltet opsummeres.

## LGBT

I 1886, i tiden for det moderne gennembrud, udgav den østrigske psykiater Richard von Krafft-Ebing afhandlingen "Psychopatia Sexualis". I denne afhandling navngav og beskrev Krafft-Ebing "normudfordrende seksuelle aktiviteter" og seksuelle funktionsforstyrrelser som (oftest medfødte) degenerationer af nervesystemet og som "seksuelle neuroser" (ikke-reproduktive lyster og handlinger). Ifølge Graugaard, Giraldi & Møhl (2019a) omplacerede den medicinske revolution dermed al "unormalitet" fra kirkens syndighedsdomæne til psykiatriens felt ved at sygeliggøre al afvigelse fra det statiske, binære og normale (Graugaard et al., 2019a).

Helt frem til vores historiske samtid har det været en vanskelig tilværelse for mange af de personer som bryder med det binære, ciskønnede normbillede af det gode og sund liv som følge af de udsømmende, diskriminerende og kriminaliserede forhold som personernes kønsidentitet eller seksuelle orientering har været underlagt. I 1948 stiftes "Kredsen" af den senere kendte Axel Axlil. Kredens formål var at skabe et solidarisk og frit forbund for personer, der var positivt indstillet for homo-og biseksuelle personer, til at yde støtte og hjælp til personer i eventuelle vanskeligheder (LGBT+ Danmark). Kredsen har gennem historien skiftet navn flere gange, og da foreningen i 2009 også inkluderer biseksuelle og transpersoner, skifter foreningen navn til "LGBT Danmark-Landsforeningen for bøsser, lesbiske, biseksuelle og transpersoner". LGBT- forkortelsen står for *Lesbian, Gay, Bisexual* og *Transgender*. I forlængelse af akronymet kan tilføjes et Q for *questioning* eller *queer*, I (*intersex*) og A (*asexual*) (Graugaard et al., 2019a).

I befolkningsundersøgelsen Projekt SEXUS (2019) er 62.675 danskere adspurgt om deres seksuelle identitet. Heraf besvarede ifølge en vægtet procent 1,1% at være homoseksuel (1,5% mænd og 0,6% kvinder) og 2,2% at være biseksuel (1,8% mænd og 2,6% kvinder) (Frisch, Moseholm, Andersson, Andresen & Graugaard, 2019). Dog svarer 4,8% i alt også, at de har en "anden/uafklaret seksuel identitet" (3,2 % mænd og 6,3% kvinder), og som altså hverken placerer sig i kategorierne heteroseksuel, asexuel, homoseksuel eller biseksuel (Moseholm et al., 2019). Endvidere kan man i

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

Projekt SEXUS se, at seksuelle erfaringer med samme køn eller fantasier herom ikke hænger sammen med homo-eller biseksuel selvidentificering. Ifølge sociologen Anthony Giddens er seksualiteten i senmoderniteten blevet ”plastisk”, som Giddens allerede i 1992 kalder det, og der ikke længere nødvendige overlap imellem domænerne følelses-og fantasiliv, identitet og adfærd (Giddens, 1992; Graugaard, Giraldi & Møhl, 2019b). På trods af vores senmoderne samtid og de adskillelsetendenser som ses indenfor seksualiteten såsom adskillelsen af lyst, adfærd og identitet, kan vi se på tallene fra Projekt SEXUS, at alle kønsudtryk og seksualiteter endnu ikke er lige accepteret i samfundet, og at forhold som diskriminering og ekskludering ofte møder LGBT-personer som konsekvens af disse personlige forhold (Sexologisk Forskningscenter, 2019). Derfor må det også forventes, at tal og statistikker på området fortsat er præget af mørketal og usikkerhed. Ifølge rapporten ”*Sex i Danmark: Nøgletal fra Projekt SEXUS 2017-2018*” har LGBT-personer det markant dårligere end resten af befolkningen på en række biologiske og psykosociale punkter (Frisch, Moseholm, Andersson, Andresen & Graugaard, 2019). Det gælder følgende pkt.:

- Overforbrug af alkohol, cannabis og tobak.
- Anvender oftere euforiserende/hallucinerende stoffer.
- Dårligere selvrapporeret helbred.
- Føler sig oftere ensomme og/ eller har angst.
- Selvskadende adfærd, selvmordstanker og egentlige selvmordsforsøg.
- Har oftere været i behandling for psykisk sygdom.

Det henleder opmærksomheden på, hvordan LGBT-personer oplever deres forhold til deres praktiserende læge i almen praksis, da indgangen til at få behandling for disse tilstande i sundhedssektoren, iflg. LGBT+ Danmark, er igennem egen læge (LGBT+ Danmark, u.å.a.). LGBT+ Danmark lancerede i 2020 en hjemmeside og en kampagne, som omhandler mødet mellem LGBT+ personer og almen praksis. Ønsket er at forbedre behandlingen af LGBT+personer i almenpraksis ved at skabe større grad af tryghed. Ifølge LGBT+ Danmark, kan oplevelsen af at være ved almen praktiserende læge være utryg, da mange har en oplevelse af manglende kvalifikationer, åbenhed og accept hos det sundhedsfaglige personale i almen praksis (LGBT+ Danmark, u.å.a.).

Ifølge rapporten *Danske LGBT-personers møde med almen praksis -udfordringer og muligheder* udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Sexologisk Forskningscenter på Aalborg Universitet i 2019, beskrives relationen til almen praksis fra et LGBT-patientperspektiv som værende præget af en række barrierer, som rapporten kortlægger og som ses oplistet her:

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

- ”Barrierer som følge af den sundhedsprofessionelles antagelser, normer og holdninger”,
- ”Barrierer som følge af den sundhedsprofessionelles 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 den sundhedsprofessionelles manglende viden og uddannelse”

(Sexologisk Forskningscenter, 2019).

Vi ønsker med henblik på at fremme sundheden for danske LGBT-personer, at undersøge hvordan man kan nedbryde disse barrierer, og dermed ønskværdigt at mindske uligheden i sundhed for denne minoritetsgruppe.

## Sundhed og seksualitet

WHO's sundhedsdefinition fra 1948, er stadig gældende, og lyder som følger:

*”Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”*

(WHO, 1948).

Denne sundhedsdefinition understreger, at sundhed er flerdimensionel, og både rummer den fysiske, den mentale og den sociale sundhed. Dette sammensatte sundhedsbegreb kendes også som den “bio-psyko-sociale” model, og vi vil således fremadrettet i opgaven anvende og benævne det brede sundhedsperspektiv som sådan (Graugaard et al., 2019b). WHO's sundhedsdefinition lægger også vægt på, at sundhed er mere end blot fraværet af sygdom; det indebærer en positiv bio-psyko-social trivsel.

På lige fod med sundhedsbegrebet har WHO defineret seksuel sundhed i 2006, og definitionen lyder således:

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

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

*are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, legal, historical, religious and spiritual factors.”*

(WHO, 2006).

Definitionen beskriver, at seksualitet er en almenmenneskelig del af livet, og at seksualiteten er livslang. Ofte refereres der til seksuel sundhed som noget negativt, idét det tit omhandler kønssygdomme, præventionssvigt, abort mm. WHO's definition tager i modsætning hertil (såvel som definitionen på sundhed) udgangspunkt i den positive og brede bio-psyko-sociale forståelse af den seksuelle sundheds kompleksitet (Graugaard, Giraldi & Møhl, 2019a).

Seksualitet og trivsel hænger sammen, og 80% af 15-89-årige danskere finder det vigtigt, meget vigtigt eller særdeles vigtigt at have et godt seksuelt liv (Frisch et al., 2019). Årsagerne til at have sex er da også talrige, og de forskellige motiver er forsøgt fanget i “Seksualitetens 6 R'er”:

- Reproduktion (sex som forplantningsakt)
- Relation (sex som forholdet mellem mennesker)
- Respekt (sex som indblik i egne og andres grænser)
- Rehabilitering (sex som håndtering af samlivsmæssige konflikter)
- Rekreation (sex som nydelse, glæde og leg)
- Relaksation (sex som fysisk og psykisk afspænding)

(Graugaard et al., 2006).

Set ud fra de 6 R'er tilbyder seksualiteten en række muligheder for at udleve vores behov på forskellige niveauer, og som Graugaard et al. (2019b, s. 48) refererer, så har psykologen Maslow også vist, at vores seksuelle behov kan optræde på forskellige niveauer fra basalfysiologiske behov som nederste hierarkiske niveau i hans berømte behovspyramide til højere niveauer som behov for sikkerhed, et socialt behov, og et behov for kærlighed, fællesskab, anerkendelse og selvrealisering.

Seksualiteten for mennesket er:

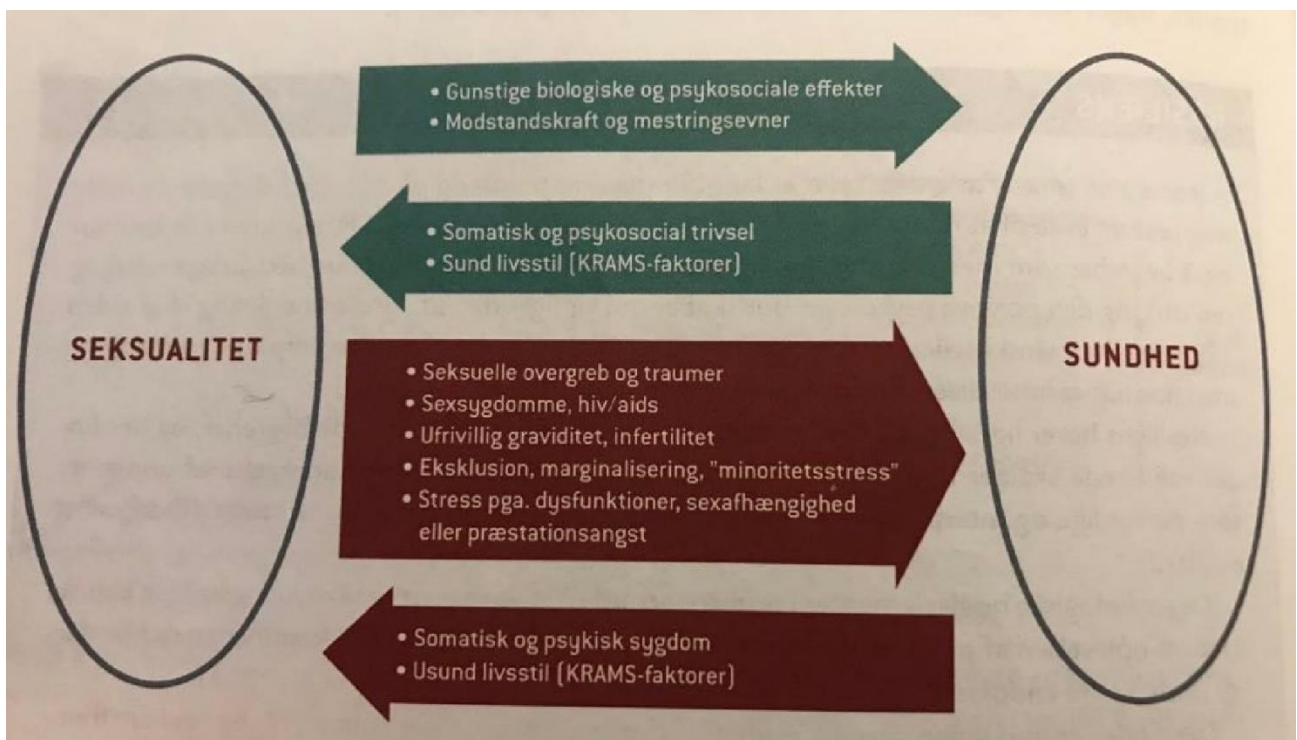
*“ (...) en stærk narrativ figur, både på samfundsplan, i sociale netværker, i parforholdet og i den enkeltes opfattelse af sig selv.”*

(Graugaard et al., 2019b).

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

Seksualiteten kan altså tilbyde os en bred vifte af muligheder for at tilfredsstille behov på forskellige og indvævede bio-psyko-sociale punkter samt at styrke det intra- og interpersonelle narrativ for forholdet til os selv og til andre (Graugaard et al., 2019b). Når seksualiteten uforstyrret kan udfoldes og udledes, fremmer dette vores sundhed. Men hvad sker der så, når seksualiteten udfordres eller umuliggøres?

Sundhed og seksualitet påvirker internt hinanden i både positiv og negativ retning, hvilket er forsøgt afbilledet af Graugaard og Giraldi (2019) i rapporten "Seksualitet og sundhed" fra Vidensråd for Forebyggelse fra 2012:



(Graugaard, Frisch & Pedersen, 2012).

I rapporten “Seksualitet og sundhed” beskrives det, under hovedkonklusioner, bl.a. at:

- Ligesom at sundhed og livsstilsfaktorer kan påvirke sexlivet i en positiv retning, så er det også tilfældet, at en usund livsstil er forbundet med risiko for seksuelle problemer.
- *“(...) både psykiske og somatiske problemer kan føre til seksuel og samlivsmæssig mistrivsel, ligesom sygdomsbehandling ikke sjældent medfører seksuelle bivirkninger.”*
- *“Seksualitet kan påvirke sundhed og livsstil i negativ retning. Der er god evidens for sammenhænge mellem på den ene side seksuel mistrivsel, stigmatisering, sexsygdomme og seksuelle overgreb og på den anden side nedsat velvære, livskvalitet og sundhed. For kronisk syge gælder ofte, at seksuelle problemer kan resultere i mindsket behandlingsmotivation og yderligere sygdom.”*

(Graugaard, Frisch & Pedersen, 2012).

Livet med en seksualitet eller kønsidentitet som socialt udskammes, diskrimineres eller chikaneres, kan medføre sundhedsmæssige udfordringer såsom minoritetsstress, angst, depression og et negativt selvbillede (Graugaard & Giraldi, 2019). Idét vores sundhed er bio-psyko-social sammensat, vil sundhedsudfordringer af primær biologisk karakter meget ofte give psykosocial mistrivsel, og omvendt vil psykosocial mistrivsel ifølge Graugaard og Giraldi *altid* manifestere sig i kroppen som smerter, stress-symptomer eller seksuelle dysfunktioner (Graugaard & Giraldi, 2019).

Som det er dokumenteret af Sundhedsstyrelsen, er der adskillige rapporter der beskriver en ulighed i sundhed for LGBT-personer sammenlignet med ciskønnede, heteroseksuelle personer, og der ses helbredsmæssige udfordringer både indenfor somatisk, mental, social og seksuel sundhed. Disse skyldes formodentlig en blanding af livsstilsfaktorer, minoritetsstress, samt at LGBT-personer ikke til fulde udnytter de sundhedsydelser der eksisterer (Sundhedsstyrelsen, 2021).

I Projekt SEXUS ses det, at 5,8% af den samlede befolkning vurderer deres helbred som dårligt eller særdeles dårligt. Af disse er andelen større blandt homoseksuelle mænd (OR= 1.72) og markant større blandt biseksuelle mænd (OR=2,41). Ligeledes ses der for homoseksuelle kvinder (OR= 2,00) og biseksuelle kvinder (OR= 2,10) også en markant større andel der vurderer deres helbred som dårligt eller særdeles dårligt (Frisch, Moseholm, Andersson, Andresen & Graugaard, 2019). De samme markante resultater på dårligere sundhedsstatus genfindes på flere forskellige parametre i Projekt

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

SEXUS; eksempelvis indenfor gruppen af homo- og biseksuelle hvor der ses et overforbrug af hash, større andel af alkoholindtag udover de anbefalede mængder og selvmordsforsøg, i forhold til ciskønnede heteroseksuelle i Danmark (Frisch et al., 2019).

Som vi tidligere har nævnt, er et velfungerende sexliv rapporteret som værende af høj vigtighed for almenbefolkningen. I denne sammenhæng har vi beskrevet nogle punkter for, hvordan et velfungerende sexliv kan bidrage til sundheden. I forlængelse heraf vil vi afrundingsvis bemærke, at Graugaard & Giraldi beskriver, hvordan seksualiteten i vanskelige livssituationer som sygdom, kan udgøre et "helle" eller en såkaldt "raskhedsfaktor". Det betyder, at seksualiteten altså kan være en sundhedsfremmende faktor som kan udgøre et trygt rum for intimitet og nærhed foruden en række andre biologiske, psykologiske og relationelle effekter. Derfor kan seksualiteten muligvis være et vigtigt domæne for lægen i det sundhedsfremmende arbejde ud fra et salutogenetiske perspektiv for at understøtte og inddrage seksuel sundhed som en ressource (Graugaard & Giraldi, 2019).

På baggrund af den beskrevne sundhedstilstand blandt LGBT-personer i Danmark, ser vi det relevant at overveje mulige tiltag som kan øge den generelle trivsel og sundhedsstatus hos denne gruppe af befolkningen.

### Opsummering af problemfeltet

Krafft-Ebings værk "Psychopatia Sexualis" fra slutningen af 1800-tallet var med til at konstituere sexologi som et selvstændigt lægevidenskabeligt område og dermed også til at sygeliggøre afvigende ikke-reproduktiv seksualitet som udfordrede samtidens heteronormative og binære seksualitetsopfattelse. Siden da har det i perioder af historien været kriminaliseret og sygeliggjort at tilhøre og udleve forskellige seksuelle og kønsidentiske minoritetsgrupper. Helt op i vores samtid udsættes gruppen af LGBT-personer for diskrimination, eksklusion og chikane (Sundhedsstyrelsen, 2021). Man kan se på dansk forskning fra 2019, at danske LGBT-personer således har en tydeligt nedsat trivsel og sundhed end baggrundsbefolkningen (Frisch et al., 2019; Sundhedsstyrelsen; 2021). Der er fundet markante trivsel- og sundhedsudfordringer hos LGBT-personer sammenlignet med heteroseksuelle cis-personer, i form af øget mistro, usundhed og overdødelighed blandt homo/biseksuelle og transkønnede. Eksempelvis er der fundet øget forekomst af stress, psykiske problemer, selvmordsadfærd og visse somatiske sygdomme blandt danske LGBT-personer (Sundhedsstyrelsen, 2021).



Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

Et af de steder som denne gruppe af mennesker logisk set (ud fra et normativt ideal om lige sundhed for alle) burde kunne henvende sig og få hjælp ift. helbredsudfordringer er hos deres almen praktiserende læger. Dog har et dansk studie fra 2019 kortlagt en række eksisterende barrierer for relationen mellem LGBT-patienter og deres almen praktiserende læger ud fra et patientperspektiv (Sexologisk Forskningscenter, 2019).

I denne opgave vil vi beskæftige os med de grupper af personer som tilhører forkortelsen LGBT, da det er forskning i disse minoritetsgrupper, som vores opgave tager udgangspunkt i. I tilfælde af en udvidelse eller indsnævring i behandling af dette felt, vil det ekspliciteres.

## Problemformulering

I dette kvalitative pilotprojekt ønsker vi ud fra semistrukturerede interviews, med et utopisk certificeringsforslag som udgangspunkt for dialogen, at undersøge hvilke sundhedsfremmende forandringsprocesser tre udvalgte aktører finder nødvendige for at nedbryde de barrierer der opstår i mødet mellem almen praktiserende læger og LGBT-personer i Danmark.

## Arbejdsspørgsmål

Til besvarelse af problemformuleringen benytter vi os af følgende arbejdsspørgsmål:

- Hvilket normativt ideal har den enkelte aktør for mødet mellem LGBT-person og alment praktiserende læge?
- Hvilke strukturer kan anses som barriere for idealet?
- Hvem har ansvaret for forandringsprocessen med at nedbryde barriererne?
- Kan italesættelse og kommunikative redskaber være løsningen på barriererne?
- Er der reelt frit lægevalg af privatpraktiserende læge?

## Problembearbejdning

I det følgende afsnit vil vi gennemgå projektets opbygning ift. hvilken akademisk tilgang, vi har bearbejdet vores problemfelt ud fra. Først vil vi beskrive vores videnskabsteoretiske ståsted, og herefter hvilken metode der anvendes, og hvordan studiet er designet. Metodeafsnittets opbygning følger kronologien for de processuelle faser i projektet.

## Videnskabsteoretisk ståsted

Ud fra vores argumentation i baggrunds- og problemfeltsafsnittet er projektgruppens antagelse at der er en fejlslutning i samfundsudviklingen ift. seksualitet og køn, som skaber en ulighed i sundhed for LGBT-personer som er uretfærdig, og derfor har brug for at blive adresseret (Juul, 2012).

Vores ontologiske antagelse er i forlængelse heraf, at der er en faktisk virkelighed der er påvirkelig, og at det er de samfundsmæssige strukturer der påvirker den sexologiske viden, og de handlemuligheder det afføder for individer og grupper. Epistemologisk tager vi udgangspunkt i et normativt ideal om lige sundhed for alle, og anlægger herudfra et kritisk blik på hvordan dette forholder sig i praksis, samt hvordan det burde tage sig ud. Vi ser samfundsvidenskaben som havende et frigørende sigte, og at den skal kritisere udviklingstræk og fastfrosne magtstrukturer i den faktiske verden ud fra et normativt ideal. Idealet anvendes i et sammenligningsforhold til nuværende strukturer for at kunne lokalisere, hvor forandringer skal ske med et emancipatoriske sigte. Vi mener i tråd med hermeneutikken og aktionsforskning, at også forskeren selv udgør en påvirkning på forskningen og er bevidst om vores performative elementers indvirkning på dette projekt (Tofteng & Husted, 2012).

Med afsæt i den kritiske teori og inddragelsen af denne i kritisk utopisk aktionsforskning, har teorien ligeledes en relevans for den mulige erkendelse, bevidstgørelse og for forandringspotentialer indenfor de angivne problematikker. Der inddrages aktører i forskningen som tager del *i* og lever *med* "LGBT-feltet", og som kan bidrage med viden og ønsker til handling *inde fra dette* forskningsfelt (Tofteng & Husted, 2012). Således mener vi, at den relevante forandring udelukkende kan ske i praktisk dialog og handling med aktørerne. Da vi arbejder ud fra kritisk teori med aktionsforskning som mål, vil vi involvere eksperter fra forskellige delområder, og vi ønsker, med et emancipatorisk sigte, at inddrage LGBT-personer for at fremme empowerment hos gruppen gennem inkludering og delagtiggørelse/ansvarliggørelse (Tofteng & Husted, 2012).

## Metode

Formålet med projektet er at identificere de forandringspotentialer som aktørerne ser for mødet mellem almen praktiserende læger og LGBT-personer for at minimere ulighed i sundhed. Dette projekt er tænkt som et sonderende pilotprojekt som går forud for de praktiske og handlingsorienterede aktionsforskningsmetoder, som er obligatoriske for at kunne kvalificere det som egentlig aktionsforskning (Tofteng & Husted, 2012). For at indsamle den nødvendige empiri for at

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

besvare projektets undersøgelsesspørgsmål, anvendes kvalitative forskningsmetoder og -interviews (Kvale & Brinkmann, 2014).

Aktionsforskning som metode ligger i forlængelse af vores videnskabsteoretiske udgangspunkt (kritisk teori), og dermed ønsket om at skabe en social forandring ud fra vores normative ideal og en utopisk forestilling om ligestilling i sundhed for alle personer uanset personlige forhold som køn, seksuel orientering m.m. Erkendelserne i dette pilotprojekt skabes i kontekstualiseret forskning med aktørinddragelse. Forskningsmetoden "action research" er udviklet i USA i tiden efter 2. verdenskrig af Kurt Lewin med formålet at have en socialteknologi til løsning af sociale konflikter (Nielsen & Nielsen, 2020). Lewin kritiserede samtidens forskning for at konstituere og udbrede en autoritær viden, og aktionsforskning placerer sig i opposition hertil. Nielsen & Nielsen skriver om Lewin:

*"Men for Lewin er det en pointe, at viden med relevans for demokratiske samfundsforandringer kun kan udvikles i forbindelse med praktiske eksperimenter og projekter, som udfordrer til ikke blot deltagelse, men også ansvarliggørelse. Først da kan man tale om myndiggørelse."*

(Nielsen & Nielsen, 2020).

Aktionsforskning har siden Lewin bevæget sig i mange forskellige retninger, hvoraf kritisk utopisk aktionsforskning er én af dem. Denne retning er udviklet i Danmark med inspiration fra Kurt Aagaard Nielsen og Steen Nielsen og har især vundet sit indpas i Skandinavien (Tofteng & Husted, 2012). Det er inden for denne gren af aktionsforskning, at vi finder vores ståsted i projektet, da vi med et emancipatorisk sigte ønsker at fremlægge og kritisere de samfundsmæssige udviklingstræk, der ligger til hinder for menneskelig udvikling og retfærdig behandling af LGBT-personer i mødet med egen læge (Juul, 2012). Med kritiske briller vil vi forsøge at undersøge de interesseforskelle og magtigheder der fremkommer imellem vores tre aktører via de interviews vi har foretaget.

Vi har især fokus på LGBT-gruppens nuværende subjektive erfaringer i mødet med den privatpraktiserende læge og deres fremtidige drømme og visioner for mødet i en utopisk verden.

Kritisk utopisk aktionsforskning arbejder processuelt med disse fremtidsvisioner forankret i den udsattes gruppes egne visioner i en kritik mod fremtidsscenerier, der udelukkende er baseret på ekspertviden, da den demokratiske dimension for en forandringsproces er af højeste vigtighed (Tofteng & Husted, 2012).

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

Vi bibringer til interviewene en idé om en LGBT-certificering af almene læge praksisser, med det formål at bruge det som redskab til at sætte gang i aktørernes tanker, ønsker og fremtidsvisioner på området. Dette er med risiko for (som Horkheimer & Adorno kritiserer i forhold til de frigørende potentialer som oplysningen rummer) at vi ved at komme med forslag til en frigørende handling, risikerer en institutionel overtagelse. Det vil sige, at vi med certificeringsforslaget risikerer at reproducere de selv samme magtstrukturer, som vi forsøger at kritisere og ønsker frigørelse fra (Tofteng & Husted, 2012). Vi er allerede farvet af den nuværende tankegang, og den vil dominere vores dømmekraft. Der er således i kritisk utopisk aktionsforskning brug for stærke metoder til at bryde med de gamle tankers snærende bånd. En af metoderne til at overkomme gamle fastlåste vaner er at arbejde med aktørernes utopiske fremtidsudsigter. Dette arbejde forefindes bl.a. i fremtidsværksteder hvor demokratiske processer og sociale eksperimenter bliver brugt som en konkret metode til at favne kritik og det utopiske fremtidsperspektiv (Tofteng & Husted, 2012).

Vores projekt ser vi som et pilotprojekt forud for et egentligt aktionsforskningsprojekt hvor der kan gøres brug af f.eks. fremtidsværksteder. Dette projekt er derfor kun en sondering af aktørernes tanker.

### Litteratursøgning

Der er i projektets indledende fase foretaget en litteratursøgning for at få et indblik i de seneste års udvikling inden for sundhedsområdet for LGBT-personer. I første omgang blev der foretaget en åben søgning i forskellige slags kilder for at anlægge et bredt perspektiv på feltet. Vi anvendte sneboldmetoden (kædesøgning), hvor vi gennemsøgte referencer i relevant litteratur og udgivelser (Brinkmann & Tanggaard, 2020).

Søgningen førte blandt andet til fundet af rapporten 'LGBT-personer og almen praksis', som er en af de senest udgivne rapporter om LGBT-personers sundhed i Danmark (Graugaard et al., 2019). Derudover fik projektgruppen kendskab til Karoline Vind, som er sundhedsordfører for SF i Regions Hovedstaden, og som i sit virke som politiker har ønsket at diskutere muligheden for en LGBT-certificering på sundhedsområdet. Derudover fik vi kendskab til LGBT+ Danmarks indsats "LGBT-Sundhed.dk" som et formidlings-site på nettet, som både henvender sig til LGBT-personer og sundhedsprofessionelle.

Dernæst har vi forsøgt at finde ud af, hvilke projekter der er blevet iværksat efter at regeringen har lanceret "Handlingsplan til fremme af tryghed, trivsel og lige muligheder for LGBTI-personer" i

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

2018. Vi har forsøgt at skaffe information via Sundhedsministeriet, Statsministeriet og Beskæftigelsesministeriet. Mailen er gengivet i det følgende:

*Til rette vedkommende*

*Vi er en kandidatprojektgruppe fra RUC der gerne vil se nærmere på Regerings LGBT+ handleplan fra 2018-2021. Helt specifikt er vi som projektgruppe interesseret i indsatsen omkring ' styrke viden og rådgivning i sundhedsvæsenet og ældreplejen'.*

*Vi har en række afklarende spørgsmål, som vi håber at kunne få svar på?*

*Der skrives i rapporten at handleplanen er en styrket indsats. Hvad er den styrkede indsats i praksis?*

*På hvilken måde er det planlagt og udført?*

*Er der konkret sat noget i gang eller har man brugt perioden til at undersøge og planlægge indsatser på området?*

*Er man gået i gang med at implementere reelle tiltag. Hvad er det for tiltag?*

*Såfremt der er det, hvem er så disse aktører?*

Vores projektgruppe blev af alle tre ministerier lovet en tilbagemelding vedrørende de adspurgte punkter af to omgange, men svarene er fortsat udeblevet.

## Certificering

I dette afsnit beskrives et utopiske certificeringsforslag (se Bilag 1) som ønskes anvendt som et diskussions-redskab til at indgå i dialog med aktørerne, for at undersøge deres fremtidsvisioner og forandringspotentialer på området. Forslaget er ment som en katalysator og udgangspunkt for at skabe 'et fælles tredje' (Tofteng & Husted, 2012). Det anvendes med andre ord som et teknisk redskab, et performativt element, til at skabe kollektive læringsprocesser (Tofteng & Husted, 2012). På den måde udviskes vores forskerrolle, og vi går aktivt ind i dialogen på feltet (Tofteng & Husted, 2012). Vi er altså ikke primært optaget af aktørernes meninger og holdninger om vores utopiske forslag, men derimod den fælles forståelse der opstår i dialogen mellem forsker (subjekt) og aktørerne (subjekt), og derved skabes et bud på en ny udvikling med alternative fremtidsmuligheder (Tofteng & Husted, 2012).

Projektgruppens utopiske certificeringsforslag bunder grundlæggende i det normative ideal om respekt for alle individer og lighed i sundhed for alle personer uanset forhold som kønsidentitet,

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

seksuel orientering mv. Derfor foreslås det af projektgruppen, at LGBT-certificeringen i lyset af vores utopi bør være obligatorisk for alle almen praktiserende læger i landet.

Den første del af forslaget omhandler videreuddannelse af praktiserende læger, som skal gøre dem i stand til at behandle patienter der er homoseksuelle, biseksuelle eller transkønnede på en vidensbaseret, inkluderende og respektfuld måde. Som en del af uddannelsespensum skal der indgå viden om sammenhængen mellem seksualitet og sundhed, samt hvordan man ved at understøtte den seksuelle sundhed hos patienter ud fra det salutogenetiske sundhedssyn kan styrke sundhedstilstanden. På uddannelsen skal der også undervises i et opdateret og respektfuldt sprogbrug.

Disse tiltag er et forslag til handling, der kan gøre op med de barrierer der opstår som følge af:

- Den sundhedsprofessionelles antagelser, normer og holdninger
- Den sundhedsprofessionelles sprogbrug
- Den sundhedsprofessionelles manglende viden og uddannelse.

(Sexologisk Forskningscenter, 2019).

Ligeledes er det muligt, at denne videreuddannelse vil kunne skabe et trygt og inkluderende rum som kan være med til at nedbryde den barriere, som udgøres af det faktum, at patienten ikke oplyser at være LGBT-person. I forlængelse af vores utopiske tilgang skal de trygge rammer understøttes af lægens professionelle nysgerrighed og åbenhed omkring køn, kærlighed og seksuelle praktikker.

Udover forslaget om lægers uddannelse inddrages også et forslag om at opdatere oplysningsmaterialer og vejledninger for at styrke inklusionen, da dette på nuværende tidspunkt udgør en af de fem kortlagte barrierer ved kun at være heteroseksuelt orienteret (Sexologisk Forskningscenter, 2019). Ud fra dette forhold eksemplificeres et muligt forslag som præsenteres i det følgende:

Når en lægepraksis har opnået LGBT-certificeringen gennem uddannelse og har opdateret skriftligt materiale i praksissen, skal det fremgå på deres hjemmeside og fysisk i praksissen, så det bliver let og overskueligt, hvor man som LGBT-person kan finde en læge som er uddannet i seksualitet og dermed kan tilbyde en respektfuld behandling på et oplyst grundlag. I de praksisser som er LGBT-certificeret, skal der ligeledes i venteværelset hænge en plakat som skriftligt italesætter og indbyder til, at der i denne praksis er åbenhed og interesse for de anliggender som vedrører sundheds- og seksuelle forhold som kan være vigtige at dele med sin læge med henblik på en relevant behandling.

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

Yderligere foreslås det, at certificeringen årligt skal holdes opdateret med et møde, hvor der skabes dialog omkring, hvordan det går med certificeringen i praksis samt vidensdeling og diskussion om ny relevant forskning på området. Det er her relevant at udfolde den anden del af certificeringsforslaget. Der skal oprettes et "informations-team" som skal bestå af LGBT-personer samt uddannet personale i sexologi. Dette team skal varetage en del af undervisningen på den beskrevne videreuddannelse for lægerne. Ligeledes skal dette team være en del af den årlige opdatering af certificeringen i hver praksis. Denne inddragelse er tænkt ud fra håbet om, at LGBT-gruppen vil tage ejerskab over projektet og dermed medansvar. Denne inkludering skal rumme potentialet for at aktørerne kan komme til orde og have en medindflydelse som sikrer relevansen af certificeringsprojektet, og som skaber en mulighed for en følelse af anerkendelse og inklusion. Inddragelsen har altså et sigte om at styrke empowerment hos personer fra LGBT-gruppen- og miljøet i et muligt videre arbejde med aktionsforskningsmetoden (Tofteng & Husted, 2012).

### Etik i forhold til valg af problemfelt

Vi har vurderet, at det er vigtigt at problematisere den etiske korrekthed ved at udarbejde et projekt som det foreliggende, og i dette afsnit vil vi præsentere vores overvejelser herom.

Hele projektet udspringer som beskrevet af et etisk normativt ideal om, at alle individer har lige ret til i sundhed, og dette gælder naturligvis også de personer som tilhører en minoritet her i Danmark.

Ud fra et projekt med fokus på belysning af marginaliserede gruppers situation kan der (trods den gode hensigt) opstå nogle etiske implikationer, som det er vigtigt at gøre sig klart og i processen afveje de eventuelle fordele og ulemper. Disse ulemper kunne være en øget stigmatisering og fremmedgørelse af LGBT-gruppen i samfundet, og denne belysning af forfordelingen kan øge LGBT-gruppens oplevelse af at være anderledes, udenfor og forfordelt.

Ved at analysere LGBT-forhold i samfundet kan det overvejes, om vi utilsigtet er med til at reproducere fordommen om, at LGBT-personer er ekskluderet i samfundet- og også i sundhedsvæsenet. Derfor er vores tiltag heller ikke et tiltag som er rent rettet imod de forfordelte, men er et projekt som vil arbejde med normalisering af et bredere spektrum af kønsidentiteter og seksualitetsidentiteter gennem oplysning. Ved at samarbejde med aktører fra både mikro-, meso- og makroniveau, kan vi forhåbentlig fremme inklusionen og dermed sundheden for denne gruppe mennesker (Andersen, 2018).

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

## Design

Følgende er en præsentation af designet af de anvendte metoder i projektet. Hertil hører vores begrundelser og overvejelser omkring indsamling af empiri samt valg af inkluderede teorier til bearbejdelsen af data.

Vi starter projektføreløbet med at anlægge et bredt perspektiv på problemfeltet ved at undersøge et mangfoldigt udvalg af formater og kilder til at skabe en grundlæggende forståelse af problemfeltet. Derefter bliver problemfeltet afgrænset til den endelige problemformulering.

Projektets videnskabsteoretiske ståsted tager udgangspunkt i kritisk teori, og aktionsforskning bliver valgt som forskningsmetode, jf. begrundelsen i metodeafsnittet.

I projektgruppen formulerede vi et utopisk certificeringsredskab, ud fra de 5 barrierer, jvf. rapporten "LGBT-personer og almen praksis" fra Sexologisk Forskningscenter (2019).

Hvilke aktører der er repræsentative for projektet, er valgt ud fra, at de på forskellig vis og på forskellige niveauer (mikro, meso og makro) tager del i feltet. Derfor har vi valgt at inddrage følgende aktører: En LGBT-person, en praktiserende læge og en politiker (Juul & Pedersen, 2012; Andersen, 2018).

## Interviewguide

Der er blevet udarbejdet tre individuelle interviewguides til de tre interviews med vores aktører. Alle interviewene er udformet som ekspertinterviews, idét de tre aktører på hver deres måde er eksperter indenfor deres del af feltet, og interviewene ønsker at afdække og udfolde aktørernes viden, holdninger og erfaringer i kraft af deres ekspertviden. Idét ikke alle aktører har samme erfarings- og vidensgrundlag at udtale sig fra, har det været relevant at udforme individuelle interviewguides.

Det semistrukturerede interview er valgt for at skabe fleksibilitet ift. at ændre på interviewets spørgsmålskronologi og form, således at samtalen kan følge aktørernes meninger, holdninger, historier mv. Idet der er frirum for at opstille opfølgende spørgsmål, starter fortolkningsarbejdet af data allerede i interviewsituationen, hvor der er mulighed for at sikre sig den korrekte forståelse af en aktørs mening med et udsagn (Kristensen & Hussain, 2019).

De tre interviewguides er udformet med henblik på at indsamle data, som kan være anvendelige ift. at besvare vores problemformulering (formålet med projektet). Spørgsmålene i de tre interviewguides tager udgangspunkt i vores arbejdsspørgsmål, men selve formuleringerne er udarbejdet mere



Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

interviewvenlige end arbejdsspørgsmålene ift. sprog, forståelse og mulighed for besvarelse (Brinkmann & Tanggaard, 2015). De tre interviewguides er vedhæftet i Bilag 3.

### Kontakt til aktører

LGBT-personen, som aktør, er fundet ved, at der i første omgang blev taget kontakt til LGBT-Danmark samt Aids-fondet. Ingen af stederne ønskede generelt at formidle kontakt mellem kandidatstuderende og deres medlemmer. Derefter forsøgte gennem LGBT-orienterede Facebookgrupper at skabes kontakt til aktører. Disse grupperes administratorer ønskede ikke, at deres platforme blev anvendt til projektmæssige formål. Den deltagende LGBT-person blev efterfølgende fundet ved, at der blev taget kontakt til andre LGBT-NGO'er som Copenhagen Pride og Rainbows Awards. Formandspersonen, Lars Henriksen, for Copenhagen Pride accepterede at deltage i vores projekt (Bilag 2.2). Lars har ikke ønsket at være anonym (trods tilbud om fuld fortrolighed) pga. hans virke som offentlig talsperson på LGBT-området (Kvale & Brinkmann, 2015).

Den politiske aktør, Karoline Vind, er blev spurgt, om hun ønskede at deltage på baggrund af hendes eget politiske virke som sundhedsordfører for SF, hvilket hun accepterede. Hun har selv tidligere, i forbindelse med valgkamp til Region Hovedstaden, drøftet muligheden for LGBT-certificeringer i sundhedsvæsenet. Hun giver ligeledes udtryk for at hendes incitament for at deltage, skyldes hendes politiske virke og ønsker derfor heller ikke at være anonym (Bilag 2.4) (Kvale & Brinkmann, 2015).

Den almen praktiserende læge er forsøgt fundet via tilfældig udvælgelse. Der er via Borger.dk fundet en liste over alle praktiserende læger i Danmark. Indbyggertallet i København betyder, at der er ca. 600 praktiserende læger i Hovedstadsområdet. Grundet det høje antal indsnævres søgningen til Københavns almen praktiserende læger, som er fordelt på i alt ca. 200 praksisser. Vi er vel vidende om, at udvælgelse ud fra et geografisk område muligvis kan give problemer i forhold til repræsentativitet (Frederiksen, Gundelach & Nielsen, 2017). Denne tvivl udspringer af vores uvidenhed om, hvorvidt praktiserende læger i København (og Hovedstaden generelt set) adskiller sig fra det generelle billede af danske lægers holdninger til LGBT-området. Efter områdeindsnævringen er der blevet sendt invitation- og informationsbreve om projektet til hver 10. praksis på listen, ud fra tilfældighedsprincippet (Frederiksen et al., 2017). Der er sendt 22 invitationer ud. Én meldte tilbage, at vedkommende ikke ønskede at deltage. Resten af gruppen har ikke responderet. Derefter er der ud fra convenience sample taget kontakt til alment praktiserende læger i projektgruppens perifere bekendtskabsgruppe (Metodeguiden, u.å.a.). To læger tog imod invitationen. Den ene ønskede at forlade projektet igen, efter at hun havde modtaget projektgruppens utopiske certificeringsforslag.

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

Aktøren (Bilag 2.3) der accepterede at deltage, har projektgruppen valgt at anonymiserer for at beskytte vedkommendes lægeautorisation og patientrelationer på trods af, at det kan komme til at fratage denne aktørs "stemme" som deltagende og myndig på samme vilkår med de to andre deltagere, som det egentlig var oprindeligt tiltænkt (Kvale & Brinkmann, 2015). Lægen benævnes under pseudonymet "Nina" i den følgende analyse, fortolkning og diskussion.

### Skriftlig information og samtykke

Alle aktører er ugen før deltagelse i interviewene blevet tilsendt certificeringsoplægget samt et informationsbrev indeholdende samtykkeerklæring (se Bilag 2).

Alle aktører er tilbudt anonymitet, og er blevet informeret om, at de til en hver tid kan trække sig fra projektet. I informationsbrevet fremgår det, at de skal være opmærksom på, at deres navn og identitet kommer til at fremgå i projektet, såfremt de ikke ønsker anonymitet. Ydermere er de informeret om at det er fuldt acceptabelt, hvis der er dele af spørgsmålene i interviewguiden, som de ikke ønsker at svarer på.

Der har i dette projekt også været en drøftelse af, om deltagelse i vores projekt vil kunne havde en negativ konsekvens eller skadevirkning, for en aktør ved en offentliggørelse af projektet, jf. Kvale & Brinkmanns etiske retningslinjer (2015).

Det har ift. projektets empiriindsamling været vigtigt at have klare aftaler med aktørerne (Juul & Hussain, 2019). Det fremgår af informations- og samtykkeerklæringen, på hvilke vilkår aktørerne deltager i projektet. Vi har ikke valgt at aftale med aktørerne, at transskriberingerne sendes til dem for endelig godkendelse af deres udsagn (Juul & Hussain, 2019).

### Interviewsituationen

I den indledende kontakt med aktørerne har vi italesat muligheden for, at interviewene kunne foregå ved et fysisk møde eller pr. telefon afhængig af aktørens ønske. To aktører har ønsket fysisk fremmøde (Lars og Karoline). Lars blev interviewet på sin arbejdsplads, og Karoline i et lånt, aflåst, offentligt lokale i nærheden af hendes arbejde. Nina ønskede at blive interviewet telefonisk.

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

Der spørges i interviewguiden i første omgang ind til aktørens personlige data. Derefter læses formålet med interview, strukturerne og certificering højt for aktøren, så aktøren har en klar forståelse af interviewets formål (Kvale & Brinkmann, 2015).

Det er forsøgt planlagt bedst muligt, hvordan der skabes en interviewsituation som opleves behagelig og imødekommende for aktørerne. Alle tre interviews er udført med den grundholdning, at aktørerne skal have rig mulighed for at nå at svare, have lang tid til at tænke sig om før de svarer, at der ikke lægges 'ord i munden' på aktørerne, samt at der ikke stilles ledende spørgsmål. Denne tilgang er valgt, da vi i projektgruppen har været opmærksom på aktiv lytning i det semistrukturerede interview (Kvale & Brinkmann, 2015).

Interviewene var estimeret til at have en varighed af 30-60 min., hvilket var blevet meddelt til aktørerne i den indledende kontakt, for at give et klart forventningsgrundlag for aktørerne at deltage på. Estimeringen af varigheden af interviewene tager udgangspunkt i interviewguiden og samtidig muligheden for at lade den semistrukturerede samtale udfolde sig- dog uden at udnytte vores aktørers velvilje til deltagelse ved at lade interviewet løbe unødigt længe. Dette sikrer også en datamængde, som vi har afvejet at have ressourcer til at håndtere. Interviewene endte i realiteten med at vare hhv. 52:36 min. (Lars), 33:50 min. (Karoline) og 23:14 min. (Nina). Dermed har vi overholdt vores estimerede tidsforbrug og holdt os til de udtalte og forventede rammer for samarbejdet med vores aktører.

### Etiske problemstillinger i interviewsituationen

Ifølge Kvale & Brinkmann (2012) vil der altid opstå etiske problemstillinger ifm. interviewforskning, hvis dette er forbundet med blottæggelse af menneskers erfarede liv.

Spørgsmålene i interviewguiden er udformet for at skabe rum for en respektfuld dialog med emnets følsomhed taget i betragtning, samtidig med at spørgsmålene på den anden side går tæt og udfordrende til værks. Dette indebærer, at der er en risiko for, at aktøren krænkes, og derfor har vi i den indledende briefing til aktøren understreget, at det altid er i orden, hvis aktøren ikke ønsker at besvare spørgsmål (Kvale & Brinkmann, 2015). Emnets følsomhed kan være et forhold som skaber en risiko for, at vores empiriske viden på nogle punkter blot vil afdække et emne overfladisk. Dette forhold er vi opmærksomme på, og det vil aktivt bearbejdes i vores dataanalyse, hvis vi finder, at dette bliver en relevant faktor at betragte data ud fra.

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

Aktørerne er via informationsbrev informeret om, at optagelserne samt transskriberingen vil blive destrueret umiddelbart efter de er anvendt i projektet (Kvale & Brinkmann, 2015).

Der tages hensyn til aktørernes oplevelse af interviewsituation ved at interviewguiden indeholder en debriefing. Der bliver spurgt til aktørens oplevelse - også efter at optagelsen er slukket. Kommentarer efter optageren er slukket er ikke medtaget i den indsamlede empiri (Kvale & Brinkmann, 2015).

### Transskribering

For at sikre så loyal en transskribering som muligt, er interviewene transskriberet under 48 timer efter de er foregået, så det står klart i interviewerens erindring. Dermed er det den der har foretaget interviewet, som også har foretaget transskriberingen. Dette er gjort på grund af ønsket om så få forskydninger i fortolkningerne som muligt. Valget af interviewerens ansvar for transskribering er ligeledes bestemt ud fra interviewerens mulighed for at genkalde sig aktørernes nonverbale sprog, som kan bidrage positivt til meningsfortolkningen (Kvale & Brinkmann, 2012).

Alle tegn, ord og lyde er tilføjet ved transskriberingerne, som f.eks. komma, punktum og “...” ved afbrudt sætning, “øhh”, “nå”, udråbstegn eller spørgsmålstegn hvis sætningen siges som spørgsmål eller med tydeligt stød svarende til udråbstegn. Dette gøres for at sikre detaljegraden. Dette er for at minimere de vanskeligheder der helt naturligt opstår fra tale til skrift, og for at sikre transparensen (Kvale & Brinkmann, 2015). Der er i projektet ikke anvendt egentlige transskriptionskonventioner, da det iflg. Kvale og Brinkmann, 2015, ikke er nødvendigt ifm. meningsanalyser. Vi er ikke optaget af sprogstil eller særligt fokus på det sociale sammenspil mellem interviewer og aktør.

I forsøget på at skabe høj grad af reliabilitet besluttede vi, at alle medlemmer af projektgruppen skulle gennemlytte det fulde interview, samt læse den fulde transskribering for at undgå evt. fejltolkninger eller tvetydigheder i aktørernes svar. Denne beslutning hviler også på bevidstheden om, at et forkert sat punktum eller komma kan forskyde meningen i en udtalelse. Dermed kan det have betydning for selve meningen i den allerede igangværende analyse og fortolkningsproces (Kvale & Brinkmann, 2015). Ydermere er disse beslutninger taget for at højne validiteten af transskriberingen, og for at sigte mod at hele gruppen har tolket aktørernes svar ens (Kvale & Brinkmann, 2015). Transskriberingerne er enkeltvis vedhæftet i Bilag 4.

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

## Dataanalyse

Som det tidligere er nævnt, kan det siges, at den hermeneutiske analyse af data i realiteten begynder allerede i interviewsituationen, idét opfølgende spørgsmål og opsummerende udsagn afprøver og sikrer forståelse af aktørens udsagn (Brinkmann & Tanggaard, 2020).

Efter transskribering er empirien meningskondenseret, ud fra Kvale og Brinkmanns (2012) beskrivelse af de 5 trin:

- Læse godt igennem, skabe sig fornemmelse af helhed.
- Skabe meningsenheder, som det udtrykkes af aktørerne.
- Kategoriseringerne omformes til centrale emner.
- Stille spørgsmål til empiriens centrale emner, ift. meningsenheder ud fra projektet formål og valgte teori.
- Til sidst samles de mest væsentlige temaer bundet sammen til et samlet deskriptivt udsagn, for derefter at blive gjort til genstand for den induktive fortolknings og teoretiske analyse og diskussion.

De første tre punkter er først gennemarbejdet individuelt af gruppens fire medlemmer, hvorefter vi har lavet det fjerde punkt sammen, og her har diskuteret og analyseret ved at stille spørgsmål til hinandens fortolkning af empirien. Dernæst har vi i gruppefællesskabet opnået enighed om bundter af temaerne og i fællesskab valgt de teorier, som vi finder det relevant at belyse vores fund med. Disse teorier vil blive præsenteret i vores teoriafsnit.

Meningsfortolkningen begrænses ikke til strukturering af meningsindhold, men der skabes dybere og kritiske fortolkninger ud fra et mere latent niveau ved at bruge vores forforståelse til at skabe mening i data udover det skrevne, ordrette niveau (Kvale & Brinkmann, 2012; Graneheim & Lundman, 2015). De hermeneutiske fortolkningsprincipper er anvendt, og der er i analyseprocessen overvejet og diskuteret datas legitime flerhed af mulige fortolkninger (Kvale & Brinkmann, 2012).

## Argumentation for valg af teori

I indeværende semesterprojekt har vi valgt at inddrage empowerment, da projektet gennemføres som et aktionsforskningsprojekt, som udspringer af empowermentmetoden. Videnskabelsen skal ifølge kritisk teori være styret af kritik eller erkendelse af at sociale praksisser. Altså er sociale forhold som

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

udgangspunkt udemokratiske og uretfærdige ifølge denne tilgang. Samfundet skal dermed forstås på en kritisk måde. Empowerment sigter yderligere mod at skabe en forandring fra de demonstrerede udemokratiske forhold til mere demokratiske forhold, som her omhandler myndiggørelse af underprivilegerede eller undertrykte grupper samt lige deltagelsesmuligheder for alle. Dette skal opnås via skabelsen af viden om strategier, handlinger og metoder til at forandre samfundet gennem mobilisering og bevidstgørelse, hvilket netop er empowerment. Dette er i samme egenskab årsagen til, at vi vælger at inddrage dette (Tofteng & Husted, 2012).

Vi har valgt at anvende Steen Wackerhausens åbne sundhedsbegreb, da vi ud fra vores egen kvalitative, hermeneutiske fortolkningsposition i projektet (og med gruppens fælles sundhedsprofessionelle baggrund) med stor sandsynlighed kan komme til at lave direkte fortolkende projektioner af vores egen forforståelse og sundhedsbegreber om LGBT-personer *over i* LGBT-personen. Wackerhausen redegøre i sin teori for, at der i den hermeneutiske tilgang er et 'brugen af sig selv', altså vores egne følelsesmæssige og oplevelses 'resonansbasis' til at fortolke LGBT-personens ytringer (Wackerhausen, 1994). Da LGBT-personer formentlig adskiller sig markant fra projektgruppens medlemmer (og formentlig også fra den sundhedsfaglige aktør) vil der ud fra gruppens holistiske helhedssyn kunne opstå ureflekteret indlevelse i stedet for en reel forståelse af LGBT-personers baggrund, kultur, livshistorie og livsverden (Wackerhausen, 1994).

Vi har valgt Axel Honneths anerkendelsesteori, fordi den vil kunne definere og tydeliggøre, hvor krænkelse af LGBT-gruppen opstår. Ud fra anerkendelsesteorien kan vi påpege de centrale områder (sfærer) i empirien hvor krænkelse, der umyndiggør og/eller undertrykker grupper og fratager de underprivilegerede deres deltagelsesmulighed, opstår.

Nancy Frasers retfærdighedsbegreb, anvender vi som et kritisk blik på, hvordan man både kan sikre lighed i sundhed ved at assimilere minoritetsgruppen, og samtidig anerkende LGBT-gruppen for deres særpræg i håbet om ikke at komme til at reproducere stigma og reificerede strukturer (Tofteng & Husted, 2012).

Nancy Fraser har diskuteret hendes og Honneths forskellige perspektiver på anerkendelse, da hun til forskel fra Honneth mener, at anerkendelse er et spørgsmål om retfærdighed, og retfærdighed er et værktøj til at skabe lighed (Fraser, 2001). Hun er enig med Honneth i tre punkter. For det første er de enige om, at kampene om religion, nationalitet og køn er nødt til at tages ud fra et anerkendelsesperspektiv. For det andet at spørgsmålet om fordelingsretfærdighed ikke kan ignoreres.

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

Endeligt finder både Honneth og Fraser det nødvendigt kontinuerligt at genoverveje ovenstående indenfor en kritisk teoretisk ramme, hvor moralfilosofi, samfundsteori og den politiske analyser ikke ses som adskilte, men som gensidigt supplerende størrelser. Derefter ophører enigheden. Honneth formulerer i sin identitetspolitik en gruppe- og kollektiv identitet der skal opnå anerkendelse for deres fælles særpræg, hvor imod Fraser gør op med dette. Hun argumenterer for, at netop dette fratager mennesker deres kompleksitet og deres krydstræk fra forskellige tilhørsforhold. Hun tilbyder i stedet, "statusmodellen", hvor det enkelte individ ikke reduceres og tilpasses en bestemt gruppes særpræg (Fraser, 2001).

I det følgende vil der være en kort gennemgang af de fire teorier: empowerment, det åbne sundhedsbegreb, Honneths anerkendelsesteori og Frasers retfærdighedsteori.

### Empowerment

Der findes adskillige varianter af empowerment som dækker over hver deres problemstilling. Derfor findes også flere forskellige definitioner af begrebet. Johan Andersen definerer empowerment som følger:

*"Empowermentperspektivet indeholder socialt- og pædagogisk arbejde som led i at forandre både samfundets og menneskers bevidsthed i retning af mere inkluderende, demokratisk og retfærdigt samfund"*

(Andersen, 2018).

Empowerment spænder over to dimensioner. Den objektive og den subjektive dimension. Den objektive dimension omhandler de rammer, som samfundet sætter, og dermed de muligheder hvori aktører kan forbedre deres situation og herudfra danne en positiv forandring. Den subjektive dimension indeholder udvikling af aktørernes kapacitet for at bruge de samfundsmæssige rammer til at skabe en positiv forandring. Vekselvirkningen mellem disse dimensioner indgår i de empowermentbaserede forandringsstrategier (Andersen, 2018).

De forskellige opfattelser af empowerment ses i mindst tre forskellige varianter (Andersen, 2018):

- Den nyliberale opfattelse, hvor individet tager ansvar for eget liv og hvor der ikke fokuseres på samfundsstrukturer. Tværtimod indfinder individet sig herunder, som den traditionelle

”top-down” tilgang.

- Den socialliberale opfattelse, som omhandler et ønske om en reform af de eksisterende samfundsstrukturer, men uden at inkludere de levevilkår, der danner grundlag for social ulighed og eksklusion.
- Den transformative opfattelse, hvor ønsket om en bio-psyko-social tilgang med inddragelse af de sociale determinanter for derudfra at understøtte og facilitere en bevidstgørelse og kollektiv mobilisering.

Det bio-psyko-sociale aspekt har de seneste årtier fået en opblomstring som et kritisk paradigme til neoliberalismen. I Dansk forskningstradition udspringer empowerment af den kritisk utopiske aktionsforskning, som Lewin dannede grundlag for, via sin forskning i demokratisk organisationsudvikling. Herudfra skabte han et faciliterende element, der kan udvikle kompetencer for ansatte til at tage socialt ansvar nedefra – en såkaldt ”bottom-up” tilgang. Lewin beskriver empowerment-begrebet som indeholdende flere samfundsmæssige niveauer (samfundets mikro- meso- og makroniveau), og tilslutter sig dermed den transformative opfattelse af empowerment (Andersen, 2018).

Ift. vores projekt tænker vi empowerment med udgangspunkt i det inkluderende og det retfærdige. Ikke at det demokratiske ikke også er vigtigt. Men ift. problemstillingen om LGBT-personers møde med sundhedsvæsenet og de manglende oplysninger herom, anser vi det inkluderende og det retfærdige som et relevant bidrag til vores projekt.

### Wackerhausen åbne sundhedsbegreb

Det åbne sundhedsbegreb er et alternativ til den radikale ”sundhedsrelativisme” og den værdikonstituerede ”sundhedsfundamentalisme”. Det åbne sundhedsbegreb har et relationelt indhold, og det er derved åbent og loyalt over for det konkrete subjekts mål, værdier og livsbetingelser. Begrebet er forbundet med autonomi, respekt for subjektets værdiunivers og livsbetingelser. Wackerhausen mener, at den teknologiske udvikling i sundhedsvæsenet i 70’erne og 80’erne har skabt et håndfast krav om prioriteringskriterier. Det har skabt en ideologisk diskussion om etik og livskvalitet, og også medført brugerinddragelse. Det offentlige sundhedssystem ændrede dermed fokus til sundhed fra et fokus på sygdom. Behandleruddannelser blev til sundhedsuddannelser.



Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

Wackerhausen opererer mellem eksplicit og implicit sundhedsbegreb. Han mener, at ikke engang sundhedsprofessionelle har formuleret og defineret, hvad sundhed er. Lægen ser ofte sundhed som kropslig fitness og fravær af sygdom, og det er det som Wackerhausen definerer som sundhedsfundamentalisme ud fra en bio-medicinsk tilgang. Han mener, at de fleste mennesker er så påvirket af denne tilgang, at de definerer sundhed og sygdom ud fra naturvidenskabelige termer. Begrebet "sundhedsfundamentalisme" er tosporet. Det ene spor beskriver objektive tegn ved sygdom ud fra naturvidenskaben, men redegør ikke for hvorfor individet er sundt eller sygt. Det andet spor bygger på postulatet om menneskets absolutte og universelle værdier. "Sundhedsrelativisme" som begreb, beskriver forskellige, modsætningsfyldte og ikke fastdefinerede forståelser af sundhed. Det er derimod bestemt ud fra subjektive, historiske, kulturelle og geografiske forhold.

Wackerhausen kritiserer sundhedsbegreberne (sundhedsrelativisme og sundhedsfundamentalisme), og placerer det åbne sundhedsbegreb mellem de to positioner som et alternativ herfor (Wackerhausen, 1994).

### Honneths anerkendelsesteori

Ifølge den tyske sociolog, filosof og kritiske teoretiker Axel Honneth er anerkendelse eksistentielt for at opnå et vellykket liv. Honneth opererer med tre anerkendelsesformer og anerkendelsessfære, som et normativt ideal for det gode liv: anerkendelse i primærrelationer, i retsforhold og i det kulturelle værdifællesskab. Anerkendelsesteorien omhandler identificering og kritik af de samfundsmæssige strukturelle barrierer for anerkendelse og dermed krænkelser af anerkendelsesbetingelserne, hvori det normative standpunkt bør tage sit afsæt. Disse førvidenskabelige og samfundskritiske krænkelser oplevet af dårligt stillede individer eller grupper i samfundet, går altså forud for vidensdannelsen og danner grundlaget for og forklarer motivet for kampen om anerkendelse (Juil, 2012; Honneth, 1990).

### Nancy Fraser

Nancy Fraser, er en amerikansk filosof, kritisk teoretiker, feminist og professor i politisk og social videnskab. Hun er kendt for sin kritik af identitetspolitik og sit filosofiske arbejde med retfærdighedsbegrebet (Fraser, 2001).

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

Fraser argumenterer for, at retfærdighed kræver både omfordeling og anerkendelse. Hun hævder, at politiske kræfter har haft fokus på enten omfordeling eller anerkendelse for en minoritets særpræg. Man bliver ofte præsenteret for et enten/eller perspektiv. Fraser mener, at det i dag kræver både omfordeling og anerkendelse. Ingen af delene er i sig selv tilstrækkelig. Det er mere et spørgsmål om hvordan man kombinerer dem. Hun fastholder, at de emancipatoriske aspekter af omfordeling og anerkendelse skal være integreret i en enkelt, omfattende ramme. Opgaven består i at udtænke en udvidet retfærdighedsopfattelse, der dels kan rumme både forsvarlige krav om social lighed og dels rumme forsvarlige krav om anerkendelse af forskel.

Fraser bryder med identitetsmodellen, fordi denne model kræver, at en hel gruppe sammen skal definere en fælles kultur. Det er iflg. Fraser problematisk, at anerkendelse er et spørgsmål om gruppeidentitet. Resultatet bliver, at den enkelte skal påtvinges en forenklet gruppeidentitet. Det affejer menneskers komplekse mangfoldige liv og identitet. Det bevirker, at transkulturelle strømninger bliver adskilt fra hinanden og bliver ikke-interagerende (Fraser, 2001).

## Resultater og fortolkning

I det følgende beskriver aktørerne deres erfaring med mødet imellem LGBT-personer og den privatpraktiserende læge, samt hvordan italesættelse og kommunikation omkring LGBT specifikke problematikker har ført til en forandring i samfundet.

### Kommunikation i mødet mellem LGBT-personer og almen praktiserende læger

Vores aktører beskriver erfaringer om mødet mellem LGBT-patient og læge i almene praksisser fra egne erfaringer eller fra kendskab til andre LGBT-personers erfaringer fra dette møde. Aktørerne fortæller, at der ikke som udgangspunkt spørges ind til seksualitet eller til kønsidentitet som en del af det grundlæggende kendskab hos lægen.

Der ses forskellige opfattelser af kommunikationen i mødet mellem LGBT-personer og almen praktiserende læge. Begge aktørerne pointerer det vigtige i, at mødet skal foregå i et anerkendende miljø, men de har forskellige syn på, hvorledes dette udmøntes. Hvis man ser på de følgende udsagn fra aktørerne med Honneths anerkendelsesteori, vil man kunne se, at der finder krænkelser sted i den solidariske og retslige sfære (Honneth, 1990). Ifølge Nancy Frasers teori om retfærdighed vil man

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

kunne påpege, at der iblandt aktørerne er forskellige syn på, hvordan retfærdighed kan ske fyldest (Fraser, 2001).

Det implicite sundhedsbegreb kan ses som værende divergerende for de forskellige aktører, og dette kan være en medvirkende årsag til de forskellige tilgange til mødet (Wackerhausen, 1994). På den måde kan man argumentere for, at Karoline og Lars, som begge har en LGBT-baggrund, oplever "anerkendelse af særpræg" som socialt retfærdigt. Nina oplever modsat, at hun behandler sine patienter socialt retfærdigt ved at behandle alle ens med samme form for åbenhed og imødekommenhed. Det viser, som Fraser skriver, at tilhængere af "omfordeling" ikke ser den "nøgleoplevelse" som tilhængere af "anerkendelse af særpræg" har. De har dermed to forskellige opfattelser af, hvad anerkendelse og retfærdighed består af (Fraser, 2021).

Lars som er homoseksuel fortæller om hans samlede erfaring med almen praktiserende lægers italesættelse af emnet "seksualitet" som et grundlæggende videnspunkt ift. livsførelse og dermed opmærksomhedspunkter ift. sundhedsrisici for ham som patient:

*"Det [den seksuelle identitet] har jeg ikke oplevet lægen har spurgt ind til. Øh lægen har været meget fokuseret på den, hvad kan man sige, på det symptom, jeg kom med, eh og så hvis det har været relevant at inddrage at jeg har været HIV-smittet så, men det har faktisk typisk været mig som sagde, nu skal du være opmærksom på at jeg også er HIV-smittet. Øh jeg antager da at lægen har læst min journal. He he og dermed ved det. Det er ikke noget jeg har erfaring for at det er lægen der bringer op, og jeg tror også at det, der er nogle læger der har en vis berøringsangst, for og bringe min seksualitet ind i det her, fordi de måske tænker, at det i sig selv kan være... Kan ses som et udtryk for fordomsfuldhed."*

Lægens fokus på symptomer kan være et billede på det smalle sundhedsbegreb (det sundhedsfundamentalistiske), hvilket vanskeliggør muligheden for aktiv deltagelse og udvikling af ejerskab (Wackerhausen, 1994). Dette kan også yderligere være en hindring for at skabe myndiggørelse til LGBT-personen, hvilket forhindrer muligheden for empowerment (Andersen, 2018).

Ift. Ninas erfaring med at italesætte seksualitet med sine patienter beskriver hun, at hun først kender til "det" [vedr. seksuel orientering eller praksis samt kønsidentitet] med patienter, som hun har set ved gentagne møder. I forhold til personer som kommer og vil testes for kønssygdomme, siger hun at:

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

*“ (...) hvis der er nogen der kommer og de gerne vil testes for kønssygdomme, så plejer jeg at tage en snak om hvilke risikofaktorer der kan være ift. det vi skal teste for.”*

Og videre om italesættelsen ved test for kønssygdomme siger hun:

*“ (...) giver det [seksuelle praksisser] mening ift. hvilke bekymringer der skal tages højde for.”*

Her er der igen et vidnesbyrd om, at lægen er farvet af Wackerhausens smalle sundhedssyn ved kun at inddrage eventuelle risikofaktorer, eller bekymringer der skal tages højde for, når en LGBT-person selv italesætter en bekymring (Wackerhausen, 1994). Dette stemmer overens med Lars' erfaringer om mødet med egen læge.

Ift. den eneste patient som Nina har som er midt i en igangværende kønskonfirmerende behandlingsproces, har hun kun italesat emnet ved første konsultation:

*“ (...) da møder, jeg møder ham første gang, kan jeg jo også godt se at han ligesom fremtræder som en mand, ik'? Og så, så, spørger jeg ham, øh, så taler vi bare lige kort om det, om der, om vores navn, han vil gerne kaldes det mande navn han nu har, og så, så øhm, så rettede jeg bare det i vores (...), jeg kan jo ikke ændre [køn], men jeg kan godt ændre hans kalde navn, så hver gang han ringer eller, eller hver gang jeg, så kommer jeg ikke til at kalde ham for det han hed før vel, fordi det kan jo godt være man lige har glemt, hvem er det lige der, så vil jeg så kalde ham det der står ik'.”*

Videre om arbejdet med denne patient fortæller hun, at hun har overtaget patienten efter, at den kønskonfirmerende behandling var opstartet, og at hun derfor heller ikke har lavet henvisningen til Center for Kønsidentitet på Rigshospitalet. Adspurgt om hun ift. patienten så overtog denne med fokus på seksualitet og kønsidentiteten svarer hun:

*“Nej det har jeg ikke. Det har jeg ikke sådan snakket med ham om på den måde. Fordi nej der var han i gang med et forløb på Rigshospitalet.”*

Hun uddyber årsagen til, at hun ikke italesætter sexologiske emner med patienten som er i kønskonfirmerende behandling:

*“(...) han har jo et forløb inde på Rigshospitalet, hvor jeg tænker, at der bliver der taget hånd om de ting, ik'”.*

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

Når Nina beskriver ikke at have behov for at have en særskilt viden indenfor LGBT-spektret, synes der ikke at være en anerkendelse af, at der kan være særlige problematikker vedrørende LGBT-personer, som kan være vigtige for at udføre en korrekt lægelig behandling. Lars pointerer manglende fagspecifik viden hos lægerne som værende et problem. Dette er også en af de barrierer der bliver fundet i rapporten *Danske LGBT-personers møde med almen praksis -udfordringer og muligheder* (Sexologisk Forskningscenter, 2019).

Man kunne måske tolke, at det kan ses som en lettelse for lægen ikke at skulle forholde sig til et tabuiseret og sensitivt emne ved, at man kan placere ansvaret for denne kommunikation andetsteds og derfor ikke behøver at føle, at man ikke gør sin pligt i forhold til at skulle initiere samtale vedrørende seksuelle emner.

Lars som er Hiv-smittet fortæller, at han ofte selv har gjort lægen opmærksom på, at han er Hiv-smittet, hvorefter han har oplevet, at lægerne allerede havde denne information, selvom de ikke havde ladet ham vide det. Han har således ofte måttet forvise sig om, at de har været klar over hans sundhedstilstand. I almen praksis oplever han at:

“ (...) der oplever jeg at jeg altså at, at der er langt større krav til mig som patient, om at få stillet de spørgsmål som jeg har, fremfor at det er lægens ansvar at få formidlet.”

Den tvivl der kan forekomme hos LGBT-personen om, hvorvidt den privatpraktiserende læge er opmærksom på vedkommendes særegenhed eller særlige problematikker (som f.eks. at være smittet med Hiv) kan ifølge Honneth have den effekt, at LGBT-personen ikke anerkender lægen som værende kapabel til at håndtere deres livsform og de dertilhørende problemstillinger. Dette gør, at mødet ikke kan blive anerkendende, da anerkendelse i en relation skal gå begge veje (Honneth, 1990)

Lars tror, at læger har berøringsangst for at bringe seksualitet ind i behandlingen, da det kan opfattes som udtryk for fordomsfuldhed. Lars mener godt, at lægen kan spørge ind til seksuelle praktikker og samtidig fortælle, at seksualiteten kan hænge sammen med sundheden og sundhedsrisici på forskellig vis, og at det dermed vil være vigtigt at kende til seksuelle praktikker ift. at være opmærksom i behandlingen. Lars vender flere gange tilbage til, at der er særlige sundhedsmæssige punkter, hvor LGBT-personer er mere udsatte [end personer som ikke tilhører LGBT-gruppen]. Hvilket også er det man finder evidens for i rapporten *Danske LGBT-personers møde med almen praksis -udfordringer og muligheder* (Sexologisk Forskningscenter, 2019).

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

Karoline som selv har erfaring med LGBT-spektret og som tidligere har arbejdet med certificering på LGBT-området og Lars fortæller begge, at de kender til historier om LGBT-personer som, grundet deres seksuelle praksisser, ikke får tilbudt de relevante tests for kønssygdomme, fordi lægerne ikke ved, hvilke kønssygdomme man kan få af disse seksuelle praktikker. Karoline beskriver også sit kendskab til, hvordan heteronormative antagelser om f.eks. relationskonstellationer mellem patienter og pårørende kan skabe akavede situationer for de implicerede parter i situationen. Karoline siger, at sådanne antagelser skaber en følelse hos patienten af ikke at blive set, hvilket skaber mistillid til systemet. Dette kan tolkes som mangel på anerkendelse i Honneths solidariske sfære. Det at relationskonstellationer ikke benævnes rigtigt, kan f.eks. ses som ringeagt og afvisning af homoseksualitet som værende ligestillet med heteroseksualitet. Derved skabes der en risiko for, at LGBT-personen lider skade på sit selvværd. Hvis man ser på krænkelser i den retslige sfære, kan ovenstående eksempler også ses som, at LGBT- personen bliver ignoreret eller er usynlig, og når mennesket ikke ”ses” med sine karakteristika som et fuldgyldigt medlem af fællesskabet, kommer det til at påvirke dennes subjektive selvagtelse og selvrespekt (Honneth, 1990).

Både Karoline og Lars beskriver, hvordan LGBT-personer selv skal være opmærksomme på egne diagnoser og behandling hos praktiserende læger, for at sikre sig, at de modtager relevant behandling. Det stiller, iflg. Lars, et større krav til patienten end til lægen. Lars har aldrig oplevet, at lægen har spurgt specifikt ind til hans seksualitet eller til ham som person. Dermed har han ikke oplevet, ud fra Frasers teori, at hans praktiserende læger har været opmærksom på hans særpræg som menneske eller som LGBT-minoritet (Fraser, 2001). Disse oplevelser synes at kunne forklare, hvorfor både Karoline og Lars ønsker at opkvalificere lægers viden om LGBT-gruppen specifikke problematikker. På samme tid viser begge udsagn også, at der er et ønske om et større fokus på det enkelte individ og minoritetsgruppens særpræg.

Karoline mener, at færre fordomme og flere spørgsmål vil kunne skabe et mere uproblematisk møde mellem LGBT-personer og sundhedsvæsenet. Hun siger, at hvis man som en minoritet mødes med respekt og forståelse, så gør det ikke noget at skulle forklare lidt mere som LGBT-person.

Ifølge Frasers teori om retfærdighed /anerkendelse af særpræg kan man argumentere for, at Karoline og Lars som begge har en LGBT-baggrund oplever ’anerkendelse af særpræg’ som socialt retfærdigt. Der opstår ofte et enten/eller valg, når der diskuteres social retfærdighed, vurderer Fraser (2001). Hun forklarer, at retfærdighed kræver både omfordeling og anerkendelse. Det ene uden den anden er ikke tilstrækkeligt. Hendes synspunkt er, at det presserende spørgsmål er hvordan man kombinerer

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

dem. Det er afgørende for den samlede ramme, at begge perspektiver er bygget på emancipatoriske aspekter. Det er iflg. Fraser (2001) ikke let at integrerer 'omfordeling' og 'anerkendelse' i en samlet ramme. Til det skal der udvikles en retfærdighedsopfattelse der rummer både krav om social lighed og krav om anerkendelse af forskel. Denne ramme kalder Fraser (2001) for 'deltagelseslighed'.

Nina fortæller om italesættelsen, at hun:

*“ (...) forsøger at skabe et ordentligt rum hvor alle føler sig velkomne uden at der skal være fokus på seksualiteten.” ... “Jeg tænker lidt at det, at det jeg prøver, det er ligesom bare at være åben, og bare lave et sikkert rum, hvor det ikke er sådan et..., altså hvor vi adresserer det, uden at det bliver sådan tabuagtigt, ik”*

Når Nina beskriver, at hun i sin konsultation tilstræber at skabe et trygt rum for alle uden fokus på seksualitet, kan det tolkes som om, at hun synes, at en retfærdig lægelig behandling er funderet på ligestillende og fuldstændig ens behandling. Iflg. Fraser bygger denne tilgang (hvor der forsøges at elimere forskelle) på en forståelse af, at omfordeling er socialt retfærdigt (Fraser, 2001).

Videre om italesættelsen af sexologi med patienterne siger hun efter at have pustet lidt anstrengt ud med sammenpressede læber:

*“Men altså, jeg er ikke stødt på nogen konflikter eller noget ubehag, omkring noget (...) i den tilgang jeg har haft, jeg har bare talt med dem, som...(.....) det er ikke noget der rør mig, men altså. Det må de jo selv om hvad de gør.”*

Her kan det tolkes som, at Nina anser det faktum, at hun ikke er fordømmende, som værende nok til at skabe et rum, hvor det så er LGBT-personens ansvar at opnå et møde der er fyldestgørende for dem. I et empowermentperspektiv vil det anses for at være en nyliberal tankegang, som lægger ansvaret tilbage på LGBT-personen uden skelen til, at der kan være omkringliggende strukturer der ligger til hinder for at det kan ske (Andersen, 2018).

Om dét faktum, at seksuelle forhold ikke italesættes i højere grad, siger Lars, at det er utrygt at bringe emnet på banen uden at vide, hvordan det bliver modtaget. Han har tidligere oplevet indirekte diskrimination fra en læge, da han ved en fejl så sit eget journalnotat hvor lægen (formentlig grundet manglende viden) kaldte det for "svineri" at Lars som (velbehandlet) Hiv-smittet, havde erhvervet sig en kønssygdom gennem ubeskyttet sex. I Honneths anerkendelsesteori kan det betegnes som en krænkelse af livsformer, at den privatpraktiserende læge i sin journalføring anførte, at Lars' seksuelle

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

udfoldelser ansås for noget svineri, på baggrund af at han var Hiv-smittet. Dette oplevedes af Lars som en stigmatisering af at være Hiv-smittet, hvilket bibragte en nedværdigelse af Lars' livsform, og han endte da også med at skifte læge (Honneth, 1990).

Lars siger om generel italesættelse af sexologiske tematikker at det:

*“ (...) ville give mig en tryghed, tror jeg. Hvis, altså både hvis lægen, var i stand til at tale om det på en fornuftig måde, men også at lægen, virkeligt viste at, vedkommende var min læge og det bliver vedkommende jo ved, at lære mig at kende.”*

Lars siger, at selvom han gerne selv vil dele informationer om sexologiske emner med hans læge, så kan det for andre føles utrygt, især hvis ikke man kender lægen, idet der er forskel på mennesker og hvor åbne de er omkring deres person.

Nina fortæller, at hun tror, at det kan “udgøre et grænseoverskridende felt” at skulle italesætte seksualitet som er meget personligt overfor læger, som man ikke kender. Især tænker hun, at det kan være et problem med italesættelse i de store lægehuse og regionsklinikker, hvor der er mange vikarer tilknyttet, og hvor patienterne tit ser forskellige læger og derfor ikke har et personligt forhold til den læge de ser. Det er tryghedsskabende, at man som læge har et kendskab til patienten.

Både Lars og Nina lægger vægt på, at kendskab imellem læge og patient skaber tillid og tryghed, og at dette er fundamentet for, at patienten kan få den rette behandling, da lægen kan spørge om de rette ting, og at patienten ”tør” være åben omkring intime problemstillinger og derved modtage den rette behandling.

I forhold til Frasers distributionsperspektiv, kan det overvejes, hvorvidt strukturering af læger i store lægehuse i virkeligheden er medvirkende til at skabe afstand imellem læge og patient og derved er en hindring for sundhedsfremme (Fraser, 2001).

### Kommunikation og italesættelse i samfundet

Lars oplever, at der i længere tid har været langt større fokus på patientoplevelsen af at være i behandlingssystemet og viden om egen behandling i hospitalsvæsenet end hos egen læge, og at dette har styrket kommunikationen på hospitalet, hvorimod det ikke opleves at være lige så vigtigt hos almen praktiserende læge.



Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

*”Det har man jo arbejdet, ved jeg ret bevidst, med i det offentlige system, at den her, den her patientoplevelse ik. Og øhm, det syntes jeg faktisk, at man kommer ret langt med,”*

Lars fortæller ikke om nogen nævneværdig forandring i det generelle billede af almen praktiserende lægers imødekommenhed. Det virker stadigvæk som et spørgsmål om held, at man får en god læge, og der er endnu brug for iblandt LGBT-personer at spørge hinanden til råds om hvilken læge man skal vælge.

*”Så var der jo også dengang læger som var mere imødekommende end læger, der var det modsatte. Men det vidste vi også godt,”*

Lars oplever og er bevidst om en udvikling af sundhedsvæsenet hen imod det åbne sundhedsbegreb. Han ser det bl.a. i form af inddragelse af subjekts oplevelse i mødet med hospitalsvæsenet, og at dennes ønsker og værdier inddrages i dette møde. Han oplever altså i stigende grad sin behandling med fokus på sine egne livsbetingelser. Disse forandringer oplever han dog ikke i mødet med almen praktiserende læger. Ifølge Lars omkredser behandlingen i dette møde fortsat det bio-medicinske syn på sundhed og de objektive sundhedsdefinitioner (Wackerhausen, 1994).

Lars udtrykker, at vidensdeling på området generelt går langsomt. Især går det langsom indenfor trans- og interkønområdet, hvor der på trods af ny viden, love og procedure stadigvæk ikke har været en udbredelse af viden som har ramt helt ud til de enkelte praksisser. Disse ytringer om manglende ændringer trods love og procedurer kan ligge til grund for det, som Honneth kalder for “kränkelsen af den retslige sfære”. Dette kan skabe en skævhed af de universelle rettigheder imellem LGBT-gruppen, og befolkningsmajoriteten, hvilken medfører en udelukkelse fra bestemte rettigheder samt en grundholdning til, at minoritetsgruppen ikke opfylder den moralske evne og troværdig (Honneth, 1990).

Karoline fortæller, at hun i sin embedstid inden for politik har oplevet en meget stor forandring omkring italesættelsen af LGBT-personer og deres særegenheder og behov. Hun beskriver, hvordan kolleger/politikere i starten generelt ikke vidste ret meget om denne gruppe mennesker, og en del havde også fordomme. I årenes løb har hun set en øget viden og mere fokus på denne minoritetsgruppe. Sågar har hun oplevet, at personer som har talt ilde om visse LGBT-grupper ved at blive oplyst helt skifter retning og udtrykker ønske om at skulle hjælpe den selv samme gruppe til at opnå større anerkendelse og lighed i sundhed. Hun beskriver derfor problemet som havende karakter af uvidenhed fremfor uvilje imod denne gruppe mennesker. Der kan argumenteres for, at der så småt

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

er ved at opstå intersubjektive betingelser. Det er den ene af de to betingelser der skal være opfyldt for "deltagelseslighed". Intersubjektive betingelser er institutionaliserede mønstre som udtrykker lige respekt for alle deltagere og sikrer lige muligheder for at opnå social agtelse. Samtidig udelukkes alle institutionaliserede normer der afskriver nogle kategorier af mennesker og de egenskaber, der er forbundet med dem, ved enten at tillægge dem overdrevne egenskaber eller ved undlade at anerkende menneskers særpræg. Hermed bliver disse menneskers status ikke fuldt gyldigt (Fraser, 2001).

Karoline fortæller at hun i sin embedstid inden for politik har oplevet en meget stor forandring omkring italesættelsen af LGBT- personer, deres særegenhed og behov. Hun beskriver hvordan kolleger/politikere i starten generelt ikke vidste ret meget om denne gruppe mennesker og en del havde også fordomme. I årenes løb ser hun en øget viden og mere fokus på denne minoritetsgruppe. Sågar har hun oplevet personer der har talt ilde om visse LGBT-grupper, som ved at blive oplyst, helt skifter retning og udtrykker ønske om at skulle hjælpe den selv samme gruppe til at opnå større anerkendelse og lighed i sundhed. Hun beskriver derfor problemet som havende karakter af uvidenhed fremfor uvilje imod denne gruppe mennesker. Ifølge NF kræver retfærdighed både omfordeling samt modsætningen hertil - nemlig anerkendelse. Med anerkendelse som tilgang forsøges at opnå anerkendelse af de særprægede perspektiver hos etniske, køns- og seksuelle minoriteter. Der kan argumenteres for, at der så småt er ved at opstå intersubjektive betingelser. Det er den ene af de to betingelser der skal være opfyldt for 'deltagelseslighed'. Intersubjektive betingelser er institutionaliserede mønstre som udtrykker lige respekt for alle deltagere og sikrer lige muligheder for at opnå social agtelse. Samtidig udelukkes alle institutionaliserede normer, der afskriver nogle kategorier af mennesker og de egenskaber, der er forbundet med dem - ved enten at tillægge overdrevne eller undlade at anerkende menneskers særpræg. Hermed bliver disse menneskers status ikke fuldt gyldigt (Fraser, 2001).

Videre fortæller Karoline, at en af de indsatser der er foretaget for at forbedre vilkårene for LGBT-personer er en workshop, hvor blandt andet ledende fagpersoner fra forskellige organisationer, hospitalsdirektører m.fl. blev inviteret. Workshopen omhandlede en vidensudveksling om LGBT-personers møde med sundhedsvæsenet, samt hvilke konkrete bud på tiltag der kan foretages for at forbedre praksis. Karolines oplevelser og udtalelser taler ind i den transformative opfattelse af empowerment med ønsket om en bio-psyko-social tilgang. Ved en sådan workshopdag skabes der med inddragelse af LGBT-fagpersoner en kritisk bevidsthed om netop denne gruppes behov. Dette understøtter og faciliterer en bevidstgørelse af LGBT-sundhed hos fagpersonerne og politikerne som

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

har deltaget på workshoppen. Disse tiltag kan både medføre en top-down såvel som bottom-up mobilisering i retning af videre ændringer inden for sundhedsvæsenet (Andersen, 2018). Deltagelse i workshoppen byggede på de inviteredes lyst og interesse i feltet og altså ikke et krav om deltagelse. Karoline fortæller, at hun ønskede, at det ville være et mere udstrakt tilbud, men at forhandlinger gjorde, at dette var udfaldet. Hun mener dog, at dette tiltag virkelig kan gøre en forskel, da hun oplevede, at mange af de deltagende havde fået et rigtigt godt udbytte af workshoppen:

*“ (...) og jeg tror, at det er sådan nogle ting, der kommer til at rykke noget. Øh, for der var virkelig nogle mennesker til, til det her eftermiddag workshop, som gik derfra med sådan en: 'Nå! Jamen, jeg skal bare spørge'.”*

Om anerkendelse af LGBT-personer fra læger, fortæller Nina:

*“ (...) men jeg tror at måske at den sådan nye generation af praktiserende læger er mere åbne over for det, end måske den ældre, men ikke dermed sagt at, altså, jeg kender da masser af skønne ældre praktiserende læger, som jeg ikke er i tvivl om vil være støttende, og gode ik', øh, men, men, men f.eks. ham jeg overtog fra, han, altså, jeg er ikke sikker på at han ville, men det er jo så bare min ide om at han var sådan ret stivnakket, øh, men, men det ved jeg jo selvfølgelig ikke. Jeg kan jo ikke svarer på hvordan han ligesom har, øhm...”*

Nina oplever, at der bliver en mere og mere udbredt anerkendelse af LGBT- personer, især iblandt de yngre læger. Dette kan underbygge, at der ses en forandring af den sundhedspraksis hvori lægerne indgår henimod at basere sig på en bred sundhedsforståelse, så den enkelte patients facetter og livsbetingelser er udgangspunktet for måden dennes sundhed defineres i mødet med den praktiserende læge. Altså vil det holistiske menneskesyn ikke blot være en notits, men faktisk skinne frem i den praktiske interaktion mellem læge og patient (Wackerhausen, 1994). Hun er dog usikker på, hvordan hun kan italesætte dette særpræg omkring seksualitet og køn uden at træde patienten over tæerne, og uden at patienterne vil opfatte det forkert.

De forskellige aktører giver alle sammen udtryk for, at der er mulighed for forandringer inden for sundhedsfremme ift. LGBT-personer. Der ses altså en tendens til, at det ikke er lige så tabubelagt som tidligere. Dog ses der fortsat en eksisterende barriere i henhold til hvordan disse særpræg skal italesættes i mødet mellem LGBT-personer og de almen praktiserende læger jf. rapporten om “Danske LGBT-personers møde med almen praksis” som tidligere er introduceret (Sexologisk Forskningscenter, 2019).

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

## Lægevalg - kan man vælge frit?

I det følgende afsnit vil vi udfolde aktørernes syn på hvilke muligheder der er for at vælge en egnet praktiserende læge.

Lars beskriver, at det for ham har været let at skifte læge. og at han har gjort det flere gange. Han mener dog, at nogle kan være begrænsede i deres lægevalg:

*“ (...) hvad jeg tror mange ikke ved, der er at man kan jo godt, selvom man får den der liste med læger, så siger de her er der ikke åben tilgang og så videre, så kan man altså godt søge den pågældende alligevel og så bliver man typisk accepteret. Jeg har aldrig nogensinde, når jeg har gjort det blevet afvist.”*

Karoline adresserer problemet vedrørende lægevalg ved, at der er stor forskel på, hvor let det er at skifte læge, både i forhold til at der er geografiske områder hvor antallet af læger er mindre, og at der er en generel mangel på alment praktiserende læger. I områder med mange praktiserende læger (f.eks. i København) er der større mulighed for at vælge læge frit, hvor det kan være sværere i yderområderne.

*“ (...) og så har vi jo faktisk også den udfordring, at vi jo faktisk har mangel på praktiserende læger, øh, så muligheden for at vælge en praktiserende læge til, er minimal”*

I Frasers teori om deltagelseslighed, som grundlag for retfærdighed, indgår forholdet, objektive betingelser. Disse har indflydelse på LGBT-personers uafhængighed og på at sikrer deres stemme. De objektive betingelser udelukker sociale ordninger, der institutionaliserer afsavn, udnyttelse og grove forskelle i formue, indkomst og fritid og derved at nægte nogle mennesker midlerne og mulighederne for at interagere med andre som ligeværdige (Fraser, 2001).

## Hvordan lægevalg foregår

I forhold til lægevalg virker det på Lars som om, at det er et lotteri, hvorvidt man får en læge, hvor LGBT-personer kan føle sig mødt og anerkendt. Der er en oplevelse af, at man lige så vel kan ende hos en læge, hvor man risikerer at føle sig stigmatiseret.

Lars fortæller, at på nuværende tidspunkt søger flere LGBT-personer information om, hvilke læger der er fordelagtige at gå hos, i forhold til hvor imødekomende de er overfor det at være LGBT-person. Dette foregår i de forskellige fællesskaber de færdes i, men især via sociale medier i de

forskellige grupper henvendt til LGBT-personer på f.eks. Facebook. Her søges der råd og vejledning i, hvem der er den gode læge. Lars beskriver, at LGBT-personer shopper rundt efter den læge der får den bedste bedømmelse, og at en del LGBT-personer er villige til at rejse langt efter den rigtige læge. Der ses altså en kollektiv empowerment-bevægelse internt i LGBT-gruppen, der sammen identificerer og stiller sig kritiske overfor de erfarede strukturelle årsager, der skaber marginalisering og nedsat sundhed hos denne gruppe. Denne kritiske bevidsthed kan bidrage til samspillet med en vertikal empowerment-proces, der yderligere bidrager til ændringer på makro-niveau og dermed ændringer i sundhedsvæsenet (Andersen, 2018). Det anses, at indenfor de læger der vurderes som gode, er der læger som er særligt fordelagtige at have i forhold til de forskellige seksuelle praksisser og kønsidentiteter på LGBT-spektret, f.eks. som homoseksuel mand eller transperson. Især homoseksuelle mænd vælger ifølge Lars en homoseksuel læge, da de bedømmes til at have den nødvendige viden på deres specifikke område:

*“ (...) vi hjemmecertificerer kan man sige. Ved at man på Facebook siger; hey er der nogen der kender øhh en transpositiv læge øhh f.eks. øh og så taler man frem og tilbage om det, og siger der er den, og den og den og hvis de ikke har tilgang, så den.”*

Karoline oplever, at LGBT-personer aktivt søger viden i forskellige grupper på Facebook om, hvorvidt almen praktiserende læger og andre der arbejder inde for det sundhedsfaglige felt opleves som LGBT-venlige af andre i gruppen, og at deres valg af læge bygger på dette.

Hun ser dog dette som problematisk, da det afskærer de personer der ikke er aktive i disse grupper eller på Facebook fra at få denne information, det ville være bedre at informationen var tilgængelig for alle. Dette er endnu en objektiv betingelse, der skaber ulighed (Fraser, 2001). Karoline siger om dette:

*“Øh, så, jeg tror tit LGBT+ personer i forvejen meget aktivt, øh, også i forhold til praktiserende læger, øh, søger dem som, som er gode og i dag foregår den her vidensdeling bare på nettet mellem hinanden.”*

Nina beskriver, at hun oplever, at mennesker med anderledes forhold vedrørende deres seksualitet også vil tendere til at flytte til de større byer, for at søge et fællesskab dér og derved også finder en læge i det område. Grundet dette møder lægerne i de større byer oftere LGBT-personer og har en større erfaring, og dermed også en større åbenhed i mødet med dem. Ud fra Ninas udsagn om at det er lægerne i de store byer der møder LGBT-personer, kunne det synes, at de har større erfaring for

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

at møde LGBT-personer end læger i mindre bosatte områder, hvilket i et retfærdighedsperspektiv laver en ulige fordeling af objektive betingelser (Fraser, 2001).

### Informationsmateriale

I det nedenstående vil der blive gennemgået, hvilken mening aktørerne har omkring det informationsmateriale der på nuværende tidspunkt er tilgængelig hos de alment praktiserende læger, om det opleves fyldestgørende, og hvem der har ansvaret for materialet så det er inkluderende for alle.

Lars beretter, at informationsmaterialet hos egen læge er af mere generel karakter, og at han slet ikke oplever, at der er materiale tilgængeligt der omhandler nogle af de LGBT-specifikke problemstillinger der er nødvendig at have viden om i forhold til som LGBT-person at kunne være opmærksom på eventuelle sygdomstegn.

*“Jeg har jo for eksempel aldrig oplevet hos min egen læge at se HIV relateret materiale bare. Øh eller materiale rettet mod mænd der har sex med mænd eller transpersoner eller. Det har jeg aldrig set ligge der”.*

Yderligere fortæller Lars, at bekendte homoseksuelle mænd, som har fået konstateret prostatacancer, efterspørger materiale rettet mod dem, da det de får udleveret udelukkende er henvendt til ciskønnede, heteroseksuelle mennesker.

Lars mener, at dette kan være med til, at nogle LGBT-personer kan komme til at føle sig fremmedgjorte, og at de kommer til at mangle essentiel viden der kan have en effekt på deres sundhed. Ud fra Fraser teori (2001) kan den måde som informationsmaterialet er udarbejdet på, være et billede på en ligestillings- og omfordelingsorienteret tilgang som henvender sig til alle patienter på tværs af køn eller seksualitet. LGBT- gruppen bliver ifølge Fraser her ikke anerkendt for deres særpræg.

I forhold til at der ikke forefindes tilstrækkeligt materiale der henvender sig til LGBT-personer, oplever han, at mange interesseorganisationer ikke tager opgaven på sig ift. at udstede det nødvendige informationsmateriale.

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

*”Det har også noget at gøre med om Kræftens Bekæmpelse f.eks. anser det at øh, at øh homoseksuelle mænd f.eks. har øget tendens til at få visse kræftformer og har noget som de [Kræftens Bekæmpelse] også har en forpligtelse til at omtale...”*

Han mener, at dette bl.a. er et spørgsmål om ressourcefordeling, og at en mulig årsag til det nuværende tilgængelige informationsmateriale hos lægerne er, at det kommer fra interesseorganisationer og patientorganisationer, som har forskellige magtpositioner og forskellige midler. Han mener, at det også handler om, at der er en blind plet, ift. at se nødvendigheden af at udarbejde sådan et materiale:

*” Samtidig handler det om, at de ressourcestærke organisationer ikke tager ansvar for at lave LGBT-relateret informationsmateriale ”.*

Her kunne man foranledes til at tænke, at spørgsmålet om ressourcefordeling i større grad også handler om magtfordeling, og at de store institutioner ikke prioriterer LGBT-gruppen. LGBT-gruppen er i Honneths retslige sfære kendt som ikke gyldig eller ligeværdigt medlem af samfundet. Denne marginalisering bevirker, at gruppen ikke ses og derfor ikke anerkendes de ressourcer der skal til for at være en ligeværdig del af samfundet (Honneth, 1994).

Karoline mener, at der skal stilles krav til regionerne om, at det oplysningsmateriale der bliver sendt ud skal være inkluderende, og at der skal stilles krav om, at det skrives ind i politikkerne, men at der også er nogle barrierer forbundet med at gøre dette.

*”Jeg tror i virkeligheden mest af alt det ikke sker, fordi at der ikke er nogen der ser det som så vigtig en opgave, at vi skal bruge tid på det lige nu i et presset sundhedsvæsen.”*

Karoline påpeger, at informationen ikke kun omhandler skriftligt materiale, eller materiale henvendt til LGBT-spektret, men at alle former for informationsmateriale generelt set skal være mere inkluderende også i forhold til f.eks. forskellige former for handicap og familiekonstellationer.

*”Men meget handler jo også bare om hvad det er for noget billedmateriale vi bruger, der giver et mangfoldigt billede af hvad vi egentlig er for nogle mennesker i denne region.”*

Både Karoline og Lars begrundet ikke-inkluderende informationsmateriale med, at de tror, at det er pga. manglende ressourcer. Karoline uddyber ved at tilføje, at hun tror, at det er fordi, at det ikke bliver set som en vigtig opgave at bruge tid på. Ud fra Karoline udsagn, antydes det, at det ikke opleves som ‘anerkendelse af særpræg’, når sundhedsvæsnet vælger ikke at bruge de sparsomme ressourcer på en inkluderende måde (Fraser, 2001). Yderligere i forhold til magtfordeling

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

kan det tyde på, at de organisationer og NGO'er der repræsenterer denne gruppe ikke er så store og økonomisk stærke, at de har gennemslagskraft i forhold til at påvirke de politiske processer. Som Andersen citerer Stabets for i Social- og specialpædagogik (2018), er empowerment udover den subjektive følelse af handlekraft også et spørgsmål om at ændre de samfundsmæssige magt- og ressourcefordelinger. Der ville derfor her være et potentiale for at udvikle empowerment i det objektive mulighedsrum for de grupper der repræsenterer LGBT-samfundet.

### Lægers sexologiske uddannelse i forhold til seksualitet og kønsidentitet

Herunder vil vi præsentere data om lægers sexologiske uddannelsesniveau på nuværende tidspunkt ifølge vores aktører, samt hvilke ønsker og forestillinger de forskellige aktører har omkring lægers sexologiske uddannelse fremadrettet.

Nina mindes ikke, at undervisning i sexologi har spillet en stor rolle eller fyldt meget på medicinstudiet, da hun i sin tid tog uddannelsen. Hun siger at:

*”Vi har sikkert haft noget om det. Det er ikke noget jeg lige sådan kan huske.”*

Hun fortæller, at den undervisning hun har fået på området, ikke har rustet hende til at rejse emnet med hendes patienter. Den viden hun gør brug af, er derimod tilegnet i praksis. Ninas udsagn beretter om et uddannelsessystem, som overdrager ansvaret for at opnå sexologisk viden og kompetence til at håndtere emnet til den enkelte læge. Nina giver udtryk for, at hun synes, at undervisning i hvordan man møder LGBT-personer, og hvordan man får dem til at føle sig velkommen, er vigtigt. Hun udtrykker et ønske om at vide mere om, hvad de LGBT-personer som hun møder i sin praksis, gerne vil have ift. hendes tilgang i deres møde:

*”Måske kunne man godt bruge sådan lidt mere sådan, hvad kunne, altså lidt mere information om hvad det er, de gerne vil have. Altså skal man adressere mere eller mindre? Eller? Eller hvad skal man, ikke?”*

Ønsket om viden vedrører at finde en balance i at tage relevante emner op, således at LGBT-patienter føler sig set og hørt ved, at emner vedrørende seksualitet og kønsidentitet bliver adresseret korrekt og på et relevant niveau, så der ikke er nogen der føler sig overset, og at der heller ikke skal være et for stort fokus på deres personlige forhold, da det ligeledes kan skabe en distance i den indbyrdes



Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

interaktion. Nina fortæller også direkte, at hun ikke selv har mødt nogle barrierer vedrørende samarbejdet med LGBT-patienter. Dog giver hun samtidig udtryk for, at:

*“Øhmm fordi øhmm jeg tænker, det vigtigste det er jo at man bliver klædt på i ... mødet med ... disse her patienter (...) øhmm og hvad der skal tages hensyn til, fordi ellers så ehh så altså så skal de. Så bliver de behandlet som alle mulige andre, altså, ik’? Til behandlinger og sådan noget ik’?”*

Der tegner sig en inkongruens imellem det faktum, at Nina ikke selv har oplevet barriere i samarbejdet med LGBT-patienter, men at hun samtidig anerkender, at hun ikke har tilstrækkelig viden ift. særlige hensyn til LGBT-gruppen i hendes praksis. Dette forhold kan betyde, at selvom Nina ikke selv har oplevet barriererne, så er der rig mulighed for, at hendes patienter som tilhører LGBT-gruppen i mødet kan have oplevet nogle af de barrierer som bliver oplyst i rapporten om “Danske LGBT-personers møde med almen praksis” (Sexologisk Forskningscenter, 2019).

Ninas ønske om at kunne give LGBT-patienter særlig behandling som er rettet imod de omstændigheder for sundheden som det indebærer at tilhøre LGBT-gruppen, taler ind i Frasers anerkendelsesbegreb. Mere præcist adresserer de særlige sundhedsomstændigheder for minoriteten behovet for at anerkende gruppens særpræg, hvilket Fraser ligeledes behandler i sin anerkendelsesteori (Fraser, 2001).

Derimod mener Nina ikke, at praktiserende læger behøver undervisning i detaljer omkring kønsskifte. Hun mener, at det er mindre vigtigt at få detaljeret information om, hvordan det foregår og hvad det indebærer, da det er noget, som de beskæftiger sig med på hospitalerne i forbindelse med kønsskifte og ikke ude i almen praksis:

*“Altså det har jo ikke noget med os at gøre, For os er det mere sådan øhmm hvad kan vi gøre for at øhmm for at gøre mødet bedre... og for at patienterne føler sig velkommen”*

I Ninas anskuelse af det lægerelevante fokus for kønskonfirmerende behandlinger, hviler hendes udsagn om det begrænsede område på et smalt og mere bio-medicinsk perspektiv fremfor det bredere bio-psyko-sociale sundhedsbegreb som tager hele patientens livsverden i betragtning for at kunne forstå og behandle relevant. For gruppen af LGBT-personer vil det (som det er beskrevet ang. sammenhængen mellem seksualitet og sundhed) være relevant at se på de givne sociale og kulturelle vilkår som kan give bio-psyko-sociale sundhedsmæssige konsekvenser, som lægen bør være opmærksom på.

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

Lars mener, at der på alle uddannelser hvor man uddanner personer til at indgå i samarbejde med borgere på forskellig vis bør indgå et element af sexologisk uddannelse. Han mener, at der skal være et obligatorisk element af fagspecifik LGBT-undervisning som en del af dette. Han understreger vigtigheden af, at der er tale om en til stadighed kontinuerlig uddannelsesproces, der skal være gennemgående i hele den professionelle arbejdslev, da der hele tiden opnås ny viden på området. Udformningen af kurset kan gøres på mange måder, men det er vigtigt at få en helt grundlæggende viden udbredt blandt de sundhedsprofessionelle.

I forhold til hvad aktørerne på feltet finder relevant for lægers sexologiske uddannelse samt hvilke strukturer der skal ligge til grund for uddannelsen, siger Lars, at det er vigtigt at medicinstudiet indebærer:

*” (...) et obligatorisk kursus. Øh i køn, kønsidentitet, øh seksuel orientering, seksuel praksis øh, diversitet, inklusion, altså du kan putte alle mulige begreber på. Øh men det handler jo om en helt grundlæggende viden. Øh og om diversiteten i køns, køn og kønsidentitet i seksuel praksis”.*

På medicinstudiet, skal det handle om de særlige problematikker, der gør sig gældende for LGBT-spektret. Det kompetenceløft hos de praktiserende læger, som uddannelsen kan bidrage med inden for dette område, vil ydermere hjælpe de praktiserende læger til at undgå at rådgive ud fra egne seksuelle erfaringer, men at kunne håndtere disse tematikker på en mere professionel måde. Lars siger:

*“ (...) sørge for at der er en grundlæggende faglig viden til stede, og det skal ikke være en sådan en personlig erhvervet viden. Det skal være en grundlæggende faglig viden”*

Karoline mener, at det kræver uddannelse af sundhedsfagligt personale samt administrativt personale for at kunne skabe sundhedsfremmende tiltag for LGBT-personer, da det er mangel på viden mere end vilje der forhindrer udførelsen af de sundhedsfremmende tiltag.

*”(...) altså, det er jo snakket med sygeplejersker om, at det er en rigtig svær samtale at tage med mænd der har sex med mænd øh hvis ikke du er uddannet i det. Og hvis du ikke ved hvad praksis er blandt mænd der har sex med mænd, jamen så kan du ikke tage den samtale på et fagligt højt niveau”.*

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

For at kunne løfte opgaven ud fra et relevant videns- og kompetencegrundlag er alle tre aktører enige om, at medicinuddannelsen i højere grad end på nuværende tidspunkt skal indebære et uddannelseselement ift. LGBT-sexologi. Dette kræver en ressourcemæssig omfordeling i uddannelsesstrukturen og uddannelsesindholdet for at kunne leve op til et niveau af viden, som kan skabe et anerkendende grundlag for læger at møde deres LGBT-patienter på, så de kendte barrierer fra rapporten om “Danske LGBT-personers møde med almen praksis” kan nedbrydes mhp. sundhedsfremmende for danske LGBT-personer (Sexologisk Forskningscenter, 2019).

Karoline ytrer i forlængelse af tematikken om omfordeling og omstrukturering, at udover at det er vigtigt, at denne uddannelse [i sexologi] både inddrages på basisuddannelsen på medicinstudiet, så mener hun også, at det bør være en efteruddannelsesmulighed til de fagpersonaler som allerede er færdiguddannet. Hun gør det ligeledes klart, at hun kun ser det som en positiv ting, at man gør noget for at specialiserer sig indenfor bestemte grupper:

*” (...) jeg tror i virkeligheden, at sundhedsvæsenet ville have rigtig godt af, at vi nogle gange specialiserer os lidt ned i nogle af de grupper, ikke kun specialiserer os efter øhm sygdomstype, men men også kiggede på hvad, hvad det er for nogle særlige problematikker, der er for de her specifikke personer med den her øh sygdom, altså f.eks. mænd der har sex med mænd, jamen så er der nogle særlige risikofaktorer”.*

Karoline ser en mulighed for at tilpasse sundhedsydelse bedre, hvis der er en bredere viden om de patienter man sidder overfor, og dermed understreger hun sin oplevelse af nødvendigheden for specialviden.

Som en barriere for den videreuddannelse eller specialisering som hun ud fra omfordelingsprincippet efterspørger, siger hun, at hun oplever, at nogle af hendes politikerkolleger (især dem der er uddannet indenfor sundhedsfag) har en opfattelse af at sundhedsfaglige allerede er inkluderende og anerkendende i deres kommunikation, og derfor ikke behøver mere viden om hvordan en specifik gruppe kommer til at føle sig mødt, da sundhedspersonale allerede er uddannet til at have en kommunikation der inkluderer alle.

## Ansvar for forandring

Det følgende afsnit omhandler, hvordan de tre aktører forholder sig til placering af ansvaret for forandringsskabelse på feltet, og dermed også til hvilke aktører der er relevante at inkludere i udviklingsarbejdet.

Karoline fremhæver, at det er politikkerne der har ansvaret for f.eks. sprogbruget i praksis og udformningen af informationsmateriale, og at dette er vigtigt at prioritere. Det mener hun bør være en prioritet på trods af sygeplejestrjke, Coronapandemi og sundhedsvæsenet som "vælter lige nu". Der skal stilles krav til sundhedsvæsenet. Dog er dele af sundhedsvæsenet blevet bedre, synes hun, f.eks. på fertilitetsklinikker, fordi de er nogen der løbende har kontakt med denne patientgruppe. Må disse klinikker mener hun, at der bruges et aktivt sprogbrug, og dette letter de barrierer der måtte være.

Til spørgsmålet om hvem der har ansvaret for at der skabes en ændring af sprogbrug, angiver Karoline, at det er politikerne der vil kunne indskrive det i de forskellige politikker. Det kunne være et krav om, at alt oplysningsmateriale skal være inkluderende. Hun mener ikke, at det er superbesværligt, det skal bare skrives om og gentænkes. Grunden til at det ikke sker, er iflg. Karoline, fordi der ikke er nogen der ser det som en vigtig opgave i et presset sundhedsvæsen:

*"Det er jo en kommunikationsopgave i virkeligheden, men, men, men større er det jo ikke. Jeg tror i virkeligheden mest af alt det ikke sker, fordi at der ikke er nogen der ser det som så vigtig en opgave, at vi skal bruge tid på det lige nu i et presset sundhedsvæsen."*

Karoline er dog fortsat, på trods at det nuværende forandringspotentialer i og med at feltet bliver italesat i langt højere grad, slet ikke i tvivl om at der vil være politiske modstandere.

*"(...) der ville være nogen der vil mene, at det ville være en del, så'n af, øh, identitetspolitikken og at det ville være at fremme de identitetspolitiske, øh... Interesser og, og gøre det her, og at samfundet nu engang er som det er, og, du ved, at der er 2 køn og.... Helheden der så'n, øh, holdning, så der vil helt klart gøre noget, noget modstand mod det (...)"*

Ifølge Lars, er det både et politisk og lægeligt ansvar at skabe en forandring. Han argumenterer for, at det er ligesom hastighedsbegrænsningerne på motorvejen. Det er politikkerne der sætter reglerne, og så er det lægens ansvar at overholde disse regler, samtidig med at de udmønter lovgivningen.

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

Lars og Karoline udtrykker begge med deres udsagn, at politikerne er ansvarshørende for, gennem kommunikationsopgaven med udformning af informationsmateriale som er målrettet til LGBT-personer og indskrivning af retningslinjer for sprogbrug i de forskellige politikker, at skabe en ændring på området. Det politiske niveau for ændringer der kan sikre anerkendelse, er ifølge Honneth den retslige sfære af anerkendelse. Den retslige anerkendelse er ud fra lovgivninger med til at påvirke samfundsmæssige holdninger, og dermed kan en lovmæssig ændring understøtte holdninger og handlinger i alle de tre sfærer som Honneth arbejder med, og derigennem understøtte individet i at udvikle og opretholde sin identitetsfølelse som forudsætning for at kunne leve et lykkeligt liv (Honneth, 1994).

Gennem politisk lovgivning vil uligheden ydermere udlignes ift. nuværende tidspunkt, hvor ansvaret for fokus og forandring i høj grad ligger hos foreningerne og dermed bestemmes af foreningernes indflydelse ud fra størrelse og ressourcer.

## Certificering

I interviewene blev et certificeringsforslag brugt som et redskab til at høre aktørernes meninger om hvilke forandringspotentialer der ses i mødet mellem LGBT-personer og almen praktiserende læge. Karoline har selv tidligere arbejdet med muligheden for en eventuel, frivillig certificering af de almen praktiserende læger igennem sit politiske virke. Lars nævner selv tidligt i interviewet, inden emnet tages op af interviewer, at han er mistænksom overfor ideen om en certificering.

Lars er bekymret for, om en LGBT-certificering vil blive en one-size-fit-all, løsning og et gummistempel:

*“Ja men det kommer fuldstændigt an på hvordan det bliver udformet ik. Jeg, jeg, jeg tror man vil stille sig meget tvivlsomt an overfor en certificering der øhh... der altså, punkt et one time, one size fits all, som er en engangsforestilling.”*

På denne måde problematiserer han, på samme måde som Fraser (2001), at selvom 'omfordeling' er 'forskelsvenligt', så inkluderer det ikke patientens særpræg.

I det nedenstående udfoldes aktørernes meninger omkring implikationerne vedrørende en LGBT-certificering af alment praktiserende læge.

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

Det er vigtigt, iflg. Karoline, at der skabes et samarbejde med Praktiserende Læges Organisation først (før en eventuel certificering udrulles), da det traditionelt set er svært at samarbejde med lægerne. Ligeledes understreger Nina at det, ift. udformning af en evt. certificering og lægers deltagelse heri, skal tænkes igennem, hvad man vil have ud af det, og at deres deltagelse skal gøres i et regi hvor det giver mening, og foreslår også Praktiserende Lægers Organisation:

*“(...)så det skal man tænke igennem, at det ikke skal være for meget, hvad er det man vil have ud af det ik’”*

Det skyldes, at de som læger, skal varetage mange interesser i deres lægeklinik, forklarer Nina.

Ud fra Karoline og Ninas udtalelser, tyder det på, at for at skabe en forandring hvor LGBT-personer har mulighed for at forbedre deres livssituation og skabe en positiv forandring, skal de i forhold til den objektive dimension i et empowerment perspektiv, sørge for at de Praktiserende Lægers Organisation er inddraget for at sikre, at der er en vekselvirkning mellem den objektive dimension og den subjektive dimension (Andersen, 2018).

Lars har følgende betragtninger omkring deltagende aktører i informationsteamet og i udformningen af certificeringen. Helt grundlæggende synes han, at selve udformningen af en certificering skal være i samarbejde med NGO'er, og der skal være brugerinddragelse:

*“Jeg tror også at man ville stille sig ret kritisk overfor noget, der ikke har, i hvert fald i udformningen, at det inddragede LGBT+ organisationerne og dermed fået fyldt på af viden derfra de NGO'er der arbejder på det her felt. Øh og, og inddragede brugere i det hele taget i udformningen af sådan en uddannelse.”*

Derudover mener han, at der skal være et korps af praktiserende læger som har viden og adgang til den nyeste viden, og som løbende informerer de andre praktiserende læger:

*“Det skal være et opfølgende kursus med et eller andet år imellem, hvor man kommer ind og får opfrisket sin viden. Øh ikke bare opfrisket, men også fornyet sin viden”.*

Derudover mener Karoline, at en certificeringsordning ville kræve en lang indfasning. Det er ikke noget man bare gør i løbet af 1-2 år. Det kræver noget arbejde i 5-10 år. Derudover har hun erfaret, at der vil være nogle ronkedorer (hanelefanter), som man politisk skal acceptere vil komme til at opgive deres praksis uden at have taget en LGBT+ certificering. Derfor er det mere realistisk med en lang indfasning. Hun pointerer, at dette er noget hun siger fra hendes politisk virke, men hvis hun

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

tager sin interesse-organisations-kasket på, så ville hun synes, at det tog alt for lang tid. Dog mener hun, at man er nødt til at se på, hvad der reelt er muligt i et forsøg på ikke at skabe en for stor afstandtagen til en certificering som tiltag. Dette begrundes hun med, at der rent organisatorisk og fagligt kommer til at være nogen som skubber det væk og som er mere villige til at tage en bøde, (eller hvad man kan finde på) for ikke at tage certificeringskurset. Det kræves altså en prioritering af tid og ressourcer for alle aktører, hvis der skal skabes en forandring.

På samme måde stiller Fraser (2001) i sin teori, spørgsmålet: Hvordan kan der skabes en fælles ramme hvor 'omfordeling' og 'anerkendelse af særpræg' er integreret, eller om det er to modstridende 'størrelser'? Karolines udsagn må forstås som en måde at gøre plads og have forståelse for ronkedorer, samtidig med at der skabes en subjektiv dimension og forandringsmulighed til LGBT-personer. Det kan tolkes som et forsøg på at skabe en fælles ramme for 'omfordeling' og 'anerkendelse af særpræg'. Herved skabes der et en mulighed for kollektiv mobilisering (Andersen, 2018). I Andersens empowerment perspektiv er det vigtigt at indtænke præmisserne for forandring på alle samfundsmæssige niveauer, og at alle niveauer skal indtænkes for at kunne sættes gang i den organisatoriske transformative forandring. I forhold til ressourcer og tid stiller Nina sig skeptisk overfor, at læger skal medvirke på kurser ift. en evt. certificering pga. begrænset tid, og hun udtrykker en bekymring for, at for mange kurser på området ikke vil have en interesse for de privatpraktiserende læger, da de allerede går på rigtigt mange kurser:

*"... Det er jo også begrænset hvor meget tid vi har til at rende på alle mulige kurser, ikke?"*

Det er altså væsentligt, at det indtænkes på meso- og makro-niveau, at der skal være tid og ressourcer hos alment praktiserende læge, for at de vil gøre brug af en evt. certificering.

Nina synes, at en certificering er en god tanke, og at det ville være godt for patienterne, at der bliver indført en certificering. Hun tænker ikke, som nævnt i ovenstående afsnit, at der vil være egentlige modstandere inden for lægerne som faggruppe:

*"Altså jeg tænker da at for patienten kunne det da være godt at hvor nu at man flytter til en eller anden by, at man tænker okay men hvor øhmm.. Ehh.. Hvor.. Ehh.. Hvor har man tænkt sig noge.. Altså hvor har man gjort sig nogle tanker om dette her altså i det mindste..."*

Lars er af den overbevisning, at det er en fordel med en certificering, hvis den er en kontinuerlig indsats og indeholder et element af vidensdeling om behandling af LGBT-personer.

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

Lars synes, at der burde være grundlæggende uddannelse på LGBT-området på medicinstudiet omkring kønsidentitet, seksuel orientering, forskellige begreber og grundlæggende viden. Med dette mener Lars også, at uddannelsen bibringer det vigtige i, at lægers LGBT-viden ikke bliver privat erhvervet viden, men reel faglig viden. Her taler Lars ind i Wackerhausens åbne sundhedsbegreb (1994) og efterspørger mere end blot et holistiske helhedssyn og en 'sundhedsrelativistisk' tilgang til ham og hans evt. sygdomme. Det kan forstås ud fra hans udsagn, at han efterspørger reel faglig og specialviden, hvor der er en opmærksomhed og en anerkendelse af hans særpræg som menneske og LGBT-person (Fraser, 2001).

Til spørgsmålet om det vil være realistisk at LGBT-personer vil orientere sig ift. en LGBT-certificering, svarer Lars på følgende måde:

*“100 %. Det gør vi jo allerede kan man jo sige, uden en certificering.”*

Karoline er af samme opfattelse og svare nogenlunde entydigt med Lars:

*” Jeg tror tit LGBT+ personer i forvejen meget aktivt, øh, også i forhold til praktiserende læger, øh, søger dem som, som er gode og i dag foregår den her vidensdeling bare på nettet mellem hinanden.”*

Lars beskriver, hvordan han selv skal være opmærksom på sine diagnoser og behandling hos praktiserende læge, hvorfor han går ind for en obligatorisk LGBT-certificering til praktiserende læge. På nuværende tidspunkt, siger han, stilles der et for stort krav til patienten, frem for lægen:

*“Den gode side ved det er jo at, at øh vi forhåbentligt får spredt noget viden øh. Og generelt får opkvalificeret vore læger og vores sundhedspersonale ude i de, i, i, i lægepraksisserne, sådan at det bliver tryggere for patienten. Og man for mere opmærksomhed på hvad det er for nogle problematikker vi står med som LGBT+ personer.”*

Karoline Vind blev spurgt til, om det vil kunne komme til at skabe en marginaliseret gruppe, ved at etablere en certificering. Hun tror ikke, at en certificering vil skabe en marginalisering, da hun mener, at sundhedsvæsenet vil have godt af at blive specialiseret i forskellige grupper og ikke kun i sygdomstyper. Hun nævner, at der allerede er specialindsatser for andre grupper som f.eks. socialt udsatte. En certificering vil kunne skabe et fokus på en særlig gruppe med særlige problemstillinger. Hun tænker også, at det vil hjælpe nogle sundhedsprofessionelle på vej til at se de udfordringer der kan opstå. Ovenstående udsagn synes at kunne forklare, hvorfor både Karoline og Lars ønsker en



Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

certificering, der kan opkvalificere lægens viden om LGBT-gruppen specifikke problematikker. På samme tid viser deres udsagn også, ud fra Frasers 'anerkendelse af særpræg' (2001), at de har et fokus på minoritetsgruppens særpræg i ønsket om en mere social retfærdig behandling.

Ifølge Karoline kan en certificering være et Københavnerforslag, hvis det er en frivillig certificering (primært til Region Hovedstadens område), og at det vil være et mindre virksomt tiltag, hvis du bor i Jylland. Des mindre befolkede område du er bosat i, des mindre chance er der for, at du kan vælge din læge selv.

Ydermere argumenterer Lars for, at en certificering kræver løbende kontinuerlig uddannelse af både sygeplejersker, klinikassistenter og andre i praksis. Han er bekymret for, at det kan udhule certificering, hvis det kun er den almen praktiserende læge der bliver undervist. Derudover er det også problematisk, hvis der ikke er fortløbende uddannelse. Det vil kunne komme til at blive et "gummitempel", hvis det er en "en gangs-uddannelse".

Der er allerede etableret et informationsteam i LGBT+ Danmark. Her er det NGO'er der tager ud for at undervise. Det er iflg. Karoline, vigtigt at disse underviser er uddannet til dette, da det kan være hårdt for LGBT- personer at udfører denne slags undervisning, uden at være klædt på til opgaven.

Nina vurderer, at et informationsteam skal forankres i f.eks. Praktiserendes Lægers Organisation (PLO), da det er dem der har overblikket over hvor begrænset tid de som praktiserende læger har til kurser. Hun synes, at man skal tænke over, at det ikke skal tage for meget tid, at man ved hvad man får ud af det, og at det er vigtigst, at lægerne bliver klædt på til selve mødet med denne patientgruppe. Ud fra ønsket om at et informationsteam skal forankres i PLO, ses der en tendens til at de muligheder som LGBT-personerne har for at forbedre deres situation og danne en positiv forandring, er ved at inddrage mikro- og makroniveau: lægerne, PLO og politikkerne. Der kan ikke ske en kollektiv mobilisering, hvis der kun bruges en regelret 'bottum-up' tilgang (Andersen, 2018).

### Ønsker for fremtiden

I dette afsnit vil vi udfolde aktørernes fremtidsvisioner for LGBT-personers møde med almen praktiserende læger. Vi har valgt ikke at fortolke disse udsagn med teori, med at lade aktørerne selv formulere egne ufiltrerede utopiske visioner for fremtiden som en afrunding på resultatafsnittet.

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

Lars kunne godt tænke sig, at der blev spurgt mere ind til seksualitet, hvis det er relevant ift. det man går til den praktiserende læge med. Videre kunne han godt tænke sig, at lægerne er villige til at sætte sig ind i deres patienters forhold, og at LGBT-personer kan møde lægen i et anerkendende fordomsfrit miljø.

Karoline har følgende ønske for fremtiden for LGBT-området både som politiker og som LGBT-person; at det fordomsfri møde vil komme som en ren naturlighed, uden at der er brug for ressourcepersoner eller uddannelse til at lære personalet, hvordan man håndterer forskellige mennesker:

*”Så sådan rent ideelt, så når vi når et punkt hvor at det ikke er nødvendigt og have specificeret LGBT+ øh, noglepersoner ude på hospitalerne, men, hvor det bare er en aktiv del af vores samtale, at der findes mennesker med en anden seksualitet og anden kønsidentitet, og at når vi er i tvivl, så spørger vi, i stedet for bare at antage, øh, og vi er bedre til når vi så tager fejl, øh, jamen, så er vi bedre til at tage den på vores kappe, øh, og sige, jamen, det er simpelthen min fejl. Det beklager jeg. Siger det rigtige navn, bruger det rigtige pronomen og så komme videre derfra.”*

## Diskussion

I det følgende diskussionsafsnit vil vi belyse områder af projektet gennem inddragelse af anden teori end de præsenterede hovedteorier. Vi vil ydermere diskutere, hvilke barrierer og strukturelle problemer, som vi igennem vores data og fortolkning har fundet ift. at gennemføre forandringer og løsninger på problemfeltet.

## Italesættelse

Et tema som optræder i rapporten “Danske LGBT-personers møde med almen praksis – udfordringer og muligheder” i relation til flere af de beskrevne barrierer i rapporten er manglende kommunikation, hvilket ligeledes er et stort tema i indeværende projekts genererede empiri (Sexologisk Forskningscenter (2019)). Den manglende kommunikation mellem sundhedsfaglige og patienter er ikke et ukendt problem, og i sexologen omtales dette som “tovejstabet”. Tovejstabet er en gensidig tabuisering af sexologiske forhold, som ifølge Møhl et al. (2019) ofte opstår i mødet mellem patienter og deres alment praktiserende læger. Årsagerne til denne dobbelt-tabuisering er ifølge Møhl, Graugaard og Giraldi usikkerhed, blufærdighed eller misforstået hensyntagen. Møhl et al. (2019)

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

siger videre, at talrige studier har *“påvist et gedigent misforhold mellem patienternes ønsker og behandlernes faktiske initiativer”* ift. klinisk-sexologiske tiltag i sundhedssektoren (s. Møhl et al., henviser til et studie af Rundblad et al. fra 2017 som har afdækket barriererne for danske fagpersoner ift. at tale om seksuelle emner med deres patienter, og dette viser følgende barrierer: *“manglende viden og færdigheder”* (79%), *“manglende tid”* (67%), og *“følelsesmæssigt ubehag ved seksuelle emner”* (50%). Møhl et al, beskriver i forlængelse heraf om yderligere begrænsende faktorer for kommunikationen:

*“Endelig opleves LGBT+-personer med en alternativ kønsidentitet eller seksuel livsstil som en særlig kommunikations udfordring af mange sundhedsprofessionelle.”*

(Møhl et al., 2019).

Den manglende kommunikation om seksuelle forhold kompromitterer ifølge Graugaard et al. (2006) (udover muligheden for at kunne indhente en fyldestgørende anamnese ud fra et bio-psyko-socialt grundlag) også den gode terapeutiske alliance med patienten hvor (faglig) nysgerrighed, åbenhed og dialog er vigtige redskaber for den sundhedsfaglige. Den kompromitterede relation som mangel på italesættelse af sexologien taler direkte ind i den tryghed som Lars efterspørger i forhold til at egen læge kender til ens person. Han siger ligefrem, at:

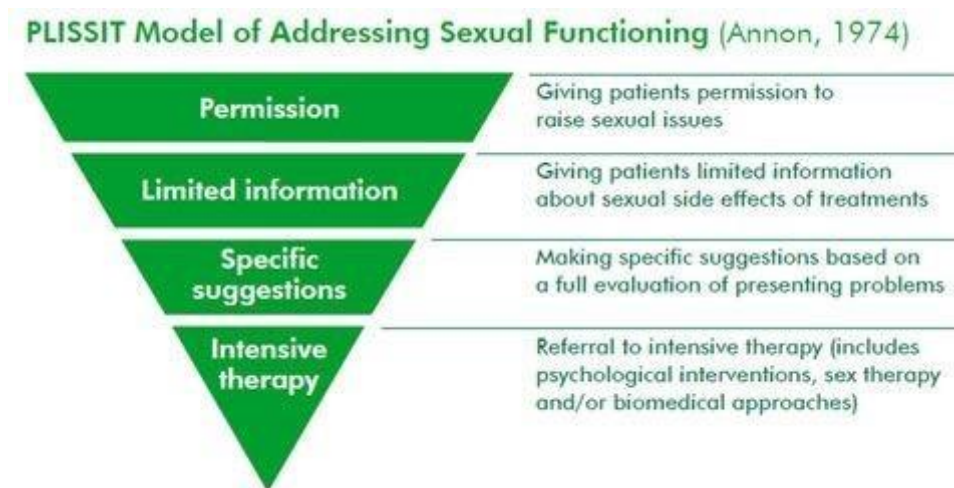
*“Det ville give mig en tryghed, tror jeg. Hvis, altså både hvis lægen, var i stand til at tale om det på en fornuftig måde, men også at lægen, virkeligt viste at, vedkommende var min læge og det bliver vedkommende jo ved, at lære mig at kende.”*

Karoline understøtter Lars i, at den relationelle forbindelse er vigtig og siger, at når man føler sig tryk i relationen, vil der være større villighed til at dele intime informationer som LGBT-personener. For at skabe tryghed, skal lægen formå at være anerkendende og fri for stigmatiserende normer og antagelser. Det vil lægen igen være mere tilbøjelig til at være ved at kende sin patient.

Den mest velkendte og benyttede model i den kliniske sexologi er PLISSIT-modellen, som er et værktøj til, hvordan sundhedsfagligt personale kan italesætte og tillade seksualitet i mødet med patienten. Modellen ses illustreret herunder. Den er udviklet i 1976 af den amerikanske psykolog Jack S. Annon, og er en trekantet model der er inddelt i fire lag. Dette første trin i modellen er P’et i PLISSIT, som står for *“Permission”* og handler om den blotte accept af emnet seksualitet gennem en italesættelse og at skabe et trygt rum for patienten, hvor der må tales om seksualitet og kønsidentitet (naturligvis uanset køn og seksuel orientering). P’et udgør det største lag, og dette symboliserer, at

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

langt de fleste temaer om seksualitet kan løses her, og at italesættelse i sig selv ofte vil være en tilstrækkelig hjælp. "LI" står for "Limited Information" og er det næststørste trin i trekanten, og her kan ligeledes den blotte samtale fungere som "ventil" og accept for patienten samtidig med, at sundhedspersonen kan give basal information eller rådgivning. SS står for "Special Suggestion", og her kan man på baggrund af sin faglighed komme med mere specifikke løsnings- eller copingforslag. Alle sundhedsfaglige kan arbejde på de første tre trin af modellen. Det fjerde og sidste lag i modellen, "IT" eller Intensive Therapy, som er egentlig samtaleterapi, og som tilbydes patienter med alvorlige problemer varetages af psykoterapeutisk specialuddannet personale (Møhl, Giraldi & Graugaard, 2019).



(Psychiatryadvisor, u.å.a).

Vi foreslår, at PLISSIT-modellen indgår på basisuddannelsen i medicin, og også at der tilbydes efteruddannelse til uddannede læger i modellen for at understøtte lægen i italesættelsen af sexologi. Det er ifølge Laursen & Højgaard *altid* lægens ansvar at invitere til den sexologiske samtale og således bryde tovejstabet (Laursen & Højgaard, 2019). Derved kan PLISSIT understøtte lægen i at imødekomme patienternes ønske om italesættelse og behandling på sexologiske områder. Uddannelsen må ifølge vores aktører også både på grunduddannelsen og efteruddannelsen indebærer specifik viden om LGBT-gruppens særpræg. Dette er essentielt, da relationen ikke kun bærer præg af kommunikationsmangel og anerkendelse men også grundlæggende sundhedsfaglig viden om de sundhedsrisici som der skal være særlig opmærksom på ved behandling af LGBT-personer.

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

## Samfundsændring

Ved efterspørgsel af praktiserende læger til deltagelse i vores projekt oplevede vi en lav tilbagemelding. Yderligere ville en adspurgt læge ikke deltage efter at have læst vores utopiske certificeringsforslag. Ud fra dette ansføres en vis modstand fra lægernes side enten ift. åbenhed for evt. nye tiltag på dette område, regulering af arbejdsgange inden for deres praksis eller blot en nysgerrighed på området. Den medvirkende lægefaglige aktør stiller sig også kritisk, da denne mener, at mødet med patienter altid tager udgangspunkt i patienten. Derudover nævnes en kritik over for evt. nye kursustiltag af den lægelige aktør ud fra den begrundelse, at denne oplever for meget tidspres. Ifølge Fraser kan det i forhold til at sundhedsvæsenet på nuværende er presset, og at LGBT-gruppen ikke anerkendes for sit særpræg, være et billede på den diskrepans der eksisterer i spørgsmålet om, hvad der er retfærdigt. Findes uretfærdigheden i manglende anerkendelse af LGBT-gruppens rettigheder, eller kan anerkendelsen og den økonomiske omfordeling i forhold til denne gruppe siges at være en uretfærdighed imod det hele sundhedsvæsen på bekostning af et samlet hele og deraf alle patienters rettigheder? (Fraser, 2001). Sidstnævnte kunne være en forklaring på, at nogle politikere ikke afsætter midler til at inkludere denne gruppe (Wackerhausen, 1994).

Udenrigsministeriet udstedte under regeringen ”Handlingsplan til fremme af tryghed, trivsel og lige muligheder for LGBTI-personer” i perioden 2018-2021 (Regeringen, 2019). Dermed manifesterede de deres politiske standpunkt ift. visioner om ændringer hen mod LGBTI-personers ligeværd og lige muligheder som den øvrige baggrundsbefolkning besidder. Dog undrer vi os over, hvordan denne er blevet forvaltet i praksis og om den er forvaltet i praksis, da vi ikke kan finde dette dokumenteret. Vi kontaktede Udenrigsministeriet, Ligestillingsministeriet samt Sundhedsministeriet for at få en afklaring på dette, men har ikke modtaget noget svar fra deres side til trods for, at det på forhånd blev os garanteret. De forskellige medvirkende aktører taler alle for, at der er en ændring undervejs i forhold til at sundhedsvæsenet bevæger sig hen mod et mere åbent sundhedsbegreb, hvilket også ses i den førnævnte Handlingsplans visioner (Regering, 2019). Til trods for dette kan der i vores empiri fortsat genfindes de barrierer som er afdækket i rapporten “Danske LGBT-personers møde med almen praksis - udfordringer og muligheder” fra Sexologisk Forskningscenter (2019).

Sundhedstilstanden er fortsat dårligere/forringet hos LGBT-personer end hos baggrundsbefolkningen - hvorfor? Aktørerne, Karoline og Lars er tydeligvis af den overbevisning, at kun anerkendelse af denne gruppes særegenhed, og derved særlige foranstaltninger for dem, vil kunne give dem fuld deltagelseslighed, og derfor bør der være et retmæssigt krav om retfærdighed. LGBT-gruppen er

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

således blevet misframmet, måske på baggrund af fordomme, i et sådant forhold at de ikke længere har en gyldig stemme i forhold til de politiske krav, der faktisk ses nødvendige for at skabe en positiv ændring.

Ovenstående taler for dialog mellem Praktiserende Lægers Organisation, politikere samt LGBT-fagpersoner for at fremskynde processen mod et mere inkluderende og ligeværdigt sundhedssystem.

### Certificering/specialviden

I vores fortolkning ses der oppositionelle meninger om, hvorvidt en evt. certificering eller undervisning i LGBT-specifik viden skal være obligatorisk eller ej. Selv de enkelte aktører, kommer ikke med en klar udmelding om hvorvidt de positionerer sig for eller imod et obligatorisk tiltag. Deres divergerende begrundelser viser, at dette er en problemstilling der ikke løses let og ligetil, hvilket Fraser problematiserer i hendes spørgsmål om, hvorvidt det er muligt at skabe en fælles ramme i spørgsmålet om retfærdighed. Spørgsmålets kerne er reelt, hvad er det der skal til for at der sker en forandring? Giver et obligatorisk krav for meget modstand, eller giver frivillighed for mange der afviser tilbuddet om denne viden og kunnen?

Lars påpeger, at uddannelse inden for feltet skal være obligatorisk, da det ellers giver læger anledning til ikke at påtage sig det ansvar der ligger i at have fagspecifik viden på området. Samtidigt udviser han en bekymring for, at en certificering vil blive misbrugt til proformativt at vinge en problemstilling af i et afkrydsningsskema, uden at der reelt sker en forandring i praksis, hvorfor en evt. certificering skal ske på frivillig basis. Lars udtrykker derfor, at forandring sker bedst, hvis den kommer af et subjektivt ønske om, at denne forandring skal finde sted, men han lader ikke til selv at tro at alle læger har det ønske.

Lars` fortælling om LGBT-personer der allerede laver en form for selvcertificering tyder dog på, at der er en gruppe af marginaliserede mennesker der har et behov som ikke på nuværende tidspunkt bliver imødekommet af sundhedsvæsenet. De LGBT-personer der på nuværende tidspunkt formår at selvcertificere, formår i et empowermentperspektiv at grupperer sig og drage nytte af deres interne fællesskaber, og her udviser LGBT-gruppen deres egen subjektive form for empowerment. Disse fællesskaber er dog ikke inkluderende for alle LGBT-personer, og således risikerer de personer der ikke er inkluderet f.eks. på Facebook, ikke at få en lige så anerkendende behandling. Der er således

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

brug for, for at lave transformativt empowerment, hvilket vil sige, at også de ydre strukturelle rammer skal sættes op, så de understøtter LGBT-gruppens egne initiativer.

Karoline ser samme problematik i forhold til, at LGBT-personer selvcertificerer. Hun ser det som af høj vigtighed at udbrede viden på feltet. En af de ting hun fremhæver som værende en succes for at udbrede viden var den workshop som blev afholdt en enkelt gang. Lars lægger af flere omgange vægt på, at enkelte kurser for de sundhedsprofessionelle ikke er nok, så det er tvivlsomt, om han vil finde workshoppen lige så succesfuld som Karoline. Man kan måske argumentere for, at en workshop alligevel kan være positiv, da der også var politikere med ved afholdelsen, og at de ikke har brug for en lige så kontinuert og specialfaglig viden, som Lars efterspørger, at det sundhedsfaglige personale skal have. Men ved at politikere bliver oplyste på workshops (eller lignende) omkring LGBT-gruppen som minoritet, så får LGBT-gruppen plads i deres bevidsthed og de holder op med at være usynlige jf. Honneths krænkelser af retslig sfære (Honneth, 1990). Derved får gruppen en større chance for en andel i de rettigheder som baggrundsbefolkningen har.

Fraser ligger i sin teori stor vægt på, at retfærdig fordeling altid skal vurderes ud fra, at en handling udelukket er retfærdig, hvis den ikke går ud over andre (Fraser, 2001). Derfor er der også mange hensyn der skal tages stilling til i et forsøg på at fremme sundheden for en særligt udvalgt gruppe.

Her vil der komme et bud på, hvorledes der kan argumenteres for, at det kan anses for uretfærdigt ikke at lave en eventuel certificering obligatorisk. Nina angiver, at læger i de større byer oftere møder LGBT-personer og derved er mere åbne over for deres problemstillinger end læger i mindre befolkede områder. Karoline peger på politikere der, ved at få mere specifik viden om LGBT-personer, også har en tendens til at være mere åbne overfor dem, og i større grad får trang til at ændre på de uretfærdige forhold der gør sig gældende for dem. Lars beskriver om fordelene ved de specialiserede afdelinger han kommer på på hospitalerne, at de har øvet sig langt mere på at være imødekommende, og at det nok er derfor, at han føler sig mere mødt på hans særegenhed der, end hos alment praktiserende læge.

Disse beskrivelser tilsammen tyder på, at des mere man eksponeres for noget der er anderledes, des mere bliver man også i stand til at se det som en del af normen. Man kan således diskutere, hvorvidt læger i udkantsområderne, som ikke i lige så høj grad møder LGBT-personer i deres praksis, vil være forstående overfor behovet for at få yderligere uddannelse i at møde denne målgruppe. Her kunne der derfor være en risiko for, at andelen af lægerne der her frivilligt ville tage imod en certificering ville

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

være lavere end i de store byer, hvor en eksponering for LGBT-feltet er større. Derved vil det fortsat skabe en ulighed i muligheden for, at alle LGBT-personer frit kan vælge en egnet læge de er trygge ved. Således kan uligheden i sundhed stadigvæk blomstre og skabe en skævvridning iblandt LGBT-personer, alt efter hvor de er bosat. Denne pointe tager dog ikke højde for, at der er andre anliggender der gør sig gældende i forhold til at ønske at skabe forandring. Det kunne f.eks. være, at selve andelen af læger og deres arbejdsbyrde er forskellig i de forskellige områder. Yderligere at kendskabet til LGBT-gruppen ikke kun går igennem det specifikke subjektive møde med dem, men at der også ses generelt mere taletid til denne gruppe i mediebildet og kendskabet til deres specifikke ønsker om anerkendelse også udbredes herfra.

Modsat er tanken om en obligatorisk certificering også problematiseret ud fra et synspunkt om, hvad der er retfærdigt. Alle aktørerne er enige om, at LGBT-gruppen vil tage godt imod en certificering af egen læge, og at de ville drage nytte af en sådan. Der er større bekymring for, hvordan alment praktiserende læger vil tage imod en yderligere arbejdsbyrde, og hvordan politikere skal stille yderligere krav til et i forvejen overbebyrdet sundhedsvæsen. Bekymringen går således både på, om alment praktiserende læger ville tage ejerskab over et tiltag der blev trukket ned over hovedet på dem. Det ville måske kunne risikere at skabe modstand mod LGBT-personer, da de så ville lægge grund til en yderligere øget arbejdsbyrde, eller lægerne ville måske ikke få det fulde udbytte af undervisningen, hvis den kunne anses som noget der bare skulle overstås. Der ville også kunne sættes spørgsmålstejn ved om det var retfærdigt overfor resten af befolkningen, at lægen skulle bruge af sin sparsomme tid på obligatorisk uddannelse og derved have mindre tid til alle patienter.

### Politisk ansvar

De følgende afsnit bygger på Frisch et al. (2019), medmindre andre kilder er angivet.

Når der ses på de objektive tal fra Projekt SEXUS fra 2019, må det konstateres, at LGBT-personer har sygdomme, som er særligt ofte forekommende i deres gruppe som patienter. Tallene fra Projekt SEXUS taler sit eget sprog. Undersøgelsen er den største befolkningsundersøgelse om sexologiske forhold i Danmark. Den viser, at andelen af kvinder der aldrig har fået foretaget en celleprøve for livmoderhalskræft er markant større blandt homoseksuelle kvinder (OR= 5,00/95%: 3,42-7,31), og større blandt biseksuelle kvinder (OR= 1,61, 95%:1,19-2,17) end blandt heteroseksuelle kvinder. Ud fra kønsidentitet, så har andelen af transmænd markant sjældnere fået taget en celleprøve. Transmænd har en øget odds ratio på 8,72 (95%: 4,91-15,5), og som nonbinær kvinde en odds ratio på 2,22 (95%: 1,23-3,89) i forhold til cis-kvinder. Disse faktuelle forskelle på LGBT-personer fra heteroseksuelle,



ciskønnede kvalificerer argumentationen for, at det, som tidligere nævnt, er lægens ansvar at italesætte seksualitet og køn. Det er et skærpet *bør* da disse tal formentligt kan forklares ud fra uvidenhed hos LGBT-personen og måske også lægen. De høje risikotal (OR = 8,72) hos transkønnede mænd og homoseksuelle kvinder (OR= 5,00) kan bero på manglende viden hos LGBT-personen om, at transmænd og homoseksuelle kvinder også kan have celleforandringer. Derfor *bør* lægen have viden om patientens seksualitet og køn, for at sikre at deres evt. nej-tak til en SMEAR-test er på et oplyst grundlag. Hvis ikke det er på et oplyst grundlag, *bør* det være lægens ansvar at sygdomseducere og motivere patienten til at få den taget.

Derudover så er risikoen for at få en seksuelt overført sygdom for homoseksuelle mænd, ud fra en odds ratio på 3,63 (2,96-4,44), og blandt biseksuelle (både mænd og kvinder) på odds ratio på 1,62 (1,32-1,99) større end hos heteroseksuelle mænd. Lars, som har deltaget i dette projekt, giver udtryk for, at han ikke oplever, at hans læge tager hensyn til hans særpræg som LGBT-person. Det har Lars meget eksplicit givet udtryk for, at han ønsker. Ud fra ovenstående tal fra Projekt SEXUS kan man ud fra et bio-psyko-socialt aspekt samt ud fra et kritisk teoretisk perspektiv godt argumentere for, at der *bør* være lovgivning der sikrer LGBT-personers sociale lighed i sundhed. Disse objektive tal viser, at LGBT-gruppen er et underbelyst område i samfundet, og der er behov for, at lægerne har et øget fokus på, at LGBT-patienter har øget risici i nogle tilfælde og derved adskiller sig fra den heteroseksuelle, ciskønnede patient.

Karoline og Lars problematiserer, at der ikke er informationsmateriale der inkluderer LGBT-personer i forskellige patientgrupper. Det bliver begrundet med at deres interesseorganisationer/ NGO'er formentlig ikke har samme økonomiske gennemslagskraft som større foreninger som f.eks. Kræftens bekæmpelse. Det kan synes uretfærdigt, at det er den økonomiske gennemslagskraft og incitament der kan være adgangsgivende for det samme niveau af sundheds- og sygdomsuddannelse som baggrundsbefolkningen. Disse økonomiske vilkår er en del af de objektive betingelser som Fraser karakteriserer som forhindringer for deltagelseslighed og retfærdighed (Fraser, 2001). Da lighed i sundhed ud fra det normative perspektiv projektgruppen arbejder ud fra, argumenteres der for idealet om at LGBT-området *bør* være er politisk reguleret på meso-, mikro- og makroniveau (Andersen, 2018).

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

## Teorivalgets betydning for resultaterne

Projektets resultater er naturligvis præget af de hovedteorier, som vi qua vores kritiske teori, har fundet relevante at inddrage i fortolkningen af vores empiri. I dette afsnit vil vi kort belyse andre tilgange og teorier, som kan bidrage med nogle supplerende perspektiver på vores problemfelt.

Den vestlige, moderne sexologi har udspring i den bio-medicinske forskningstradition. I 1950'erne opstod der imidlertid et blik for den sociale påvirknings betydning for seksualiteten med den såkaldte "interaktionisme", og siden da har sexologien haft et tværparadigmatisk grundlag og en bred vifte af forskningsmetodologier (Graugaard et al., 2019a).

### Michel Foucault

Graugaard et al., (2019b) henviser til Heede (1992), som skriver om den franske filosof Michel Foucault, at han gjorde:

*"(...) endegyldigt op med tanken om seksualiteten som et iboende fysiologisk eller psykologisk faktum og i stedet påpegede, hvordan "det seksuelle" - i demonstrative gåseøjne- er et kulturskabt bluffnummer, et illusorisk biprodukt af foranderlige diskurser, som består af sproglige formationer fremsat med magtfuld gennemslagskraft."*

Foucault operer med sit komplekse begreb 'biomagt'. Det er en diffus, subtil, ikke-fysisk og ikke-institutionaliseret manipulationsmekanisme, der installerer diskursive sandheder i samfundets individer og frembringer "sandheder" i dem. Ifølge Foucault er seksuelle identiteter en diskursiv italesættelse af sex. Den "objektive" diskursive sandhed bliver til "subjektets" personlighed, egenskaber, karaktertræk og identitet. På den måde er mennesket "tomt", før de objektive diskursive sandheder indskrives i mennesket (Graugaard et al., 2019b).

### Køn og seksualitet til forhandling

I forlængelse af Foucaults konstruktivistiske teori ligger Judith Butlers interaktionistisk-, feministisk- og Foucault-inspirerede "Queerteori", som hun har udviklet siden starten af 1990'erne. Ifølge Butler skal normerne ift. køn og seksualitet ses som resultat af de forhandlinger som foregår i den til enhver tid givne samtid (de sociale diskurser). Butlers teori bygger således på et konstruktivistisk perspektiv (Jacobsen, Heede, Frisch, Giraldi & Graugaard, 2019). Ifølge Butler står disse normer til genforhandling mellem samfundets aktører, og i genforhandlingsmuligheden ligger potentialet til forandring af normerne (eller de konstitutive begrænsninger) af nutidens binære køns- og seksualitetsopfattelser (mand vs. kvinde og normal vs. unormal) (Graugaard et al., 2019a; Graugaard

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

et al., 2019b; Butler, 2020). Butler er desuden inspireret af “scriptteorien” som bygger på, at samfundet og individets liv udspiller sig som et teaterstykke med samfundets forskrevne roller, som vi påtager os ud fra, hvilke roller der ikke er besat endnu. Butler mener med dette, at vi påtager os roller og “gør” vores køn og seksualitet ud fra de diskursive forventninger som vi i samfundet har tilskrevet disse egenskaber (Graugaard et al., 2019a).

Ved at have inddraget Foucaults eller Butlers teorier i analysen, ville vi i højere grad have fokuseret på at sætte spørgsmålstejn ved og dekonstruere de strukturer for køn og seksualitet der er opstået, og taget for givet i samfundet. Analysen ville da have beskæftiget sig med perspektivet på, hvordan aktørerne så på seksualitetsdiskursen, hvordan denne har ændret sig over tid, og hvad dette har af konsekvenser, samt hvad konstruktionen af LGBT-definitionen har for subjekters oplevelsesverden. Fokus ville ikke have ligget på et årsag-virknings-forhold, men på hvordan den sociale verden skabes gennem sociale definitioner og i kampen mellem magt og viden. Hvilke erkendelser er der behov for, og hvilke konstruerede vidensformer der er taget for givet? (Juul & Pedersen, 2012).

## Bias og validitet

Når man udfører aktionsforskning, er det vigtigt at vedkende sig sit performative element, hvilket svarer til ens forforståelse, og i dette projekt er de tanker som vi medbringer omkring de strukturelle forhold der vedrører LGBT-gruppen en bias i sig selv. En manglende bevidsthed om egen forforståelse øger risikoen for nedsat validitet (Tofteng & Husted, 2012).

Vi tilgår projektet med en forforståelse af, at LGBT-personer bliver udsat for en dårligere behandling, og derved en uretfærdighed i mødet med egen læge. Dette kan blandt andet have haft en effekt på udformningen af spørgsmålene til vores interviews og i de nonverbale signaler, som vi har udsendt i interviewsituationerne.

Derudover har vi udformet en certificering, uden først at bringe aktører i spil i denne proces, og den kan både farve vores aktørers svar i interviewene, hvilket var i overensstemmelse med vores ønske med ikke at stille os helt objektive i forskningen. Dog kan certificeringsforslaget også have farvet måden vi analyserede vores empiri.

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

### Selektionsbias

Ud fra en overvejelse af det faktum, at den første læge der accepterede at deltage i vores projekt og siden sprang fra med begrundelsen, at hun ikke mente at hendes svar ville være forenelige med det vi søgte, kan man overveje, at den læge som vi har interviewet har deltaget på grund af en mindre kritisk holdning til et certificeringsforslag (og til hele LGBT-området), og vi nok derfor ikke har talt med den mest kritiske læge på feltet.

Yderligere har vi med i vores overvejelser, at Lars måske ikke er repræsentativ for den almene LGBT-person, da han som forperson for Copenhagen Pride er vant til at være eksponeret og at være åben om sin seksualitet og er vant til at reflektere og diskutere emner knyttet til LGBT-feltet.

### Informationsbias

Den data som projektet har genereret, er formentlig under stor indflydelse af vores certificeringsforslag som er vores performative element.

Den ene af vores respondenter (praktiserende læge) havde ikke læst vores udsendte certificeringsforslag som skulle fungere som kickstarter for tankeprocessen. Det kan være årsag til, at hun måske ikke havde lige så mange overvejelser om dette punkt og eventuelle tiltag på området, som hun ellers kunne have haft, og som måske har hjulpet de andre respondenter med tankeprocessen, hvorfor deres udsagn og perspektiv muligvis kan opfattes som mere initiativrige og engagerede. Dette er dog ikke nødvendigvis tilfældet.

Idet seksualitet og kønsidentitet som tidligere nævnt er følsomme og endda tabuiserede emner, har vi været opmærksomme på begrænsning i aktørernes udtalelser som følge heraf. Dette vurderer vi dog ikke som havende stor betydning for projektet.

## Konklusion

To af vores aktører (Lars og Karoline) taler ind i Wackerhausens åbne sundhedsbegreb og ønsker sig en større grad af bio-psyko-social tilgang og italesættelse i LGBT-personers møde med egen læge. Vores lægefaglige aktør Nina taler mere ind i et smalt, bio-medicinsk sundhedsbegreb og efterlyser ikke i lige så høj grad dialog, viden og kompetence indenfor feltet med at behandle LGBT-personer ud fra særlige LGBT-relevante sundhedstematikker.

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

De tre aktører ønsker sig (især Lars og Karoline) et bedre uddannelsesgrundlag for praktiserende læger at give relevant behandling på og til at initiere samtale om seksualitet med LGBT-patienter og dermed at anerkende gruppen af patienter for deres særpræg. Denne forandring kræver i henhold til aktørernes ønsker en omstrukturering af ressourcer ift. grunduddannelsen på medicinstudiet såvel som efteruddannelse og opfølgende viden via kurser. Der ses hos aktørerne ingen definitiv holdning til, hvorvidt dybdegående uddannelse/certificering af læger på LGBT-feltet skal være obligatorisk for alle læger eller frivilligt.

De strukturer som skal overvindes for at gennemføre aktørernes ønskede forandringsprocesser, er ud fra et empowermentperspektiv, at forandringen ikke kan ske fra en bottom-up tilgang alene, men må kombineres med en politisk top-down prioritering og lovgivning på området som ud fra en retslig sfære kan være med til at myndiggøre LGBT-gruppen og understøtte sundhedsfremme for de danske LGBT-personer. Aktørerne oplever, at sundhedsvæsenet er presset, samt at der er mangel på læger, hvilket giver begrænsede muligheder for efteruddannelse af lægerne. Sammen med det faktum at der ikke er frit lægevalg, mener aktørerne, at dette er strukturer som udgør barrierer for at forbedre vilkårene for LGBT-patienters sundhed.

## Perspektivering

I dette afsluttende afsnit vil vi præsentere vores overvejelser om, hvorledes projektet bedst kunne udvikles videre ud fra et aktionsforskningsperspektiv. Ligeledes vil vi perspektivere til, hvordan en udbredelse af sexologisk uddannelsesspensum på de danske sundhedsuddannelser kan fremme forandringsprocessen mhp. at skabe en sundhedsmæssig fremmelsesproces for danske LGBT-personer. Også forskningsmæssigt ønsker vi at perspektivere til belysning af emnet for at kunne fremme sundheden for denne gruppe patienter i fremtiden.

## Fremtidig aktionsforskning

Det demokratiske perspektiv på videre uddannelse handler om at lade deltagerne have myndighed til at udpege og udvikle forskerens forskningsspørgsmål, samt drøfte forskningsarbejdets resultater (Tofteng & Husted, 2012). Det ville derfor i den videre aktionsforskningsproces handle om at skabe robuste resultater, processer og udviklingsforløb sammen med deltagerne. Aktørerne skal være medskabende og medbestemmende i forhold til organisatorisk indretning.

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

Hvis det kunne føres ud i livet, kunne det næste skridt til et egentligt aktionsforskningsprojekt være at inviterer aktørerne til et fælles netværksmøde. En idé er, at inviterer flere aktører. Aktørerne kunne både være flere inden for de samme kategorier af: LGBT-person, almen praktiserende læge og politikker, samt andre aktører *inden* for feltet som ikke er repræsenteret i de tre aktører. F.eks. kunne det være andre sundhedsfaglige uddannelser, ansatte i socialforvaltninger, ansatte i Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen og fagorganisationer som PLO og DSR. Ved et egentligt aktionsforskningsprojekt ville vi gøre brug af fremtidsværket til at arbejde videre med den utopiske vision om, at alle læger i Danmark er fagligt i stand til at imødekommen LGBT-personers behov for relevant italesættelse og behandling. Et netværk skal udgøre et forum hvor deltagerne i fællesskab formulerer ønskelige og umulige utopiske fremtidsvisioner, og hvor der sonderes efter muligheder for at virkeliggøre dem. Deltagerne vil skulle gøre brug af 'kritikfasen', 'utopifasen', 'brobygningsfasen' og 'virkeliggørelsesfasen'. Der skal arbejdes på at skabe nye muligheder, selv om utopier ikke kan føres ud i livet i sin fulde form. Der skal i netværket aftales hvem der gør hvad, og der skal planlægges opfølgende møder, hvor der følges op på om aktionsforskningsprojektet lever op til sin form og er levedygtigt. Det er aktørerne i netværksmødet der vil kunne sikre, at der ikke opstår forkerte slutninger, og at det reificerede samfund kan bevæges. Vi skal som forskere være opmærksomme på, at aktørerne og projektgruppen øver os i at skabe den ønskede forandring, og vi må kassere ideer hen ad vejen og skabe plads til, at der er flere måder at angribe problemet på (Tofteng & Husted, 2012).

## Uddannelse

Ud fra aktørernes konsensus om lægers manglende uddannelse ift. LGBT-sundhed understreger aktørerne ud fra egne og andres erfaring et uddannelsesmæssigt hul i viden og kompetencer fra de danske medicinuddannelser, som kan have sundhedsmæssige konsekvenser for LGBT-personer i Danmark. Dette understøttes af inddraget forskning, og indeværende projekt peger dermed entydigt på behovet for en omlægning og inklusion af denne viden på medicinstudiet. Desuden argumenterer vores data for, at der med fordel kan forskes i relevansen for, at seksualitet og kønsidentitet udfoldes i et større omfang på alle sundhedsuddannelser, således at det danske sundhedsvæsen generelt har et inkluderende og bredt vidensgrundlag til at behandle LGBT-personer relevant ud fra et åbent sundhedsperspektiv.

Et generelt sexologisk uddannelsesgrundlag på diverse sundhedsuddannelser i Danmark vil kunne tilbyde en bredere sundhedsforståelse ud fra det bio-psyko-sociale, åbne sundhedsbegreb, hvilket kan

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

komme både baggrundsbefolkningen til gode såvel som andre minoriteter som personer med et handicap eller etniske danskere.

## Forskning

Generelt kan det siges om feltet for sundhedstilstanden hos LGBT-personer i Danmark, at det er præget af at være forskningsmæssigt underbelyst. Dette studie kalder (sammen med inddraget forskning) på handling på området. Fremme af sundheden for LGBT-gruppen i Danmark har brug for et videre udviklet forskningsfelt ift. både LGBT-specifik sexologi og grundlæggende forskning i sexologiens sammenhæng med sundhedstilstanden til at kunne basere en hensigtsmæssig samfundsudvikling på.

Dette projekt lægger som beskrevet op til videre aktionsforskning, og projektet må af enhver interesseret anvendes til videre udvikling for sundhedsfremme.

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

## Bibliografi

- Andersen, J. (2018). Empowerment, kritisk teori og aktionsforskning. I: Kjærgaard, H. (red.). *Social- og specialpædagogik*. (2 udg.). Akademisk Forlag.
- Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2020). Interviewet: samtalen som forskningsmetode. I: Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (red.). *Kvalitative metoder- En grundbog*. (3. udg.). Hans Reitzels Forlag.
- Butler, J. (2020). *Ordenes vold*. (1. udg.). Århus: Forlaget Klim.
- Dybbroe, B., Land, B., & Nielsen, S.B. (red.). (2012). *Sundhedsfremme – Et kritisk perspektiv*. (1. udg.). Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Erstling, A. (u.å.a) [Illustration]. Lokaliseret d. 02.01.2022 på:  
<https://www.facebook.com/ForlagetMunksgaard/photos/2679570585444893>
- Fraser, N. (2001). Recognition without Ethics? I: *Theory, Culture & Society*, SAGE, London, *Thousand Oaks and New Delhi*, Vol. 18(2–3): 21–42 [0263-2764(200104/06)18:2–3;21–42;017479]
- Frisch, M., Moseholm, E., Andersson, M., Andresen, J.B., & Graugaard, C. (2019). *Sex i Danmark: Nøgletal fra Projekt SEXUS 2017-2018*. Statens Serum Institut. Lokaliseret d. 16.02.2021 på:  
[https://files.projektsexus.dk/2019-10-26\\_SEXUS-rapport\\_2017-2018.pdf](https://files.projektsexus.dk/2019-10-26_SEXUS-rapport_2017-2018.pdf)
- Giddens, A. (1992). *Intimitetens forandring- Seksualitet, kærlighed og erotik i det senmoderne samfund*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Granehein, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, s. 105-112.
- Graugaard, C., & Giraldi, A. (2019). Sundhed, sygdom og seksualitet- et overblik. I: Graugaard, C., Giraldi, A., & Møhl, B. (red.). *Sexologi- faglige perspektiver på seksualitet*. (1. udg.). København: Munksgaard.
- Graugaard, C., Møhl, B., & Hertoft, P. (2006). Krop, sygdom og seksualitet. I: Graugaard, C., Møhl, B., & Hertoft, P. (red.). *Krop, sygdom & seksualitet*. København: Hans Reitzels Forlag.



Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

Graugaard, C., Giraldi, A., & Møhl, B. (2019a). Hvad er seksualitet og seksuel trivsel? I:

Graugaard, C., Giraldi, A., & Møhl, B. (red.). *Sexologi- faglige perspektiver på seksualitet*. (1. udg.). København: Munksgaard.

Graugaard, C., Giraldi, A., & Møhl, B. (2019b). Hvad er sexologi? I: Graugaard, C., Giraldi, A., & Møhl, B. (red.). *Sexologi- faglige perspektiver på seksualitet*. (1. udg.). København: Munksgaard.

Graugaard, C., Pedersen, B. K., & Frisch, M. (2015). *Seksualitet og sundhed*. (2. udg.). København Ø: Vidensråd for Forebyggelse. Lokaliseret d. 09.11.2021 på:  
[www.vidensraad.dk](http://www.vidensraad.dk)

Heede, D. (1992). *Det tomme menneske: Introduktion til Michael Foucault*. København: Museum Tusulanums Forlag.

Honneth, A. (1990). *Behovet for anerkendelse* (1.udg.). København: Hans Reitzels Forlag.

Jacobsen, M.H., Heede, D., Frisch, M., Giraldi, A., & Graugaard, C. (2019). Forskning i seksualitet. I: Graugaard, C., Giraldi, A., & Møhl, B. (red.). *Sexologi- faglige perspektiver på seksualitet*. (1. udg.). København: Munksgaard.

Juul, S. (2012). Nyere kritisk teori. I: *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori – en indføring*. Juul, S., & Pedersen, K.B. (red.) (1.udg.). Hans Reitzels Forlag.

Juul, S. & Pedersen, K. (2012). Videnskabsteoretiske retninger og projektarbejde. I: *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori – en indføring*. Juul, S., & Pedersen, K.B. (red.) (1.udg.). Hans Reitzels Forlag.

LGBT+ Danmark (u.å.a.). *Om LGBT+ sundhed.dk*. Lokaliseret d. 26.12.2021 på:  
<https://lgbtsundhed.dk/>

LGBT+ Danmark (2020). *Årsrapport 2020 LGBT+ Danmark*. Lokaliseret d. 26.12.2021 på  
<https://lgbt.dk/wp-content/uploads/2021/07/Arssrapport-LGBT-Danmark-2020.pdf>

Metodeguiden (u.å.a.). Lokaliseret d. 30.12.2021 på:  
<https://metodeguiden.au.dk/convenience-sample-bekvemmelighedssample>

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry Jørgensen (72456).

Møhl, B., Giraldi, M., & Graugaard, C. (2019). At arbejde klinisk-sexologisk. I: Graugaard, C., Giraldi, A., & Møhl, B. (red.). *Sexologi- faglige perspektiver på seksualitet*. (1. udg.). København: Munksgaard.

Mortensen, P. (2009). *Certificering*. Lokaliseret d. 04.01.2022 på:  
<https://denstoredanske.lex.dk/certificering>

Nielsen, B.G., & Nielsen, K.A. (2020). Aktionsforskning. I: Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (red.). *Kvalitative metoder- En grundbog*. (3. udg.). Hans Reitzels Forlag.

Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 1998, vol. 13, No, 4, s. 349-364.

Psychiatryadvisor (u.å.a.). [Illustration]. Lokaliseret d. 03.01.2022 på:  
<https://www.psychiatryadvisor.com/home/practice-management/plissit-model-introducing-sexual-health-in-clinical-care/>

Regeringen (2019). *Handlingsplan til fremme af tryghed, trivsel og lige muligheder for LGBTI-personer*. Lokaliseret d 31.12.2021 på:  
<https://www.regeringen.dk/media/5348/lgbti-handlingsplan.pdf>

Sexologisk Forskningscenter, Klinisk Institut, Aalborg Universitet (2019). *Danske LGBT-personers møde med almen praksis -udfordringer og muligheder*. Lokaliseret d. 02.11.2021 på:  
<https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/LGBT-personer-og-almen-praksis.ashx?la=da&hash=F614DCBA7045BFA5505B166634D82C817A40A85C>

Sundhedsstyrelsen (11.08-2021). *LGBTI-personer*. Lokaliseret d. 28.12.2021 på:  
<https://www.sst.dk/da/viden/seksuel-sundhed/seksualitet-i-et-livsperspektiv/lgbti-personer>

Tofteng, D. & Husted, M. (2012). Aktionsforskning. I *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori – en indføring*. Juul, S., & Pedersen, K.B. (1.udg.). Hans Reitzels Forlag.

Wackerhausen, S. (1994): Et åbent sundhedsbegreb – mellem fundamentalisme og relativisme. I: Jensen, U.J., & Andersen, P.F. (red.). *Sundhedsbegreber – filosofi og praksis*. Århus: Philosophia.

WHO (1948). *Constitution*. Lokaliseret d. 13.10.2021 på:  
<https://www.who.int/about/governance/constitution>

Projekt: Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier- efteråret 2021  
Line R. Sørensen (72503), Mie A. Jørgensen (72750), Sofie L.O. Rytter (72423) og Gry  
Jørgensen (72456).

WHO (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health*, 28–31  
January 2002, Geneva. Lokaliseret d. 04.01.2022 på:  
[https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sh/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sh/en/)