

Katrine Bindsbøl Holm Johansen
Bjarne Laursen
Knud Juel

Statens
Institut
for
Folkesundhed

LGBT-sundhed

Helbred og trivsel blandt lesbiske,
bøsser, biseksuelle og transpersoner

LGBT-sundhed

Helbred og trivsel blandt lesbiske, bøsser, biseksuelle og transpersoner

Katrine Bindsbøl Holm Johansen

Bjarne Laursen

Knud Juel

Copyright © 2015

Statens Institut for Folkesundhed,

Syddansk Universitet

Grafisk design: Trefold

Gengivelse af uddrag, herunder figurer og tabeller, er tilladt mod tydelig gengivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation, bedes sendt til Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-307-6

Statens Institut for Folkesundhed

Øster Farimagsgade 5A, 2. sal

1353 København K

www.si-folkesundhed.dk

Rapporten kan downloades fra

www.si-folkesundhed.dk

Forord

I denne rapport præsenteres resultater fra en undersøgelse om helbred og trivsel blandt lesbiske, bøsser, biseksuelle og transpersoner.

Undersøgelsen bygger på data fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelser fra 2013 og en undersøgelse blandt transpersoner. I rapporten belyses LGBT-personers helbred og trivsel, sundhedsadfærd, sygelighed, sygdomsadfærd, sociale relationer og seksuel sundhed ved hjælp af en række indikatorer. For alle indikatorerne foretages der sammenligninger med den øvrige danske befolkning. Derudover belyses særlige sundhedsforhold for transpersoner, herunder oplevelser med kønskorrigerende behandling.

I forbindelse med undersøgelsen har der været nedsat en følgegruppe med repræsentanter fra LGBT Danmark og LGBT-liv i AIDS-Fondet. En stor tak til deltagerne i gruppen for faglig sparring.

Derudover vil vi gerne takke alle LGBT-foreninger og organisationer, som har udbredt kendskabet til undersøgelsen og takke alle LGBT-personer, som har valgt at besvare spørgeskemaet.

Undersøgelsen er gennemført af en projektgruppe fra Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Projektgruppen består af ph.d.-studerende Katrine Bindesbøl Holm Johansen, seniorforsker Bjarne Laursen og professor Knud Juel.

Undersøgelsen er udarbejdet for Københavns kommune, som også har finansieret undersøgelsen.

August, 2015



Morten Grønbæk
Direktør,
Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Indhold

Læsevejledning	6
1. Resumé	7
Summary	9
2. Indledning	13
Seksuel orientering og kønsidentitet	13
Baggrund	13
Formål	15
Begrebsafklaring	15
3. Tidligere forskning	18
Et nyere forskningsfelt	18
Metodiske udfordringer	18
Ulighed i LGBT-sundhed	19
Årsager til ulighed i sundhed	20
En rettighedsbaseret tilgang til sundhed	21
4. Metode	22
Datamateriale	22
Population	23
Statistisk analyse	25
Kvalitativ analyse	26
Etik	27
5. Helbred og trivsel	29
Selv vurderet helbred	30
Fysisk helbred	31
Mentalt helbred	32
Stress	33
Opsummering	34
6. Sundhedsadfærd	35
Rygning	36
Alkohol	37
Brug af hash	39
Andre illegale stoffer	40
Kost	41
Fysisk aktivitet	42
Overvægt og undervægt	44
Opsummering	47
7. Sygelighed	48
Langvarig sygdom	49
Smerter og ubehag	50
Opsummering	51

8. Sygdomsadfærd	52
Kontakt til egen læge	53
Brug af receptmedicin	54
Brug af håndkøbsmedicin	55
Opsummering	56
9. Sociale relationer	57
Kontakt til familie	58
Kontakt til venner	59
Uønsket alene	60
Mulighed for hjælp i forbindelse med sygdom	61
Har nogen at tale med	62
Opsummering	63
10. Seksuel sundhed	64
Tilfredshed med seksualliv	65
Seksuelt samvær	66
Manglende sexlyst	67
Seksuelle problemer	68
Talt med sundhedsprofessionelle	69
Opsummering	70
11. Kønsidentitet og kønskorrigerende behandling	71
Opfattelser af kønsidentitet	72
Seksuel orientering	73
Behandling relateret til kønsidentitet	74
Behandlingsland	75
Finansiering af behandling	75
Tilfredshed med behandling	76
Selvmedicinering	77
Smerter relateret til behandling	77
Opsummering	78
12. Følelse af ikke at passe ind – den kvalitative analyse	79
Statsniveau: Mødet med lovgivningen	80
Lokalsamfundsniveau: Mødet med institutioner	82
Interpersonelt niveau: Mødet med andre	85
Individniveau: ”At føle sig anderledes”	87
Opsummering	89
13. Konklusion	90
Diskussion	92
Behovet for videre studier	94
Litteratur	95
Bilag 1	99

Læsevejledning

Denne rapport er inddelt i 13 kapitler. Kapitel 1 indeholder et dansk og et engelsk resumé. Kapitel 2 omhandler baggrunden for undersøgelsen, formål og en gennemgang af de centrale begreber, som vi anvender i undersøgelsen. I kapitel 3 gennemgår vi tidligere forskning på området, og i kapitel 4 beskriver vi undersøgelsens metodedesign. I kapitel 5 til 10 præsenterer vi undersøgelsens resultater inden for områderne 'helbred og trivsel', 'sundhedsadfærd', 'sygelighed', 'sygdomsadfærd', 'sociale relationer' og 'seksuel sundhed'. I det efterfølgende kapitel 11 gennemgår vi resultaterne for de supplerende spørgsmål om kønsidentitet og kønskorrigering behandling, som vi har stillet til transpersoner. Kapitel 12 omhandler resultaterne af rapportens kvalitative analyse fra transpersonundersøgelsen. I kapitel 13 giver vi en samlet konklusion på undersøgelsens resultater samt peger på de områder, hvor der er behov for yderligere viden.

1. Resumé

I denne rapport undersøger vi lesbiske, bøsser, biseksuelle og transpersoners (LGBT-personer) helbred og trivsel ud fra besvarelser af spørgeskemaet benyttet i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2013 og sammenligner denne med sundhedstilstanden i den øvrige danske befolkning med henblik på at identificere de forskelle, der er mellem LGBT-personer og den øvrige befolkning.

I undersøgelsen har vi arbejdet ud fra følgende forskningsspørgsmål:

- Hvordan er LGBT-personers fysiske, mentale og seksuelle sundhed sammenlignet med den øvrige befolknings sundhed?
- Hvordan er LGBT-personers sundheds- og sygdomsadfærd sammenlignet med den øvrige befolknings sundheds- og sygdomsadfærd?
- Hvordan er LGBT-personers sociale relationer sammenlignet med den øvrige befolknings sociale relationer?
- Hvilke erfaringer har transpersoner med kønskorregerende behandling?

I alt er spørgeskemaet besvaret af 416 personer tilhørende seksuelle minoriteter og 171 transpersoner. I spørgeskemaet til transpersoner har vi desuden inkluderet spørgsmål om kønsidentitet, kønskorregerende behandling og et fritekstspørgsmål om forhold af betydning for deres sundhed og trivsel i relation til at leve som transperson.

For hver af de fire grupper, lesbiske, bøsser, biseksuelle og transpersoner, kan der fremhæves følgende centrale fund:

Lesbiske

Sundhedsadfærdsmæssigt er der en større andel lesbiske end heteroseksuelle kvinder, som drikker mindst fem genstande ved samme lejlighed minimum én gang om måneden også kaldet binge-drinking. Der er også en større andel, som har røget hash det seneste år, sammenlignet med de heteroseksuelle kvinder. Blandt lesbiske er der også en overhyppighed af undervægt, særligt blandt de 15-34-årige. Til gengæld er andelen med et usundt kostmønster lavere blandt lesbiske sammenlignet med den øvrige kvindelige befolkning.

I forhold til sygelighed har lesbiske oftere meget generende smerter eller ubehag, sammenlignet med den øvrige kvindelige befolkning.

Hvad angår sygdomsadfærd og sociale relationer, så adskiller lesbiske sig ikke markant fra den øvrige kvindelige befolkning.

Ser vi på seksuel sundhed, så er unge lesbiske (sammen med unge bøsser) den gruppe, hvor flest har haft seksuelt samvær med et andet menneske inden for det seneste år sammenlignet med de øvrige grupper og den øvrige befolkning af samme køn. Til gengæld er lesbiske (og bøsser) i aldersgruppen 60 år eller derover de grupper, hvor færrest har haft seksuelt samvær inden for det seneste år.

Bøsser

Sundhedsadfærdsmæssigt har bøsser en højere andel dagligrygere sammenlignet med heteroseksuelle mænd. Bøsser er også den gruppe med den største andel, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse for alkoholindtag. Til gengæld er andelen med et usundt kostmønster lavere blandt bøsser sammenlignet med den øvrige mandlige befolkning. Bøsser er ligeledes den gruppe, hvor vi finder færrest svært overvægtige.

I forhold til sygelighed har bøsser oftere meget generende smerter eller ubehag, sammenlignet med den øvrige mandlige befolkning. Sygdomsadfærdsmæssigt så adskiller bøsser sig ikke markant fra den øvrige mandlige befolkning.

Når det gælder trivsel og sociale relationer, så har bøsser oftere et dårligt mentalt helbred sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning. En betydelig andel af bøsserne regner ikke med at kunne få hjælp fra andre, hvis de bliver syge.

Andelen med manglende sexlyst er også forholdsvis høj blandt bøsser og større end blandt mænd i den øvrige befolkning. Der er også flere bøsser end heteroseksuelle mænd, som har talt med sundhedsprofessionelle om seksuelle spørgsmål inden for de seneste 5 år.

Biseksuelle

I forhold til helbred og trivsel så har biseksuelle kvinder oftere et dårligt mentalt helbred sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning. De unge biseksuelle kvinder lider også i højere grad end de lesbiske og heteroseksuelle kvinder af stress.

Sundhedsadfærdsmæssigt er biseksuelle den gruppe, hvor binge-drinking og et usundt kostmønster er mest udbredt sammenlignet med de øvrige grupper. De biseksuelle kvinder har en større andel brugere af hash og andre illegale stoffer, i særlig grad de unge biseksuelle kvinder.

Når det gælder sygelighed, så har de biseksuelle kvinder oftere langvarig sygdom og lider oftere af smerter og ubehag end de øvrige seksuelle minoritetsgrupper og den øvrige kvindelige befolkning.

Biseksuelle kvinder dyrker mindre moderat/hård fysisk aktivitet end de øvrige seksuelle minoritetsgrupper og den øvrige kvindelige befolkning. Stillesiddende fritidsaktiviteter er også udbredt i særlig grad blandt biseksuelle.

I forhold til sociale relationer er andelen, der sjældent har kontakt til familie, højere for gruppen af biseksuelle end for den øvrige befolkning, ligesom det at være uønsket alene er særlig udbredt blandt biseksuelle. En betydelig del af biseksuelle mænd har sjældent kontakt til venner. Der er ligeledes en betydelig del af de biseksuelle, som ikke regner med at kunne få hjælp, hvis de bliver syge og som ikke oplever, at de har nogen at tale med, hvis de har problemer.

Når det gælder seksuel sundhed, er biseksuelle den gruppe, hvor flest angiver at have seksuelle problemer, særligt de unge biseksuelle kvinder.

Transpersoner

Konklusionerne vedrørende transpersoner skal betragtes med det forbehold, at transpersonerne i undersøgelse er rekrutteret gennem kontaktfora og derfor ikke, i modsætning til de seksuelle minoriteter, er udvalgt tilfældigt i befolkningen.

Når vi ser på helbred og trivsel, så har transpersonerne et markant dårligere selv vurderet helbred end de øvrige grupper, ligesom en stor andel også har et dårligt mentalt helbred og lider af stress.

Sundhedsadfærdsmæssigt adskiller transpersoner sig fra den øvrige befolkning ved oftere at være undervægtige, dyrke mindre motion og have mere stillesiddende fritidsaktiviteter.

I forhold til sygelighed og sygdomsadfærd lider transpersoner oftere af smerter og ubehag end lesbiske, bøsser og biseksuelle. Transpersoner benytter oftere end de andre grupper og den øvrige befolkning receptmedicin, men dette kan skyldes brug af hormonpræparater i forbindelse med kønskorrigerende behandling som transperson.

I forhold til sociale relationer har transpersoner sjældnere kontakt til familie end de andre grupper og den øvrige befolkning. At være uønsket alene er også meget udbredt blandt transpersoner. En markant andel af transper-

sonerne regner ikke med at kunne få hjælp ved sygdom eller har nogen at tale med, hvis de har problemer.

Hvad angår seksuel sundhed, så er transpersoner mindst tilfredse med deres sexliv, sammenlignet med de øvrige grupper og den øvrige befolkning. De er ligeledes den gruppe, hvor andelen med manglende sexlyst er størst.

De supplerende spørgsmål til transpersoner omkring kønskorrigerende behandlingserfaringer viser, at mere end halvdelen af transpersonerne ikke føler sig imødekommet i sundhedsvæsenet eller oplever ikke at få adgang til den ønskede kønskorrigerende behandling i sundhedsvæsenet i Danmark og/eller udlandet. Undersøgelsen har også vist, at mere end 40 procent af de, der får kønskorrigerende behandling, har fået den i udlandet eller i både udlandet og i Danmark. Der er størst tilfredshed med den kønskorrigerende behandling, som transpersonerne har modtaget i udlandet. Dette understøttes i den kvalitative analyse, hvor der er en gennemgående kritik af den nuværende organisering af kønskorrigerende behandling i Danmark, dels på grund af lang ventetid, dels fordi adgangen til behandling afhænger af udredning for diagnosen transseksualisme. Centraliseringen af den kønskorrigerende behandling ved Sexologisk Klinik er således et centralt kritikpunkt.

Den kvalitative analyse har også vist, at transpersonerne i mødet med samfundet konfronteres med normer, der er knyttet til en binær opfattelse af køn. Det vil sige, normer der tager udgangspunkt i, at man enten kan identificere sig som kvinde eller som mand. Disse normer og den cisnormative opfattelse af sammenhængen mellem medfødt køn, kønsidentitet og kønsroller, beskriver transpersonerne ofte som værende medvirkende til at usynliggøre og stigmatisere transpersoner på forskellige niveauer i samfundet, lige fra lovgivning på statsniveau til mødet med andre på det interpersonelle niveau. Respondenterne beskriver, at den manglende viden om, accept og anerkendelse af transkønnethed i samfundet leder

til en frygt for at blive identificeret og stigmatiseret som transperson. Dette kan i sidste ende lede til isolation for den enkelte transperson. Hovedparten af transpersonerne beskriver ét eller flere af følgende trivselsproblemer: negativ selvopfattelse, depression, angst, selvmordstanker og selvmordsforsøg. Den kvalitative analyse viser ligeledes, at kæresterelationer er en udfordring for transpersoner, dels i forhold til andres accept af ens kønsidentitet, dels i forhold til seksuelt samvær.

Summary

In this report we present results from a national study on lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) peoples' physical health and wellbeing. The study is based on 1) results from the National Health Interview Survey from 2013, where questions on sexual orientation were included, and 2) a convenience sample of transgender people, who have answered the same questionnaire in 2015. The aim of the study was to describe LGBT persons' health status on different indicators and compare it with that of the general population.

The study thus aimed to answer the following research questions:

- How are LGBT people's physical, mental and sexual health compared with that of the general population?
- How are LGBT people's health and morbidity behaviour compared with that of the general population?
- How are the social relations of LGBT people compared with those of the general population?
- What experiences do transgender people have with gender modification treatment?

Altogether 416 LGB respondents and 171 transgender respondents participated in the survey. In the transgender survey, which was carried out in February 2015, we included 11 additional questions related particularly to

transgender health. These consisted of questions related to gender identity, gender modification treatments and an open question on what aspects of living as a transgender person that affects the respondents' health and wellbeing. All questions were developed in cooperation with relevant stakeholders in Denmark. For each of the four groups in the study; lesbian, gay, bisexual and transgender, the following results can be highlighted.

Lesbian

In the area of health behaviour lesbians (34 %) are more likely to binge-drink than the general female population (26 %). This also applies for hash use where the percentage of lesbian respondents (10 %) who have used hash within the past year is higher than the percentage in the general female population (5 %). There is also a tendency of underweight among lesbians, particularly the youngest age-group of the 15 to 34-year-olds (25 %).

In terms of general health, use of medication and general practitioners, and social relations lesbians did not differ significantly from the general female population.

The data on sexual health shows that young lesbian respondents were more likely to have had sex with another person within the past year preceding the survey (89%), than the general female population (82%). On the contrary lesbian respondents in the age-group 60+ were less likely to have had sex within the past year preceding the survey (23 %), in comparison to the general female population (44%) in the same age group. In general, lesbians were less satisfied with their sex life (44%) compared to the general female population (56%).

Gay

In the area of health behaviour more than one in four gay respondents (26 %) smokes every day, which is significantly higher than the general male population (16 %). Gay respondents have the highest percentage of people who transgress the National Board of Health Service's high-risk limit for alcohol consumption

(16 %). On the contrary, the percentage of gay respondents with an unhealthy nutritional pattern (12 %) is low. Likewise, gay are the group of respondents with the lowest percentage of obese (6 %).

When looking at morbidity one third of the gay respondents (33 %) have suffered from very bothersome aching and discomfort within the past 14-days period preceding the survey. This is slightly more than in the general male population (29 %). When it comes to use of medication and general practitioners gay respondents do not differ significantly from the general male population.

The data on mental health and social relations show that gay respondents (13 %) are more likely than the general male population (9 %) to suffer from a poor mental health, and many gay respondents suffer from a high stress level (38%). A high percentage of the gay respondents (6 %) do not expect to be able to get any help, if they fell ill, and many (10%) are often unwantedly alone.

There are a significantly higher percentage of gay respondents (14 %) who experience a decreased sex drive than among the general male population (6 %). Moreover, one in five gay respondents (21 %) has spoken to a health care professional about sex-related questions within the past 5 years preceding the survey.

Bisexual

The data on mental health show that more than one in four of the bisexual female respondents (27 %) have a poor mental health, which is significantly higher than in the general female population (13 %). A majority of the young bisexual women (58 %) aged 15 to 34 suffer from stress.

Looking at health behaviour the bisexual respondents have the highest percentage of people who binge-drink (40 %) and in particular young bisexual women age 15 to 34, where half of the respondents (51 %) have consumed more than five drinks in one occasion within the past

month preceding the survey. One in four of the bisexual female respondents (25 %) have used hash within the past year, which is significantly more than in the general female population (5 %). Again, the 15 to 34-year-old bisexual women have the highest percentage as half of the respondents in this group (51 %) have used hash within the past 12 months preceding the survey. Close to one in ten of the female bisexual respondents (9 %) have used other illegal drugs during the past year, which is significant more than in the general female population (1 %). The percentage of bisexual women (21 %) who have sedentary leisure activities is significantly higher than among the general female population (12 %).

In the area of morbidity, almost half of the bisexual women (49 %) reported suffering from long-term illness, which is significantly higher than among the general female population (33 %). More than half of bisexual women (53 %) have suffered from bothersome aching and discomfort within the past 14-day period preceding the survey.

The data on social relations show that one in five of the bisexual male respondents (19 %) and one in ten of the bisexual female respondents (10 %) seldom or never have contact with their family, which is more than in the general population. Likewise, being unwantedly alone is also more widespread among bisexual female respondents (16 %) and bisexual male respondents (13 %) than in the general population (female 5 % and male 4%). The data furthermore shows that there is a significantly higher percentage of the bisexual women (8 %) who never or almost never have anyone to talk to if they have problems, in comparison to lesbian respondents (0 %) and the general female population (2 %).

Turning to the indicators on sexual health, the bisexual respondents (46 %) is the group with the highest percentage of respondents with sexual problems. Three out of five of the young bisexual women (59 %) aged 15 to 34 report having sexual problems.

Transgender

The conclusion concerning transgender people should be considered with reservations to the method of recruitment of the respondents. Thus, all transgender respondents have been recruited through stakeholder organisations and associations for transgender people and have therefore been purposively recruited for this survey. Different from the sexual minority respondents, the transgender respondents consist of a convenience sample and therefore differences to the general population are not tested statistically.

Looking at self-reported health, the transgender respondents is the group with the lowest percentage of people reporting having a good health (71 %). In the general population 90% of those under age 60, report having a good health. Almost half of the transgender respondents (46 %) report having a poor mental health and particularly the young 15 to 34 year-old transgender respondents (57 %). Looking at stress, transgender respondents (67 %) have the highest percentage of people who suffer from stress. Likewise, 76% of the young transgender respondents below 35 years of age suffer from stress.

Results from the survey on health behaviour show that the transgender respondents are likely to have an unhealthy nutritional pattern (21 %), being underweight (9 %) and have sedentary leisure activities (21 %).

A very high percentage of the transgender respondents have suffered from bothersome aching and discomfort within the past 14-day period preceding the survey (65 %). A high percentage of the young transgender respondents aged 15-34 (66 %) use prescription medication; however, this could be due to hormone therapy related to gender modification treatment.

Turning to the question of social relations, more than a fourth of the transgender respondents (27 %) do seldom or never have contact with their family, which is higher than in any

of the other groups. Likewise, being unwantedly alone is also widespread among the transgender respondents (19 %). Furthermore, a substantial percentage of the transgender respondents do not expect being able to get help from others, if they fall ill (12 %), and report not having anyone to talk to if they have problems (14 %).

Looking at the data on sexual health, transgender respondents are less likely to be satisfied with their sex life compared to all other groups including the general population. The transgender respondents (28 %) furthermore have the highest percentage of persons who experience a decreased sex drive.

The additional questions on gender modification treatments show, that more than half of the transgender respondents do not feel accommodated in the health care system (37 %) or do not feel that they have access to the desired gender modification treatment in Denmark and/or abroad (21 %). Four out of ten transgender respondents (40 %), who have had gender modification treatments, have undertaken these abroad. The results show that transgender respondents who have had the treatment abroad are more likely to be satisfied with the treatment (90 %) in comparison to those respondents who had the treatment in Denmark (52 %). However, as few respondents have answered the question this result should be accepted with caution. Nonetheless, the qualitative data from the open question support the findings, as the present organisation of gender modification treatment in Denmark is criticised recurrently by the responders. The

critique is based partly on the long waiting list and partly on the legal requirements for diagnosing transsexualism prior to treatment. Furthermore a fundamental critique of the organisation of gender modification treatment is the centralisation of the treatment at one clinic (The Sexological Clinic, Copenhagen University Hospital) only.

Results from the qualitative analysis show, that respondents are confronted with norms in the society that are based on a binary perception of gender. In other words, norms based on the idea that one is able to identify as either a woman or a man. The binary perception of gender as well as the cisnormative perception of the relationship between sex, gender identity and gender roles contributes to the respondents' experiences of invisibility and stigmatisation on different levels in society, from the legislation on state-level to everyday encounters with others on the interpersonal level. Respondents describe that a lack of knowledge, acceptance and acknowledgement of transgender persons in the society contributes to transgender people's own fear of being identified and stigmatised. For some this may lead to isolation. The majority of our transgender respondents described suffering from one or more of the following mental health problems: negative self-perception, depression, anxiety, suicidal thoughts and suicide attempts. The qualitative analysis moreover showed that finding a partner is challenging both with regards to acceptance of one's transgender identity and with regards to sexual activity.

2. Indledning

Seksuel orientering og kønsidentitet

Denne rapport omhandler LGBT-personers fysiske og psykiske sundhed. LGBT er en fælles betegnelse for lesbiske, bøsser, biseksuelle og transpersoner. De tre første betegnelser refererer til seksuel orientering, mens betegnelsen transpersoner er en paraplybetegnelse for personer, som ikke oplever en overensstemmelse mellem deres kønsidentitet eller kønsudtryk og det køn, de blev tildelt ved fødslen. Det er uvist, hvor mange der tilhører LGBT-gruppen i Danmark, blandt andet fordi der er forskelle i de anvendte definitioner og spørgsmål. Center for Alternativ Samfundsanalyse (CASA) har lavet en LGBT-undersøgelse i 2009, hvor der gives et estimat på mellem 3,5 og 6,2 procent af befolkningen (Gransell & Hansen, 2009). Det svarer til et sted mellem 160.000 og 290.000 danskere over 16 år.

Seksuel orientering er ikke partout ensbetydende med en bestemt seksuel tiltrækning eller praksis (Gransell & Hansen, 2009). Seksualitet er et komplekst begreb, som er sammensat af sociale, psykologiske og biologiske forhold (Statens Folkhälsoinstitut, 2005). CASAs undersøgelse har vist, at grænserne mellem seksuel tiltrækning, seksuel orientering og seksuel adfærd er flydende. Seksuelle erfaringer mellem personer af samme køn er således ikke nødvendigvis et udtryk for homo- eller biseksualitet, men kan lige så vel være en del af et heteroseksuelt eksperiment (Gransell & Hansen, 2009; Statens Folkhälsoinstitut, 2005).

Kønsidentitet refererer til den måde, som man opfatter og udtrykker sit køn på. Fra et socialkonstruktivistisk perspektiv, som vi anlægger i denne rapport, er dette ikke kun biologisk givet, men også konstrueret socialt og kulturelt ved bl.a. kropssprog og påklædning og andre former for kønsudtryk. Netop derfor ser vi også

store variationer, både historisk og mellem og i samfund, i hvordan køn udtrykkes og opfattes (Folkhälsoinstitut, 2005). Transperson- betegnelsen dækker også over – og bruges nogle gange synonymt med – betegnelser som fx transkønnede, transvestitter og queer. I nærværende undersøgelse benytter vi transpersoner som paraplybetegnelse for disse grupper. Fælles for transpersoner er, at de i større eller mindre grad ikke oplever, at deres medfødte køn harmonerer med det køn, de selv opfatter og udtrykker sig som (Pyne, 2011).¹ Dette er dog ikke ensbetydende med, at alle transpersoner ønsker kønskorrigerende behandling. En del transpersoner har således intet ønske om at få korrigeret deres medfødte kønsudtryk kirurgisk eller medicinsk.

LGBT-personer udgør en heterogen gruppe, ikke alene fordi den består af forskellige undergrupper, men også fordi grænser for både seksuel orientering og kønsidentitetsbetegnelser er flydende. Definitionen af de forskellige identitetsbetegnelser og respondenternes egne identitetsopfattelser er således afgørende for, hvem der vælger at deltage i en undersøgelse som nærværende.

Baggrund

Igennem de seneste 30 år har der løbende været fokus på lesbiske, bøsser og biseksuelles rettigheder i det danske samfund. Siden fjernelsen af homoseksualitet fra Sundhedsstyrelsens liste over psykiatriske lidelser i 1981 er der sket en gradvis forbedring af lesbiske, bøsser og biseksuelles retsstilling i Danmark (Gransell & Hansen, 2009). Der er således blevet vedtaget adskillige love, som skal sikre lige muligheder og vilkår for lesbiske, bøsser og biseksuelle som for den øvrige befolkning. I 1989 bliver Danmark det første land i verden,

¹ LGBT Danmarks LGBT-ordbog http://lgbt.dk/wp-content/uploads/LGBT_ordbog.pdf, besøgt d. 15. januar 2015

som gør det muligt for par af samme køn at indgå et registreret partnerskab. Det gav i stor udstrækning samkønnede par samme forpligtelser og muligheder som et ægteskab – dog med visse undtagelser, blandt andet i forhold til adoption og forældremyndighed. Siden 1999 har registrerede partnere haft mulighed for at adoptere hinandens børn, og siden 2010 har par af samme køn kunnet adoptere børn (Gransell & Hansen, 2009). I dag er familiekonstellationer med to mødre, to fædre, tre eller flere forældre blevet mere almindeligt.² Senest blev der i Folketinget d. 7. juni 2012 vedtaget en ændring i Ægteskabsloven, der gør det muligt for par af samme køn at få en kirkelig vielse, og dermed gjort ægteskabsloven kønsneutral, da dette forinden kun var forbeholdt par af modsat køn.³ På diskriminationsområdet er der med forskellige juridiske tiltag siden 1987 forsøgt at beskytte lesbiske, bøsser og biseksuelle mod diskrimination. I 2004 blev forbrydelser på grund af offerets seksuelle orientering gjort til en straffeskærpende omstændighed, men kønsidentitet og kønsudtryk er slet ikke nævnt i antidiskriminationsloven eller loven om hadforbrydelser. Der er dog fortsat flere områder, hvor LGB-personer efterspørger ligebehandling. I forbindelse med valget i sommer 2015 udgav LGBT Danmark en folder, hvor de fremhævede nogle af disse områder. For eksempel kan en hiv-smittet bøsse ikke blive far ved hjælp af assisteret reproduktion, men det samme gælder ikke for en heteroseksuel hiv-smittet, og en lesbisk kan ikke donere æg til sin kvindelige partner.⁴

Kønsidentitetsminoriteters rettigheder har fået mindre opmærksomhed end seksuelle minoriteter både internationalt og nationalt. Det er således først inden for de seneste år, at der er kommet mere politisk bevågenhed på området herhjemme. Et af de nyeste tiltag på området er ændring i loven om Det Centrale Personregi-

ster, der blev vedtaget af Folketinget den 11. juni 2014, og som gør det muligt at få ændret køn juridisk.⁵ Siden september 2014 har man således kunnet søge Det Centrale Personregister om at få ændret sit personnummer, såfremt man ikke identificerer sig med sit medfødte køn. Økonomi- og Indenrigsministeriet har modtaget 349 ansøgninger siden lovens ikrafttræden.⁶

Transpersoner, som ønsker at få en kønskorri-gerende behandling, enten medicinsk med hormoner eller kirurgisk, skal udredes for diagnosen transseksualitet på Sexologisk Klinik ved Rigshospitalet. Transseksualitet indgår i WHO's internationale diagnoseklassifikations-system, ICD-10, der angiver årsagerne til kontakt med sundhedsvæsenet. Transseksualitet indgår i kapitel 5 om 'Psyriske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser', hvor diagnosen indgår i gruppen om 'kønsidentitetsforstyrrelser' (F64). Danmark følger dette diagnoseklassifikationssystem, og en betænkning fremsat af Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg d. 30. maj 2013, om fjernelse af transkønnede fra sygdomslisten, blev forkastet. Som det angives i betænkningen, så skyldes dette, at 'Partierne mener, at det fortsat er nødvendigt at have en diagnose for transkønnethed som forudsætning for behandling. En diagnose sammenfatter resultatet af den faglige udredning, så der kan tilbydes en relevant behandling på et fagligt forsvarligt grundlag.' Dog mente et flertal af partierne i udvalget ikke, at transkønnethed er en medicinsk eller psykiatrisk lidelse. De mente samtidig, at regeringen fortsat skulle arbejde for 'en ændring af WHO's diagnoseklassifikation og dets danske version i forhold til benævnelsen af de personer, som ønsker kønsmodificerende behandling, således at diagnosen ikke optræder under overskriften »forstyrrelser«.'⁷

I april 2014 afholdtes en høring i Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg vedrørende

² Se Lov om ændring af lov om registreret partnerskab, lov om en børnefamilieydelse og lov om børnetilskud og forskudsvis udbetaling af børnebidrag <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=131735>, besøgt d. 11. maj 2015

³ Se mere på Kirkeministeriets hjemmeside: <http://www.km.dk/kirke/nyhedsarkiv-kirke/nyhed-om-kirke/artikel/bredt-flertal-i-folketinget-ja-til-homoseksuelle-aegteskaber/>, besøgt d. 5. maj 2015

⁴ Se valgfolderen her: http://lgbt.dk/wp-content/uploads/FV2015_LGBTdk.pdf, besøgt d. 7. juli, 2015

⁵ Se Lov om ændring af lov om Det Centrale Personregister <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=163722>, besøgt d. 11. maj 2015

⁶ Oplyst per mail ved kontakt til CPR-kontoret d. 28. maj 2015

⁷ Se Forslag til folketingsbeslutning om fjernelse af transkønnede fra sygdomslisten over psykiske lidelser <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=152251>, besøgt d. 11. maj 2015

konsekvensændringer i sundhedsloven og lov om assisteret reproduktion som følge af lovforslaget om ændring af lov om Det Centrale Personregister. Her kommenteredes konsekvenserne af WHO's sygdomsklassifikationssystem for transpersoner, men det noteredes, at WHO er i gang med en revidering af klassifikationen for transseksualitet, og at der arbejdes med tanken om et særligt "Sexual Health Chapter".⁸

I september 2014 fremsatte Sundhedsstyrelsen nye retningslinjer for området om udredning og behandling af transkønnede. I modsætning til tidligere skal transkønnede, der ønsker kønskorrigerende behandling, i henhold til vejledningen henvises til udredning og behandling af et multidisciplinært team, som blandt andet omfatter speciallæger i psykiatri, gynækologi/obstetrik og plastikkirurgi med særlig viden om transseksuelle. Et sådant multidisciplinært team eksisterer pt. jævnfør Sundhedsstyrelsens specialevejledninger kun ved Sexologisk Klinik på Rigshospitalet.⁹

Selvom levevilkårene for særligt seksuelle minoriteter har udviklet sig i en positiv retning på flere områder, peger den danske CASA-undersøgelse (Gransell & Hansen, 2009) og lignende undersøgelser fra Sverige (Statens Folkhälsoinstitut, 2005) og Norge (Hegna, Kristiansen, & Moseng, 1999) på, at der er markante forskelle mellem LGBT-personer og den øvrige befolknings helbred og trivsel. Det er med afsæt i denne viden, at vi har ønsket at bidrage til det nationale og internationale vidensniveau på området og derigennem skabe fokus på behovet for viden om LGBT-sundhed og vigtigheden af forskningsbaserede indsatser på området.

⁸ Se afsnit 6.2. i betænkningen: <http://www.ft.dk/samling/20131/lovforslag/189/bilag/1/1363528/index.htm>, besøgt d. 22. juli 2015

⁹ Se information på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2015/faelig-vejledning-om-behandling-af-transkoennede>, besøgt d. 7. juli, 2015 ; Se *Vejledning om udredning og behandling af transkønnede* <https://www.retsinformation.dk/pdfPrint.aspx?id=167172>, besøgt d. 11. maj 2015

Formål

Formålet med nærværende undersøgelse er at kortlægge lesbiske, bøsser, biseksuelle og transpersoners helbred og trivsel og sammenligne med den øvrige danske befolkning. Sigtet hermed er at identificere de sundhedsmæssige forskelle, der er mellem LGBT-personer og den øvrige befolkning.

I undersøgelsen har vi arbejdet ud fra følgende forskningsspørgsmål:

- *Hvordan er LGBT-personers fysiske, mentale og seksuelle sundhed sammenlignet med den øvrige befolknings sundhed?*
- *Hvordan er LGBT-personers sundheds- og sygdomsadfærd sammenlignet med den øvrige befolknings sundheds- og sygdomsadfærd?*
- *Hvordan er LGBT-personers sociale relationer sammenlignet med den øvrige befolknings sociale relationer?*
- *Hvilke erfaringer har transpersoner med kønskorrigerende behandling?*

I undersøgelsen har vi haft lejlighed til at stille transpersoner nogle supplerende spørgsmål, der retter sig specifikt mod deres erfaringer som transpersoner. Resultaterne fra disse spørgsmål vil blive præsenteret i to selvstændige kapitler til sidst i rapporten.

Resultaterne fra undersøgelsen kan bruges som grundlag for indsatser til fremme af LGBT-personers sundhed og til at sætte fokus på ligebehandling på sundhedsområdet. Ved ligebehandling menes, at mennesker uanset køn, alder, etnisk oprindelse, seksuel orientering, handicap, tro eller religiøs overbevisning sikres lige adgang til og samme muligheder i samfundet.

Begrebsafklaring

I nærværende undersøgelse benytter vi en række forskellige begreber, der er relateret til seksuel orientering, køn og sundhed. De mest

centrale begreber vil vi kort redegøre for herunder.

Seksuel orientering anvendes i undersøgelsen til at begrebsliggøre den eller de kønsgrupperinger, en person overvejende er seksuelt og/eller romantisk tiltrukket af. Dette inkluderer blandt andet homoseksualitet, heteroseksualitet og biseksualitet.¹⁰ I denne undersøgelse anvender vi ikke begrebet homoseksualitet, da dette kan opfattes som stødende af lesbiske og bøsser. Vi betegner derfor denne gruppe som lesbiske/bøsser eller refererer til disse adskilt.

Seksuelle minoriteter er anvendt som en samlet betegnelse i undersøgelsen for biseksuelle, bøsser og lesbiske.

LGBT er en forkortelse for de fire engelske begreber *lesbian, gay, bisexual and transgender*. På dansk er disse oversat til lesbiske, bøsser, biseksuelle og transpersoner, men i Danmark anvendes den engelske forkortelse LGBT. Vi er bevidste om, at der også eksisterer nyere forkortelser, som afspejler debatten om, hvilke kønsidentitetsgrupper som hører under transbegrebet. For eksempel LGBTQIA, hvor queer, interkøn/intersex og aseksuelle anerkendes som selvstændige minoriteter. Vi har i denne undersøgelse valgt at bruge en bred definition af transbegrebet, hvor queer også er inkluderet, dog har vi ikke fokus på interkøn/intersex eller aseksuelle eller aseksualitet i undersøgelsen.¹¹

Heteronormativitet refererer til de strukturer, diskurser og handlinger, der fastholder heteroseksualiteten som det a priori givne og naturlige (Dahl, 2005). Begrebet er centralt for at forstå, hvordan LGBT-personers fysiske og psykiske sundhed påvirkes i mødet med normative opfattelser omkring seksualitet (og køn) fra omverdenen.

Medfødt køn refererer til en persons fysiologiske køn givet ved fødslen. Dette afgøres således på baggrund af barnets genitalier. Enkelte børn

fødes med både mandlige og kvindelige kønsdele, fx intersex (Bockting, 1999).

Kønsidentitet er et begreb, som refererer til den måde, en person opfatter og identificerer sit køn på. Følelsen af at være transperson, kvinde eller mand er ikke nødvendigvis statisk, men kan være flydende og variere i intensitet igennem ens liv (Bockting, 1999, 2009). Ciskønnede oplever en sammenhæng mellem deres medfødte køn, deres kønsidentitet og de samfundsskabte kønsroller – herunder forventninger til maskuline og feminine kønsudtryk. Transpersoner bryder disse binære kønsforestillinger og tvinger os til at erkende, at de a priori antagelser, vi har om køn, ikke er universelle eller almengyldige (Bockting, 1999).

Kønsroller refererer til de kulturelt definerede normer for henholdsvis feminin og maskulin karakteristika. Det kan eksempelvis være handling- og talemåder, kropssprog, tankegang og påklædning. En persons kønsrolle kan manifestere sig som enten overvejende eller i varierende grad feminin eller maskulin. Disse manifestationer – det vil sige kønsudtryk – kan dog også være kontekstafhængige, og man kan vælge at udtrykke en feminin kønsrolle i én kontekst og en maskulin i en anden (Bockting, 1999, 2009).

Ciskønnet dækker over det modsatte af transkønnet. Det vil sige, at personen oplever, at deres medfødte køn, kønsidentitet og kønsrolle hænger sammen.¹²

Transperson (transkønnet) er et begreb, som der ikke findes nogen entydig definition på. Vi har i denne undersøgelse valgt at benytte LGBT Danmarks forståelse af begrebet, som er defineret som en *"fællesbetegnelse om personer, hvis kønsidentitet eller kønsudtryk i større eller mindre grad ikke er i overensstemmelse med det køn, de blev tildelt ved fødslen"*¹³, også kaldet medfødte køn. Vi benytter desuden betegnelserne kvinde-til-mand og mand-til-kvinde for

¹⁰ Se LGBT Danmarks ordbog: http://lgbt.dk/wp-content/uploads/LGBT_ordbog.pdf, besøgt d. 11. maj 2015

¹¹ Se University of California – LGBT Ressource Center: <https://lgbt.ucsd.edu/education/terminology.html>, besøgt d. 15. januar 2015

¹² Se LGBT Danmarks ordbog: http://lgbt.dk/wp-content/uploads/LGBT_ordbog.pdf, besøgt d. 11. maj 2015

¹³ Se LGBT Danmarks ordbog: http://lgbt.dk/wp-content/uploads/LGBT_ordbog.pdf, besøgt d. 11. maj 2015

i visse tilfælde at tydeliggøre, hvilke grupper der er tale om. Dog er det vigtigt at have for øje, at begrebet transperson også dækker over personer, der ikke ønsker kønskorrigerende behandling, og personer som ikke identificerer sig som hverken kvinde eller mand eller både/og, og personer som kun lejlighedsvis ønsker at lege med andre kønsudtryk som fx transvestitter eller drag (Bockting, 2009).

Cisnormativitet betegner antagelsen om en binær kønsopfattelse. Det vil sige, at en person enten er mand eller kvinde, og derved marginaliserer personer, som ikke er ciskønnede og altså ikke nødvendigvis udtrykker en kønsidentitet, som stemmer overens med den binære kønsopfattelse.¹⁴

Sundhed er et meget bredt begreb, der, hvis vi følger WHO's definition, er *"en tilstand af fuldstændig fysisk, mental og social velbefindende og ikke blot fravær af sygdom eller svækkelse."*¹⁵ Det er denne flerdimensionelle og holistiske tilgang til sundhed, vi har valgt at anlægge i undersøgelsen. For at operationalisere dette begreb skelner vi i undersøgelsen mellem fysisk helbred, psykisk trivsel, sundhedsadfærd og sociale relationer.

Fysisk helbred er i undersøgelsen operationaliseret ved spørgsmål om helbredsrelateret livskvalitet, selv vurderet helbred, smerter og ubehag og langvarig sygdom.

Psykisk trivsel eller mental sundhed, som det også bliver kaldt, er et nyere begreb inden for folkesundhedsvidenskaben. Psykisk trivsel afdækkes i undersøgelsen ved at inddrage spørgsmål om mentalt helbred og stress.

Sundhedsadfærd refererer i denne undersøgelse til den del af en persons livsstil, der har indvirkning på eller betydning for den enkelte persons fysiske helbred. Der kan være tale om

målrettede og bevidste handlinger, der udføres for at opnå sundhed eller for at undgå sygdom. Der kan endvidere være tale om mere vane-mæssig adfærd, som udføres uden egentlige overvejelser om de sundhedsmæssige eller helbredsmæssige konsekvenser (Christensen, Ekholm, Davidsen, & Juel, 2012). I undersøgelsen er sundhedsadfærd operationaliseret ved spørgsmål om rygning, alkohol, brug af hash, kost, fysisk aktivitet samt overvægt og under-vægt.

Sygdomsadfærd refererer til den måde, man agerer på ved tilfælde af problemer med det fysiske helbred eller psykiske trivsel. I undersøgelsen er dette operationaliseret ved spørgsmål vedrørende kontakt til egen læge og medicinbrug.

¹⁴ Se LGBT Danmarks ordbog: http://lgbt.dk/wp-content/uploads/LGBT_ordbog.pdf, besøgt d. 13. maj 2015

¹⁵ Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

3. Tidligere forskning

I dette kapitel vil vi kort beskrive udviklingen af LGBT-sundhed som et særskilt forskningsfelt. Med afsæt i dansk og international litteratur vil vi ligeledes redegøre for de metodologiske udfordringer, der knytter sig til forskningsfeltet, og fremhæve nogle af de nyere tendenser, vi finder i LGBT-sundhedsforskning.

Et nyere forskningsfelt

Den forskningsmæssige interesse for seksuelle minoriteters sundhed begyndte så småt i 1970'erne og voksede i 1980'erne på grund af AIDS-epidemiens udbredelse blandt mænd, som har sex med mænd. I takt med den kliniske forskning på området, der havde til hensigt at forebygge spredningen af seksuelt overførte sygdomme, blev forskere og sundhedsprofessionelle også opmærksomme på sundhedsproblemer, som var mere udbredte blandt seksuelle minoriteter end blandt heteroseksuelle – fx overdreven tobaksforbrug (Bränström & van der Star, 2013; Coulter, Kenst, Bowen, & Scout, 2014; Mayer et al., 2008). I dag er vores viden om seksuelle minoriteters sundhed blevet større, om end stadig begrænset i forhold til den viden vi har om den øvrige befolknings sundhed. Tillige har meget af den forskning, som eksisterer, haft fokus på seksuelt overførte sygdomme som HIV og i mindre grad på andre somatiske sundhedsforhold (Harcourt, 2006). Der efterlyses også mere forskning om transpersoners sundhed, da denne gruppe er stærkt underbelyst sammenlignet den øvrige del af LGBT-gruppen (Fredriksen-Goldsen, Cook-Daniels, et al., 2014).

Inden for de seneste 10 år er der internationalt set kommet en stigende interesse for LGBT-personers rettigheder, hvilket bl.a. har betydet mere forskning om sundhedsadfærd, trivsel og diskrimination i sundhedsvæsenet (Byne, 2014). Dette ses også med lanceringen af det nye videnskabelige tidsskrift *LGBT Health* i

2014, der udelukkende er dedikeret til dette forskningsfelt. I USA, hvor en stor del af forskningen om LGBT-personer kommer fra, hænger denne udvikling blandt andet sammen med en øget politisk interesse for området, fx anerkendelsen af samkønnede ægteskaber på føderalt niveau og inkluderingen af LGBT-sundhed i sundhedsministeriets (*The Department of Health and Human Services*) 2020-plan (Byne, 2014; Fredriksen-Goldsen, Simoni, et al., 2014).¹⁶ Dog viser en systematisk gennemgang af forskningsprojekter finansieret af *The National Institutes of Health* (NIH) i USA, at der i perioden fra 1989 til 2011 kun var 0,1 procent af NIH-finansierede projekter, der omhandlede LGBT-sundhed, når man ser bort fra projekter om HIV/AIDS og seksuel sundhed (Coulter et al., 2014).

I Danmark er den forskningsbaserede viden relativt begrænset. Hidtil er der kun gennemført én større undersøgelse af LGBT-personers sundhed. Den blev lavet i 2009 af Center for Alternativ Samfundsanalyse (CASA) (Gransell & Hansen, 2009). Organisationen StopAids lavede efterfølgende en rapport, der beskrev behovet for viden og indsatser til fremme af LGBT-personers sundhed (Katz). Foruden disse rapporter er der kun publiceret relativt få sundhedsvidenskabelige artikler på området, fx om seksuelt og psykosocialt helbred blandt seksuelle minoriteter (Christian Graugaard, Giraldi, Frisch, Eplov, & Davidsen, 2015) og overdødelighed blandt personer i samkønnede ægteskaber (Frisch & Brønnum-Hansen, 2009).

Metodiske udfordringer

En af de primære udfordringer for forskning i LGBT-personers sundhed er måden, hvorpå LGBT-personer identificeres. Der eksisterer ikke på nuværende tidspunkt validerede

¹⁶ Se mere på The Department of Health and Human Services hjemmeside: <http://www.hhs.gov/lgbt/>, besøgt d. 5. maj 2015

spørgsmål, der kan benyttes til at bestemme, om en respondent tilhører en seksuel minoritet eller identificerer sig som transperson. Dette skyldes variationer i definitionerne for seksualitets- og kønsidentitetsbetegnelser samt disses overensstemmelse med respondentens egen identitetsopfattelse. Det vil sige, at internationale undersøgelser anvender forskellige spørgsmål og/eller betegnelser til at identificere LGBT-personer i kvantitative spørgeskemaundersøgelser og kvalitative interviewundersøgelser, og dette påvirker resultaternes generaliserbarhed, fordi man ikke kan udelukke, at identifikationsspørgsmålenes formulering vil få indflydelse på, hvem der vælger at besvare spørgsmål om seksuel orientering eller kønsidentitet (Harcourt, 2006; Mayer et al., 2008). Samtidig kender vi ikke LGBT-populationens størrelse eller demografi, og derfor er det ikke muligt at sige noget om, hvor vidt de respondenter, som deltager i en spørgeskemaundersøgelse, er repræsentative for den øvrige LGBT-population. Tit benytter forskere såkaldte bekvemmelighedsstikprøver, da nationale repræsentative undersøgelser er dyre, hvilket kan give så få LGBT-besvarelser, at det kan være svært at lave solide statistiske analyser. Bekvemmelighedsstikprøver opnås ved eksempelvis at rette henvendelse til foreninger, organisationer eller gennem sneboldsmetoden (Bernard, 2011), og man kan derfor formode, at der ikke opnås besvarelser fra LGBT-personer, der ikke er engageret i LGBT-miljøet, med denne metode. Til gengæld er det en velegnet metode til at opnå et højt antal respondenter med. Det er samtidig vigtigt at være opmærksom på, at gruppen af LGBT-personer er sammensat af forskellige minoriteter, som ikke altid deler samme udfordringer eller fordele på sundhedsområdet, og dette udfordrer mulighederne for at sige noget generelt om LGBT-gruppen som helhed (Harcourt, 2006).

Ulighed i LGBT-sundhed

Til trods for den ligestillingsmæssige udvikling på LGBT-området, så peger den danske levevilkårsundersøgelse på betydelige forskelle mellem seksuelle- og kønsidentitetsminoriteter og den øvrige befolknings sundhedstilstand

(Gransell & Hansen, 2009). Det gælder blandt andet inden for sundhedsadfærd, hvor binge-drinking og illegale stoffer i den danske levevilkårsundersøgelse er mere udbredt blandt LGBT-personer end blandt heteroseksuelle (Gransell & Hansen, 2009). Også rygning er blevet fundet at være mere udbredt blandt seksuelle minoriteter end blandt heteroseksuelle (Fallin, Goodin, Lee, & Bennett, 2015). Tendensen til at ryge er særligt udbredt blandt unge tilhørende en seksuel minoritet. To studier fra hhv. Storbritannien og Canada viser, at forekomsten af rygning blandt de unge var mere end dobbelt så stor for unge, der identificerede sig som lesbiske, bøsser eller biseksuelle, end for heteroseksuelle (Hagger-Johnson, 2014; Hagger-Johnson et al., 2013).

På psykosociale parametre, såsom psykisk velbefindende, selvmordstanker og socialt støtte, så viser den svenske undersøgelse, at LGBT-personer er mere udsatte end den øvrige befolkning. Manglen på emotionel støtte er mest udbredt blandt biseksuelle mænd og transpersoner (Statens Folkhälsoinstitut, 2005). I CASAs undersøgelse er der en dobbelt så stor andel af LGBT-personerne sammenlignet med den øvrige danske befolkning, der har haft selvmordstanker inden for det seneste år. Andelen af selvmordsforsøg i denne gruppe er også fire gange så stor som i den øvrige befolkning. De biseksuelle kvinder står for den største andel af selvmordsforsøgene (Gransell & Hansen, 2009). Disse fund er i tråd med de nationale undersøgelser fra Sverige og Norge, som også viser, at selvmordstanker og -forsøg er mere udbredt blandt LGBT-personer (Hegna et al., 1999; Statens Folkhälsoinstitut, 2005). Flere amerikanske studier har også vist, at seksuelle minoriteter har en højere risiko for dårlig psykisk helbred end den øvrige befolkning (Fredriksen-Goldsen, Simoni, et al., 2014; Koh & Ross, 2006). Et nyligt studie af ældre transpersoners sundhed viser, at forekomsten af depressionssymptomer og oplevet stress er højere for denne gruppe end for ciskønnede (Fredriksen-Goldsen, Cook-Daniels, et al., 2014).

I forhold til adgang til sundhedsydelse så viste den seneste nationale sundhedsundersøgelse fra USA (*National Health Interview Survey*), at kvinder, som identificerede sig som lesbiske eller biseksuelle, i mindre grad end heteroseksuelle kvinder oplevede, at de havde et fast sted, hvor de kunne opsøge sundhedsydelse (Ward, Dahlhamer, Galinsky, & Joestl, 2014). En britisk undersøgelse fra 2010 pegede også på, at lesbiske og biseksuelle kvinder oplevede, at seksuel orientering var et tabu i sundhedssektoren, og at sundhedsprofessionelle ofte ikke kunne vejlede og rådgive dem om sundhedsforhold specifikke for deres seksuelle orientering (Fish & Bewley 2010).

Årsager til ulighed i sundhed

Internationale studier har peget på, at et af forholdene, der kan være medvirkende til ulighed i sundhed for LGBT-personer, er stigmatisering af seksuelle minoriteter og kønsidentitetsminoriteter på forskellige niveauer i samfundet (Bogart, Revenson, Whitfield, & France, 2014). Det kan eksempelvis være på statsniveau, hvor LGBT-personer ikke nyder samme rettigheder som heteroseksuelle og ciskønnede, fordi lovgivningen på et givent område tager udgangspunkt i en cis- og heteronormativ samfundsforståelse. Den cis- og heteronormative samfundsstruktur kommer til udtryk, når antagelser om køn og heteroseksualitet tages for givet som det "naturlige", hvilket usynliggør seksuelle minoriteter og kønsidentitetsminoriteter, som gøres til en form for "afvigere" fra det "normale" (Statens Folkhälsoinstitut, 2005).

Et andet eksempel, på hvordan samfund kan være styret af cis- og heteronormative opfattelser, er manglen på viden om LGBT-personer i sundhedssektoren. Et amerikansk studie har eksempelvis vist, at lesbiske var mindre tilbøjelige til at blive tilbudt SMEAR-test sammenlignet med heteroseksuelle (Harcourt, 2006). Her peger internationale studier på, at seksuelle minoriteter efterlyser en mere synlig ligebehandlingspolitik i sundhedssektoren, der gør patienter trygge ved at tale om deres seksuelle orientering, adfærd og attraktion samt oplysning om tavshedspligt i forhold hertil. Dette

forudsætter, at sundhedsprofessionelle ved, hvordan man taler med LGBT-personer på en ikke-dømmende måde og deslige har kendskab til de sundhedsområder, som kan være særlige for patienter, der tilhører LGBT-gruppen (Fish & Bewley, 2010; Mayer et al., 2008).

Stigmatisering i form af verbale eller fysiske overgreb er udtryk for homo-, bi- og transfobi, der eksisterer hos individuelle personer, men som muliggøres af bl.a. samfundsmæssige opfattelser som fx hetero- og cisnormativitet (Boellstorff, 2004; Dahl, 2005). Det Europæiske Agentur for Fundamentale Rettigheder (FRA) gennemførte i 2012 den første europæiske undersøgelse af diskrimination og forfølgelse af LGBT-personer. Undersøgelsen viste, at 31 procent af respondenterne fra Danmark havde følt sig diskrimineret eller chikaneret på grund af deres seksuelle orientering. Ser vi på hadforbrydelser uanset land, havde 6 procent af alle respondenter inden for de seneste 12 måneder været udsat for fysisk vold, seksuel vold eller trusler herom, som de mente delvist eller helt skyldtes deres seksuelle orientering eller kønsidentitet (FRA, 2014b). FRA udgav også en detaljeret rapport om transpersoners levevilkår og oplevelser med diskrimination, der blandt andet viste, at mere end 50 procent af respondenterne fra Danmark undgår steder af frygt for overfald, trusler eller chikane (FRA, 2014a). I Danmark er det jf. Straffelovens §81, nr. 6, en strafskærpende omstændighed, hvis en forbrydelse har baggrund i offerets etniske oprindelse, tro, seksuelle orientering eller lignende. Kønsidentitet indgår således ikke heri, men antages at høre under "lignende" (IMR, 2011). Institut for Menneskerettigheder publicerede i 2011 en udredning, der viste, at der er en stor diskrepans mellem omfanget af oplevede hadforbrydelser og anmeldelsen af hadforbrydelser i Danmark. Der fremføres forskellige forklaringer herpå, blandt andet manglende tiltro til politiet og frygt for personlige konsekvenser (IMR, 2011).

På individniveau, har tidligere studier vist, at den cis- og heteronormative samfundsstruktur og kulturelle opfattelse af seksuelle minoriteter og kønsidentitetsminoriteter medføre, at LGBT-

personer oplever minoritetsstress (Bogart et al., 2014; Meyer, 1995). Minoritetsstress er et sociopsykologisk begreb, som refererer til den særlige stress, som individer, der tilhører en minoritet, kan blive udsat for qua deres sociale position som minoritet. Flere studier peger på, at der er en sammenhæng mellem dårlig psykisk trivsel blandt LGBT-personer og minoritetsstress målt gennem forhold som internaliseret homo-, bi- og transfobi, stigmatisering og oplevelser af diskrimination og vold (Lick, Durso, & Johnson, 2013; Meyer, 1995, 2003).

En rettighedsbaseret tilgang til sundhed

Anerkendelsen af, at social ulighed påvirker menneskers sundhedstilstand og adgang til sundhedsydelser, har fået internationale forskere og praktikere til at pege på nødvendigheden af se på LGBT-sundhed ud fra et menneskerettighedsperspektiv (Fish & Bewley, 2010). Det vil sige, vi bør søge at forstå, hvordan strukturer og forhold i samfundet kan bidrage til ulighed i sundhed blandt LGBT-personer.

Sundhed er en universel ret for ethvert menneske. Retten er indskrevet i en lang række internationale menneskerettighedskonventioner.¹⁷ På trods heraf er der stadig mange områder, hvor LGBT-personer diskrimineres på grund af deres seksuelle orientering og/eller kønsidentitet og derfor ikke nyder samme rettigheder som den øvrige befolkning. I 2006 udviklede en række menneskerettighedsekspertter Yogyakarta-princippet, som har til hensigt at stadfæste forpligtelsen for alle lande til at sikre seksuelle og kønsidentitetsminoriteter rettigheder og samtidig anviser lande, hvordan de bedst opfylder disse. Det syttende princip omhandler retten til den højest mulige sundhedsstandard og fokuserer ikke kun på adgangen til sundhedsydelser, men også på sundhedsinformation, ligebehandling, bekæmpelse af fordomme og diskrimination (Fish & Bewley, 2010; Hunt &

Backman, 2008).¹⁸ I den rettighedsbaserede tilgang er fokus således på individets individuelle rettigheder og på de pligter, staten har for at sikre, at alle borgere har lige muligheder for et sundt fysisk og psykisk helbred.

Flere lande, så som Storbritannien, Australien, USA, Norge og Sverige har inkluderet seksuelle- og kønsidentitetsminoriteter i nationale handlingsplaner for at reducere ulighed i sundhed i befolkningen (Fish & Bewley, 2010). I Storbritannien blev der i 2012 nedsat en arbejdsgruppe med det formål at sikre sundhedsministeriets arbejde med at tackle ulighed i sundhed relateret til seksuel orientering og kønsidentitet. Sidenhen har regeringsagenturet *Public Health England* (PHE) under sundhedsministeriet arbejdet for at bekæmpe ulighed i sundhed for LGBT-personer og mainstream et LGBT-perspektiv i sundhedsydelserne.¹⁹ Senest har PHE udgivet handlingsplanen "Promoting the health and wellbeing of gay, bisexual and other men who have sex with men 2015-16".

Den rettighedsbaserede tilgang til sundhed for LGBT-personer er ikke at finde i de danske handlingsplaner på sundhedsområdet. I Sundhedsstyrelsens 11 forebyggelsespakker med faglige anbefalinger til kommunernes forebyggelsesarbejde, er LGBT-personer kun fremhævet i pakken for seksuel sundhed, men nævnes ikke som et selvstændigt fokusområde. Dog blev samkønnet partnervold for første gang fremhævet i den nationale handlingsplan på voldsområdet "Indsats mod vold i familien og i nære relationer" fra 2014.²⁰ De konkrete indsatser er dog ikke nærmere beskrevet.

¹⁷ Retten til sundhed er bl.a. indskrevet i følgende: WHO-forfatningen, præambelen (1946), FNs Verdenserklæring om Menneskerettigheder, art. 25 (1948), FNs Konvention om Økonomiske, Sociale og Kulturelle Rettigheder art. 12 (1966), CEDAW art. 12 (1979), Børnekonventionen art. 24 (1989), Den Europæiske Socialpakt art 11 (1961).
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/#>, besøgt d. 6. maj 2015

¹⁸ Se Yogyakarta-princippet her:
http://www.yogyakartaprinciples.org/principles_en.htm, besøgt d. 6. maj 2015

¹⁹ Se PHEs handlingsplan:
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/401005/PHEMSMAActionPlan.pdf, besøgt d. 7. maj 2015

²⁰ Se den nationale handlingsplan 'Indsats mod vold i familien og i nære relationer': http://sm.dk/filer/nyheder/dokumenter-til-nyheder-2014/hp_vold-i-naere-relationer.pdf, besøgt d. 7. maj 2015

4. Metode

Datamateriale

Datamaterialet i denne undersøgelse stammer fra to spørgeskemaundersøgelser, 1) Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen (SUSY) 2013, og 2) Transpersoner som har udfyldt SUSY-spørgeskemaet i 2015.

SUSY 2013

Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2013 (SUSY 2013) er gennemført af Statens Institut for Folkesundhed og er en del af Den Nationale Sundhedsprofil 2013, som er gennemført i samarbejde med de fem regioner og Sundhedsstyrelsen. I undersøgelseerne er der blevet indsamlet information om sundhed og sygelighed samt forhold af betydning herfor (fx sundhedsadfærd og sociale relationer).

Rekrutteringen af respondenter til SUSY 2013 foregik gennem udtræk af en national stikprøve, der omfattede hele Danmark, fra Det Centrale Personregister (CPR). Stikprøven omfatter 25.000 personer på 16 år eller derover med bopæl i Danmark pr. 1. januar 2013. Hver inviteret person fik tilsendt et introduktionsbrev samt et papirspørgeskema. Det var desuden muligt at besvare et identisk spørgeskema på internettet. I introduktionsbrevet blev det gjort klart, at deltagelse i undersøgelsen var frivillig, og at svarpersonen var sikret fuld anonymitet. I alt har 14.265 personer besvaret spørgeskemaet. Dette betyder, at svarprocenten er 57 %. SUSY 2013 er i denne undersøgelse benyttet til at undersøge helbredsforholdene blandt lesbiske, bøsser, biseksuelle samt heteroseksuelle personer.

Tabel 4.1. Svarprocent og antal inviterede fordelt på køn og alder

		Antal inviterede	Besvarelser	Svarprocent
Mænd	16-24 år	1.887	769	41
	25-34 år	1.575	662	42
	35-44 år	1.881	854	45
	45-54 år	2.120	1.116	53
	55-64 år	2.052	1.296	63
	65-74 år	1.685	1.155	69
	≥75 år	1.008	601	60
	Alle mænd	12.208	6.453	53
Kvinder	16-24 år	1.762	954	54
	25-34 år	1.465	806	55
	35-44 år	1.908	1.147	60
	45-54 år	2.218	1.453	66
	55-64 år	2.077	1.413	68
	65-74 år	1.870	1.274	68
	≥75 år	1.492	765	51
	Alle kvinder	12.792	7.812	61
Alle	25.000	14.265	57	

Lesbiske, bøsser og biseksuelle

I denne undersøgelse er lesbiske, bøsser og biseksuelle identificeret ud fra spørgsmålet 'Er din seksuelle orientering overvejende rettet mod?' med mulighed for at svare 'personer af

modsat køn', 'personer af samme køn', 'personer af begge køn' eller 'ved ikke'.

Blandt de 14.265 respondenter i SUSY 2013 var der 144 lesbiske, 128 bøsser og 187 biseksuelle (59 mænd og 85 kvinder), baseret på deres egne

svar om seksuel orientering. Hertil kommer 6.691 heteroseksuelle kvinder og 5.834 heteroseksuelle mænd. Der var 1.324 (9 %), der valgte ikke at besvare spørgsmålet om seksuel orientering. Denne gruppe var ældre, med en gennemsnitsalder på 63 år. I alt udgør lesbiske, bøsser og biseksuelle 416 ud af 12.941 respondenter med kendt seksuel orientering (3,2 %). I tabel 4.2 ses fordelingen af lesbiske, bøsser og biseksuelle respondenter opdelt på seksuel orientering, køn og alder. Vores stikprøve er således relativt lille i forhold til andre internationale studier på området (Roth, Boström, & Nykvist, 2006) og i den lave ende af de forsigtige omfangsestimater, der angiver, at mellem 3,5 og 6,2 procent af befolkningen tilhører LGBT-gruppen (Gransell and Hansen 2009). Vi kan have en formodning om, at der i de 9 %, som ikke valgte at besvare spørgsmålet, også befinder sig flere lesbiske, bøsser og biseksuelle, da seksuel orientering er et sensitivt spørgsmål.

Transpersonundersøgelsen

Da der ikke indgik spørgsmål om kønsidentitet i SUSY 2013, blev der lavet en separat spørgeskemaundersøgelse blandt transpersoner i februar 2015. Undersøgelsen bestod af en besvarelse af det samme spørgeskema som SUSY 2013, dog med 11 supplerende spørgsmål der knytter sig specifikt til det at leve som transperson. De 11 supplerende spørgsmål blev udviklet i dialog med repræsentanter fra LGBT Danmark og LGBT-liv i AIDS-Fondet.

Da vi ikke kender populationen af transpersoner i Danmark, har vi ikke kunne lave en national repræsentativ stikprøve. I stedet er undersøgelsen blevet gennemført med en såkaldt bekvemlighedsstikprøve, hvor transpersoner er blevet inviteret til at besvare spørgeskemaet gennem foreninger og organisationer, som henvender sig til denne målgruppe. Det er derfor ikke muligt at sige noget om, hvorvidt denne stikprøve er repræsentativ for transpersoner i befolkningen, eller muligt at estimere, hvor stor en andel de udgør af befolkningen. Bilag 1

viser listen over de foreninger og organisationer, som vi kontaktede med anmodning om at udbrede kendskabet til undersøgelsen. Vi har ikke kendskab til, hvor mange af foreningerne og organisationerne, som valgte at udbrede kendskabet til undersøgelsen.

Undersøgelsen blev i modsætning til SUSY 2013 gennemført udelukkende som en elektronisk spørgeskemaundersøgelse. Hver organisation og forening fik en mail med information om undersøgelsen og anmodning om at dele denne information samt link til undersøgelse på deres hjemmeside eller via en mail til medlemmer i deres netværk. I introduktionsbrevet blev det gjort klart, at deltagelse i undersøgelsen var frivillig, og at besvarelsen skete anonymt.

I alt modtog vi 346 besvarelser af spørgeskemaet. Heraf var 155 besvarelser ufuldstændige, det vil sige, at dele af spørgeskemaet ikke var besvaret, eller personerne opfattede sig ikke som transpersoner, og skemaet derfor ikke skulle udfyldes. Tre personer under 15 år eller med uoplyst alder er udeladt. Der var 171 personer over 15 år, der havde besvaret hele spørgeskemaet, men heraf blev 8 personer over 60 år udeladt fra den kvantitative undersøgelse, da gruppen af respondenter i denne aldersgruppe kun udgør 8 personer og dermed ikke giver et validt grundlag for statistiske analyser. Dette betyder, at det samlede antal besvarelser i den kvantitative del blev udgjort af 163 transpersoner. I analysen af de kvalitative data inddrager vi alle 171 besvarelser.

Population

Undersøgelsespopulationen består af følgende grupper; lesbiske, bøsser, biseksuelle og transpersoner. De lesbiske, bøsser og biseksuelle har vi desuden opdelt i mænd og kvinder. Heteroseksuelle mænd og kvinder indgår kun som sammenligningsgrupper. For at variere sprogbrogen benyttes betegnelserne 'heteroseksuelle' og 'den øvrige befolkning' synonymt.

Tabel 4.2. Fordelingen af LGBT-besvarelsene, som benyttes i den kvantitative undersøgelse, opdelt på seksualitet, køn og alder.

	Lesbiske	Biseksuelle kvinder	Bøsser	Biseksuelle mænd	Transpersoner
15-34 år	28	39	25	11	100
35-59 år	57	34	53	27	63
60- år	59	12	50	21	8, udeladt
I alt	144	85	128	59	171

Aldersfordelingen af bøsser og biseksuelle mænd er den samme som for heteroseksuelle mænd, når der tages højde for den statistiske usikkerhed. For kvinder er der forholdsvis mange biseksuelle under 35 år og færre over 60 år set i forhold til heteroseksuelle kvinder. Transpersonerne er generelt unge, idet over halvdelen er under 30 år, og kun otte personer

er 60 år eller derover. Disse er som nævnt tidligere udeladt fra de kvantitative analyser, da der er for få til at give et sikkert billede af aldersgruppen over 60 år. Desuden er tre personer med uoplyst alder eller alder under 15 år udeladt.

Tabel 4.3. Fordelingen af LGBT-besvarelsene, som benyttes i den kvantitative undersøgelse, opdelt på seksualitet, køn og samlivsstatus

	Lesbiske	Biseksuelle kvinder	Bøsser	Biseksuelle mænd	Transpersoner
Enlige	49	45	48	29	139
Samlevende	94	39	80	30	24
Uoplyst	1	1	0	0	0
I alt	144	85	128	59	163

Tabellen viser, at blandt lesbiske og bøsser er der en overvægt af samlevende set i forhold til enlige, idet andelen af samlevende er henholdsvis 66 % og 63 %, en overvægt der er tæt på fordelingen for heteroseksuelle (69 % samlevende blandt kvinder og 73 % blandt mænd). Blandt biseksuelle mænd og kvinder er der nogenlunde lige mange enlige og samlevende, mens der blandt transpersoner er en markant overvægt af enlige (85 %).

Uddannelse

Da der er en betydelig social ulighed i sundhed, er det af betydning at undersøge, om der er forskelle mellem grupperne i social status og uddannelse. Tabel 4.4 viser fordelingen på

uddannelse for LGBT-personerne. Til sammenligning var andelen med videregående uddannelse 42 % blandt heteroseksuelle kvinder og 37 % blandt heteroseksuelle mænd. Der er ingen forskel i uddannelsesniveaet mellem grupperne med undtagelse af de biseksuelle kvinder, hvor færre har en videregående uddannelse. Dette kan dog til en vis grad skyldes, at de er yngre, og mange derfor stadig er i gang med en uddannelse.

Transpersoner

I denne undersøgelse er transpersoner identificeret ud fra spørgsmålet "Har du på noget tidspunkt i dit liv opfattet dig som transperson?"

Da betegnelsen transperson dækker over en heterogen gruppe, havde vi i spørgeskemaet tilføjet en beskrivelse af, hvad vi i undersøgelsen havde valgt at definere som transperson. Denne definition er i overensstemmelse med opfattelsen i LGBT Danmark og LGBT-liv i AIDS-Fondet. Definitionen lød således: ”Med transperson menes en person, hvis kønsidentitet eller kønsudtryk i større eller mindre grad ikke er i overensstemmelse med det køn, vedkommende blev tildelt ved fødslen.” I kapitel 11 beskriver vi de betegnelser, svarpersonerne vælger at bruge om deres kønsidentitet. Vi har i undersøgelsen en overvægt af transpersoner, der er født med det biologiske køn ’kvinde’. Således angiver 107 respondenter, at deres medfødte køn er ’kvinde’, men kun 66 angiver at have ’mand’ som deres medfødte køn. Vi er bevidste om, at dette kan have haft indflydelse på de svar, vi har fået. Ligeledes har vi kun fået besvarelser fra 4 transvestitter. Grundet antallet af besvarelser er vi ikke i stand til at lave

særskilte analyser for de forskellige grupper af transpersoner, selvom vi er bevidste om, at der kan være forskelle herimellem.

Statistisk analyse

I analysen er LGB-personerne opdelt i fire grupper: lesbiske, biseksuelle kvinder, bøsser og biseksuelle mænd. Disse grupper er sammenlignet med hinanden og med heteroseksuelle kvinder og mænd, således at der kun er sammenlignet mænd med mænd og kvinder med kvinder. Ved sammenligningen er der vægtet for eventuelle forskelle i aldersfordelingen mellem grupperne. Denne vægtning kan betyde, at forskelle, der ser væsentlige ud på figurerne, ikke er statistisk sikre. Dette skyldes dels, at aldersfordelingen i grupperne er forskellig, hvor især de biseksuelle kvinder adskiller sig fra de øvrige grupper, dels at kun personer under 60 år indgår i den øverste af de to figurer, som er præsenteret for hver indikator.

Tabel 4.4. Fordelingen af LGBT-besvarelserne, som benyttes i den kvantitative undersøgelse, opdelt på seksualitet, køn og uddannelse

	Lesbiske	Biseksuelle kvinder	Bøsser	Biseksuelle mænd	Transpersoner
Grundskole	14	6	8	4	6
Kort uddannelse	45	32	44	16	31
Kort videregående uddannelse	8	3	9	11	7
Mellemlang videregående uddannelse	29	14	26	5	27
Lang videregående uddannelse	19	6	20	6	22
Under uddannelse	10	18	9	8	57
Andet og uoplyst	19	6	12	9	13
I alt	144	85	128	59	163
Andel med videregående uddannelse	39 %	27 %	43 %	37 %	34 %

Forskelle mellem grupperne er testet statistisk, og statistisk signifikante forskelle er omtalt som ”statistisk sikre” forskelle. Når forskellen er testet mellem en af grupperne og de heterosek-

suelle, er sidstnævnte gruppe ofte omtalt som ”den øvrige befolkning” for at øge forståelsen, selv om dette formelt set ikke er helt korrekt.

Da der er tale om forholdsvis små grupper, skal forskellene mellem grupperne være store for at være signifikante – der kan altså være reelle forskelle, som ikke er statistisk sikre. Omvendt vil der på grund af de mange statistiske tests være forskelle, som bliver signifikante, men som ikke nødvendigvis er reelle. Da signifikansniveauet er sat til 5 %, kan det ske for hver 20. test, der foretages. Enkeltstående signifikante resultater skal derfor ikke overfortolkes, men i stedet vurderes i sammenhæng med de øvrige sundhedsindikatorer. Der er ikke testet for forskelle mellem transpersoner og andre, fordi gruppen ikke med sikkerhed er repræsentativ, og forskelle derfor kan skyldes, at transpersonerne er fundet på en anden måde end de øvrige grupper. Markante forskelle mellem transpersoner og andre er dog nævnt.

Kvalitativ analyse

I spørgeskemaet til transpersoner tilføjede vi et åbent spørgsmål, hvor respondenterne selv havde mulighed for at beskrive, hvis denne oplevede, at der var forhold, særligt gældende for det at leve som transperson, som havde betydning for personens fysiske og/eller psykiske sundhed. Spørgsmålet var formuleret således: "Kan du nævne forhold, der har betydning for din sundhed og trivsel i forhold til at leve som en transperson? Det kan være forhold i opvæksten, din skoletid, som ung, i dit arbejdsliv eller i mødet med normer i samfundet i øvrigt." Desværre havde vi ikke mulighed for at tilføje et lignende spørgsmål i spørgeskemaet til seksuelle minoriteter, da denne del af undersøgelsen som tidligere nævnt blev gennemført i 2013 som den nationale Sundheds- og Sygelighedsundersøgelse.

I alt var der 122 transpersoner ud af i alt 171 respondenter, som valgte at besvare det åbne spørgsmål. Besvarelsernes omfang rangerede fra en enkelt sætning til knap 450 ord. Analysen af besvarelserne blev gennemført som en induktiv tekstanalyse, hvor datamaterialet blev kodet efter centrale og gennemgående temaer, der fremkom under gentagende læsning af materialet. Analysen var induktiv, idet vi ikke på forhånd havde forskningsspørgsmål, der

strukturerede denne del af vores analyse. Dog er selve spørgsmålet til respondenterne formuleret med en vis antagelse om, at forhold i opvækst, skolegang, ungdomsliv, arbejdsliv og mødet med normer kan have indflydelse på svarpersonernes sundhed.

Da vi kun har haft lejlighed til at stille dette ene åbne og meget brede spørgsmål, efterlader analysen mange spørgsmål ubesvaret, og vi har derfor ikke haft mulighed for at analysere – på nuanceret vis – alle forhold og sammenhænge, som respondenterne har angivet som betydningsfulde for deres sundhed. I kapitel 13 beskriver vi de forhold, som vi på baggrund af analysen anser som væsentlige at undersøge nærmere for at forstå lesbiske, bøsser, biseksuelle og transpersoners sundhed.

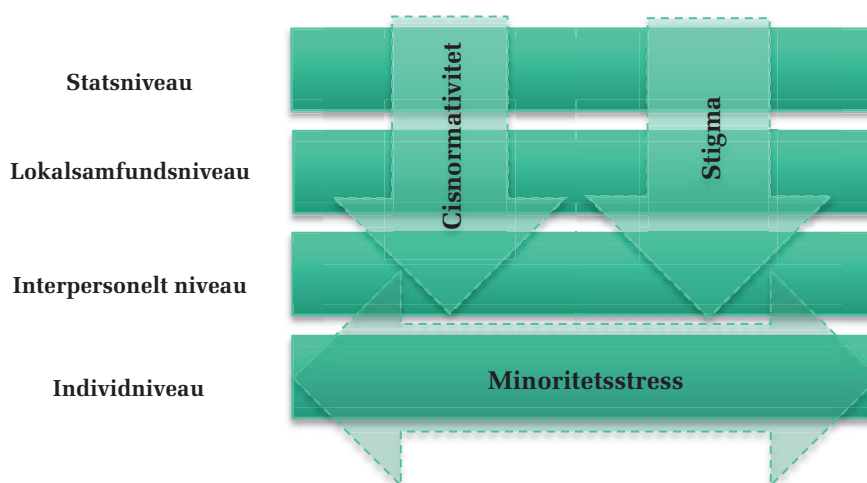
Den kvalitative analyse tager afsæt i en social-konstruktivistisk tilgang til køn. Det vil sige, vi antager, at forestillinger og normer omkring køn er konstrueret socialt, kulturelt og historisk. Denne opfattelse af køn bygger på en skelnen mellem *medfødt køn*, *kønsidentitet* og *kønsrolle*. Denne forudindtagelse, at en persons medfødte køn afstedkommer en bestemt kønsidentitet – det vil sige følelse af at være mand eller kvinde, mener vi er tillært i blandt andet opvæksten. I opvæksten lærer vi at agere feminint eller maskulint gennem for eksempel kropssprog og påklædning og tilegne os en kønsbestemt rolle som enten mand eller kvinde (Folkhälsoinstitut, 2005). Dog antages kønsroller stadig i varierende grad at være afledt af det medfødte køn. Men kønsroller ændrer sig gennem tiden og fra kontekst til kontekst og kan derfor ikke opfattes som universelle måder at udtrykke et medfødt køn på. Ligesom kønsroller er afhængige af tid og sted, kan vores subjektive følelse af at være transperson, kvinde eller mand også variere i intensitet igennem vores liv og i forskellige sammenhænge. Følelsen af at være feminin (kvinde) et sted, kan erstattes af en følelse af at være maskulin (mand), androgyn (hverken mand eller kvinde) eller transperson et andet. I analysen viser vi blandt andet, hvordan transpersonernes erfaringer transcenderer denne a priori antagelse

om den forventelige forbindelse mellem medfødt køn, kønsidentitet og kønsrolle.

For at sikre validitet og pålidelighed i analysens konklusioner benytter vi teoritrianglering, hvor flere forskellige teoretiske perspektiver bliver anlagt på datamaterialet. Analysen af datamaterialet er struktureret med udgangspunkt i sociolog Urie Bronfenbrenners social-økologiske model (Bronfenbrenner, 1979), hvor vi har set på forhold der har haft betydning for

transpersoners fysiske og psykiske sundhed på hvert af de fire niveauer: individ-, interpersonelt-, lokalsamfunds- og statsniveau. Som led i en tværgående analyse har vi benyttet os af begreberne *cisnormativitet*, *stigma* og *minoritetsstress* til at begrebsliggøre, hvordan forhold på de fire niveauer spiller sammen som vist i modellen figur 4.1. De tre teoretiske begreber bliver nærmere forklaret i analysen i kapitel 11.

Figur 4.1. Model for den kvalitative analyse



Etik

En undersøgelse som denne, der har fokus på særligt marginaliserede grupper i befolkningen, kræver også særlige forskningsetiske refleksioner og hensyn. Vores undersøgelse er godkendt af Datatilsynet, og i dialog med tilsynet har vi taget visse forholdsregler i transpersonundersøgelsen i forhold til at sikre vores respondents anonymitet. Først og fremmest har vi ikke spurgt om navn, cpr-nummer, adresser eller andre direkte personhenførbare oplysninger. Desuden har vi spurgt om alder i stedet for fødselsdag og herefter grupperet alder i intervaller. Ligeledes har vi heller ikke spurgt til, hvor vidt man har fået foretaget kønskorrigerende kirurgi, da dette drejer sig om relativt få mennesker og derfor kan være en personhenførbare oplysning. I stedet har vi spurgt bredt til kønskorrigerende behandling generelt. I vores databehandlertaftale har vi ligeledes aftalt slet-

ning af alle logs, da disse kan være personhenførbare.

Vores følgegruppe bestående af repræsentanter fra LGBT-liv i AIDS-Fondet og LGBT Danmark har givet os uundværlig sparring, både i forhold til formuleringen af transpersonsspørgsmålene og i forhold til at sikre, at vi fremlægger og formidler vores resultater på en respektfuld måde i forhold til LGBT-gruppen eller de forskellige seksuelle minoriteter og kønsidentitetsmiljøer.

I den kvantitative analyse er der for at sikre anonymitet samt statistisk styrke kun benyttet grupper med mere end 10 personer til de statistiske analyser. Det har blandt andet betydet, at gruppen af transpersoner over 60 år er udeladt.

I den kvalitative analyse har vi taget særligt hensyn til at anonymisere respondenternes

fritekstsvar, således at de ikke kan identificeres i analysen. Det vil blandt andet sige, at vi har udeladt eller ændret information, som vi har vurderet er personhenførbare. Det kan eksempelvis være særlige omstændigheder omkring oplevelser med diskrimination eller familieforhold. Vi har også forsøgt at tydeliggøre de mangler, som vores analyse har, idet vi kun har haft lejlighed til at stille et kvalitativt spørgsmål. Det er således vigtigt at pointere, at analysens fund er øvrige og efterlader rum for mere nuancerede undersøgelser af de forhold, som kun overfladisk berøres her. I kapitel 13 beskrives nogle af de områder, som vi mener bør undersøges nærmere for at forstå LGBT-personers sundhed.

5. Helbred og trivsel

I dette kapitel undersøger vi, hvorledes LGBT-personer oplever og vurderer deres helbred og trivsel. Begrebet 'helbred' stammer oprindeligt fra oldnordisk og betyder 'hel, uden skavanker' og benyttes typisk om en persons fysiske sundhedsmæssige tilstand (Tønnesen et al., 2005). I denne undersøgelse har vi inddraget indikatorer for både fysisk og psykisk sundhed for at tegne et billede af LGBT-personers helbredsmæssige tilstand. Vi beskriver LGBT-personers selvvaluerede helbred, fysiske og mentale helbred samt stress.

Selvvalueret helbred er en persons egen samlede vurdering af dennes helbredsforhold, der ikke alene kan beskrives ved de symptomer og sygdomme, som personen eventuelt måtte have. Både i Danmark og internationalt er selvvalueret helbred blevet påvist som en selvstændig risikofaktor for sygelighed og dødelighed. Det vil sige, jo dårligere en person vurderer sit eget helbred, desto større risiko har personen for sygelighed og tidlig død. Der er eksempelvis fundet sammenhænge mellem selvvalueret helbred og kræft, hjerte-karsygdom og medicinforbrug (Christensen et al., 2012; Christensen et al., 2007; DeSalvo, Bloser, Reynolds, He, & Muntner, 2006; Idler & Benyamini, 1997; Tamayo-Fonseca et al., 2013).

I denne undersøgelsen er fysisk og mentalt helbred vurderet ud fra spørgsmålsbatteriet SF-12. SF står for *Short Form 12 Health Survey version 2*, da det er udviklet med afsæt i et langt mere omfattende spørgeskema til at vurdere respondenters helbredstilstand. I denne korte udgave af spørgeskemaet besvarer respondenterne spørgsmål om helbredsrelaterede begrænsninger i fysisk funktion, social funktion og psykisk velbefindende (Ware Jr, Kosinski, & Keller, 1996). På baggrund af besvarelserne er det muligt at beregne en samlet score for henholdsvis en fysisk helbreds-kom-

ponent og en mental helbreds-komponent. I nærværende undersøgelse følger vi tidligere sundheds- og sygelighedsundersøgelser af grænsning af dårligt fysisk og mentalt helbred som de 10 procent af respondenterne med den laveste score for hver af de to helbreds-komponenter. Grænsen er uafhængig af køn og således den samme for mænd, kvinder og transpersoner (Christensen et al., 2012).

Stress tillægges forskellige betydninger i forskellige sammenhænge og anvendes således ofte ikke konsistent. I den internationale litteratur defineres stress på tre forskellige måder; 1) faktorer i omgivelserne, der påvirker individet, 2) en individtilstand, 3) det interaktionelle forhold mellem omgivelser og individ. I denne undersøgelse følger vi Netterstrøm og Kristensens definition af stress som 'en individtilstand karakteriseret ved kombinationen af anspændthed og ulyst', som følger den anden af de tre internationale opfattelser af begrebet (N. H. Nielsen & Kristensen, 2007). Ved anspændthed forstås en tilstand, hvor individet mobiliserer energi til at tackle en belastende situation. I en sådan situation går vores krop i et såkaldt alarmberedskab, der gør det muligt for os at håndtere den pågældende situation. Stress kan medføre forskellige sygdomme, men er ikke i sig selv en sygdom. En langvarig tilstand af stress kan være skadelig for kroppen, da den ikke får mulighed for at restituere sig. Der er bl.a. fundet sammenhænge mellem langvarig stress og øget risiko for hjerte-kar-sygdomme og depression (Christensen et al., 2012; N. H. Nielsen & Kristensen, 2007)

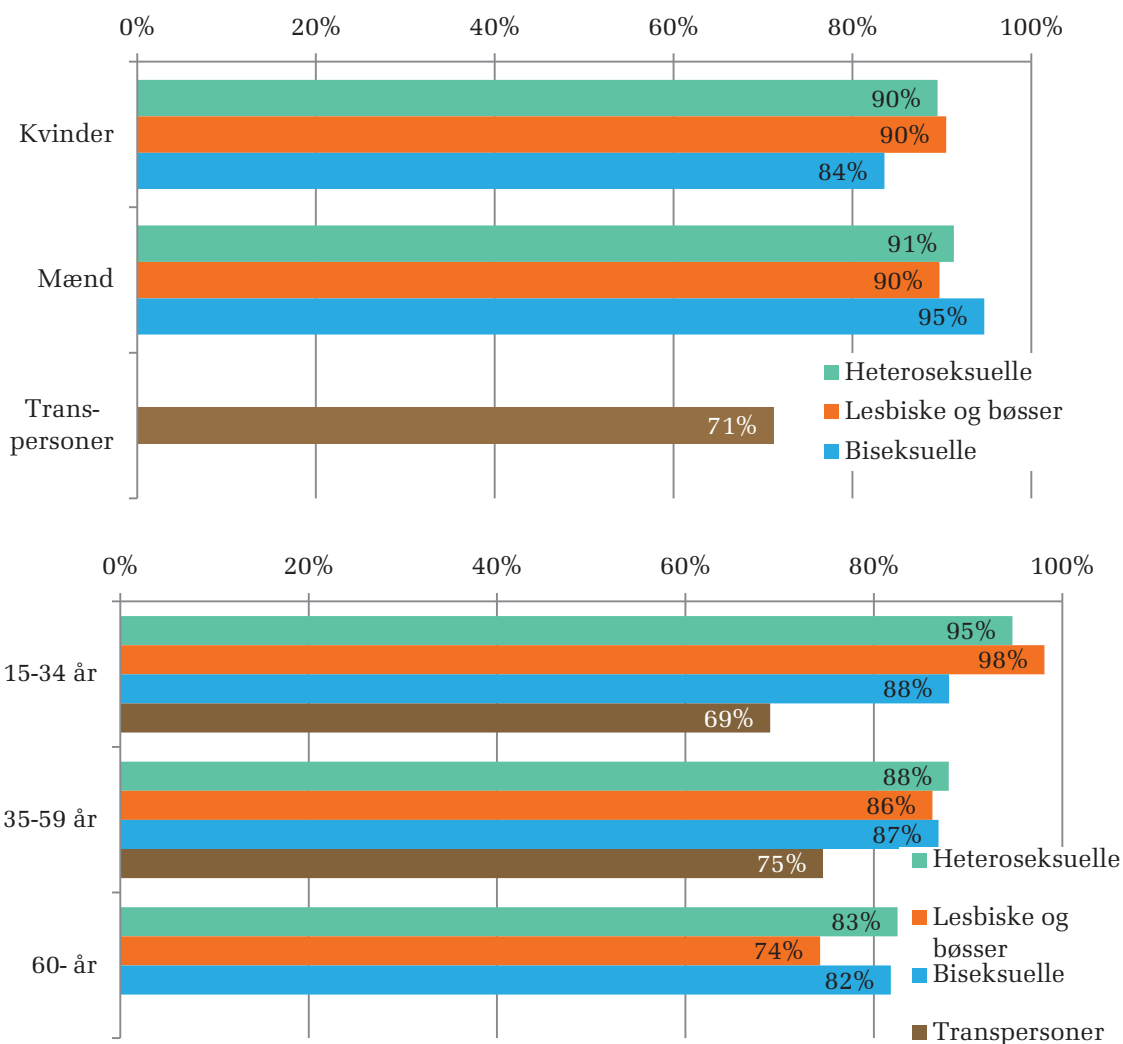
Vi er velvidende, at der også er andre relevante forhold for LGBT-personers mentale helbred, som ikke er medtaget her, fx åbenhed omkring seksualitet eller kønsidentitet eller spørgsmål omkring diskrimination.

Selvvrurderet helbred

I undersøgelsen har vi undersøgt selvvrurderet helbred ved at anmode respondenterne om at besvare spørgsmålet 'Hvordan synes du, at dit helbred er alt i alt?'. Spørgsmålet kunne besva-

res med en fem punkts Likert-skala rangerende fra 'fremragende' til 'dårligt'.

Figur 5.1. Andel, der vurderer deres helbred som fremragende, vældig godt eller godt, opdelt på seksualitet og køn/alder. Kun personer under 60 år er medtaget ved opdelingen på køn.



Der er ingen statistisk sikre forskelle mellem lesbiske, bøsser, bi-, og heteroseksuelle, hvad angår selvvrurderet helbred. Transpersoner,

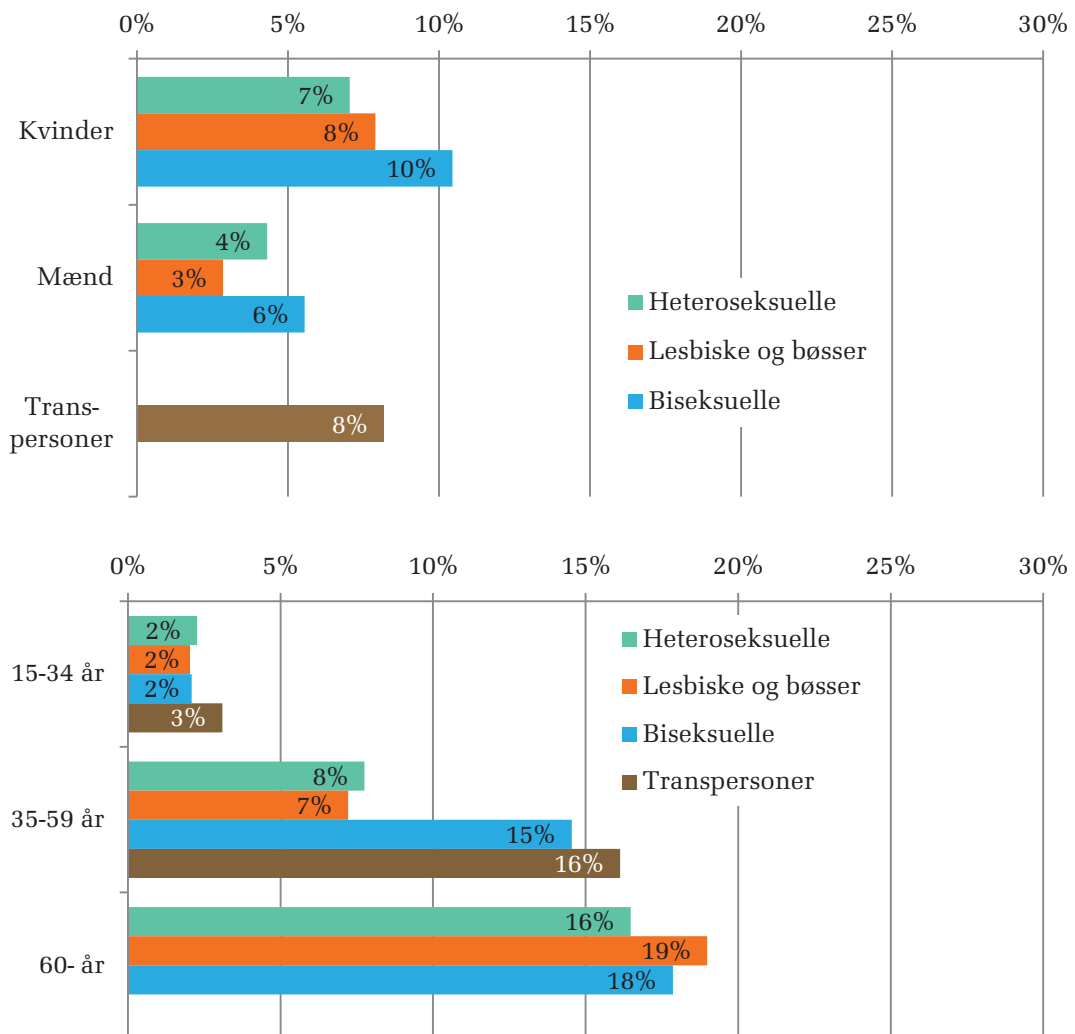
herunder særligt de yngre under 35 år, er den gruppe, der har det dårligste selvvrurderede helbred.

Fysisk helbred

Fysisk helbred er som nævnt indledningsvist i dette kapitel undersøgt ved at bruge SF-12, der belyser respondenternes helbredstilstand inden for de sidste fire uger gennem tolv spørgsmål.

Ud fra svarene på disse spørgsmål er personer med dårligt fysisk helbred fundet.

Figur 5.2. Andel med dårligt fysisk helbred, opdelt på seksualitet og køn/alder. Kun personer under 60 år er medtaget ved opdelingen på køn.



Der er ingen statistisk sikre forskelle mellem grupperne, men generelt er der flest med dårligt fysisk helbred blandt de biseksuelle. Også

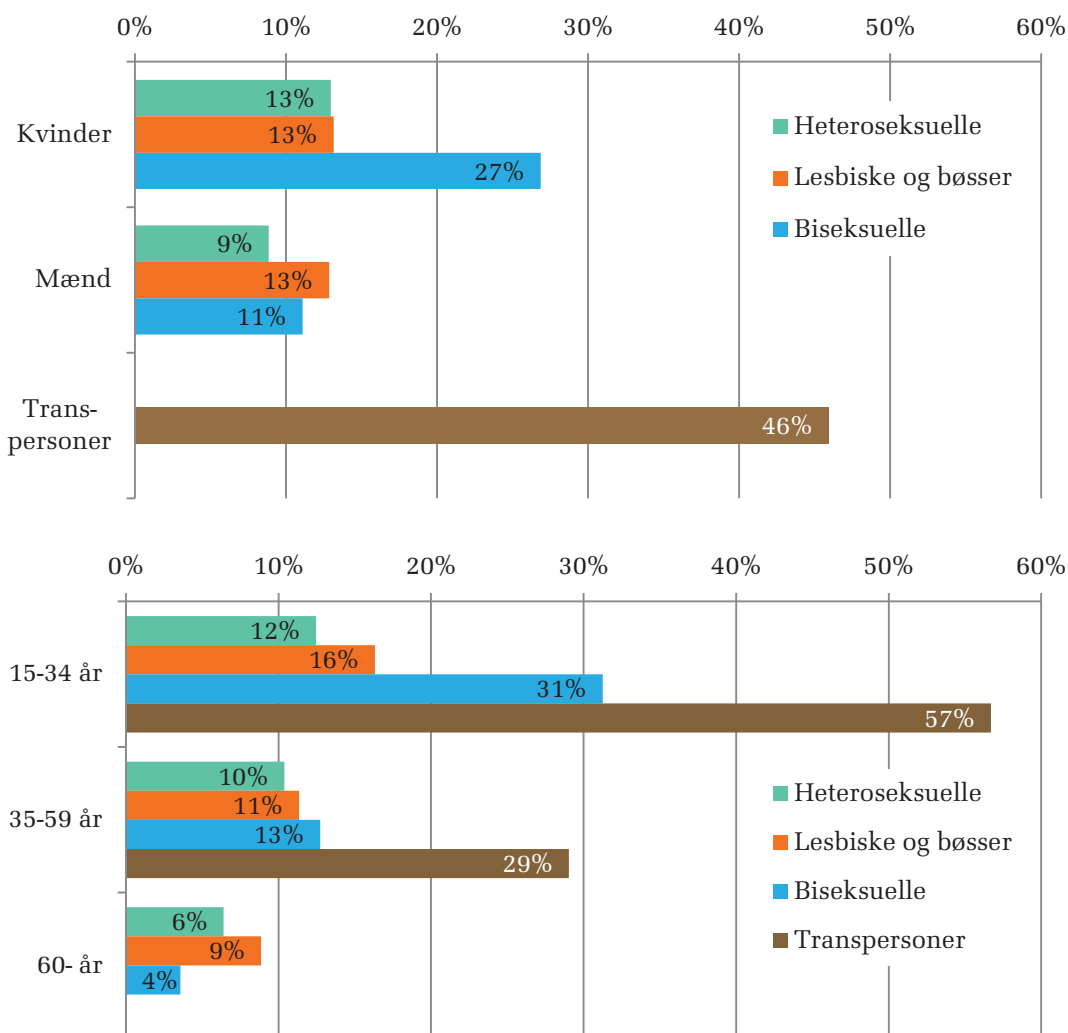
blandt transpersonerne er der mange med dårligt fysisk helbred. Andelen med dårligt fysisk helbred stiger markant med alderen.

Mentalt helbred

Mentalt helbred er som beskrevet i indledningen til dette kapitel undersøgt ved at bruge SF-12, der belyser respondenternes helbredstil-

stand inden for de sidste fire uger gennem tolv spørgsmål. Ud fra svarene på disse spørgsmål er personer med dårligt mentalt helbred fundet.

Figur 5.3. Andel med dårligt mentalt helbred, opdelt på seksualitet og køn/alder. Kun personer under 60 år er medtaget ved opdelingen på køn.



Biseksuelle kvinder har oftere et dårligt mentalt helbred end heteroseksuelle kvinder. Blandt unge biseksuelle kvinder (under 35 år) er andelen med dårligt mentalt helbred 35 %.

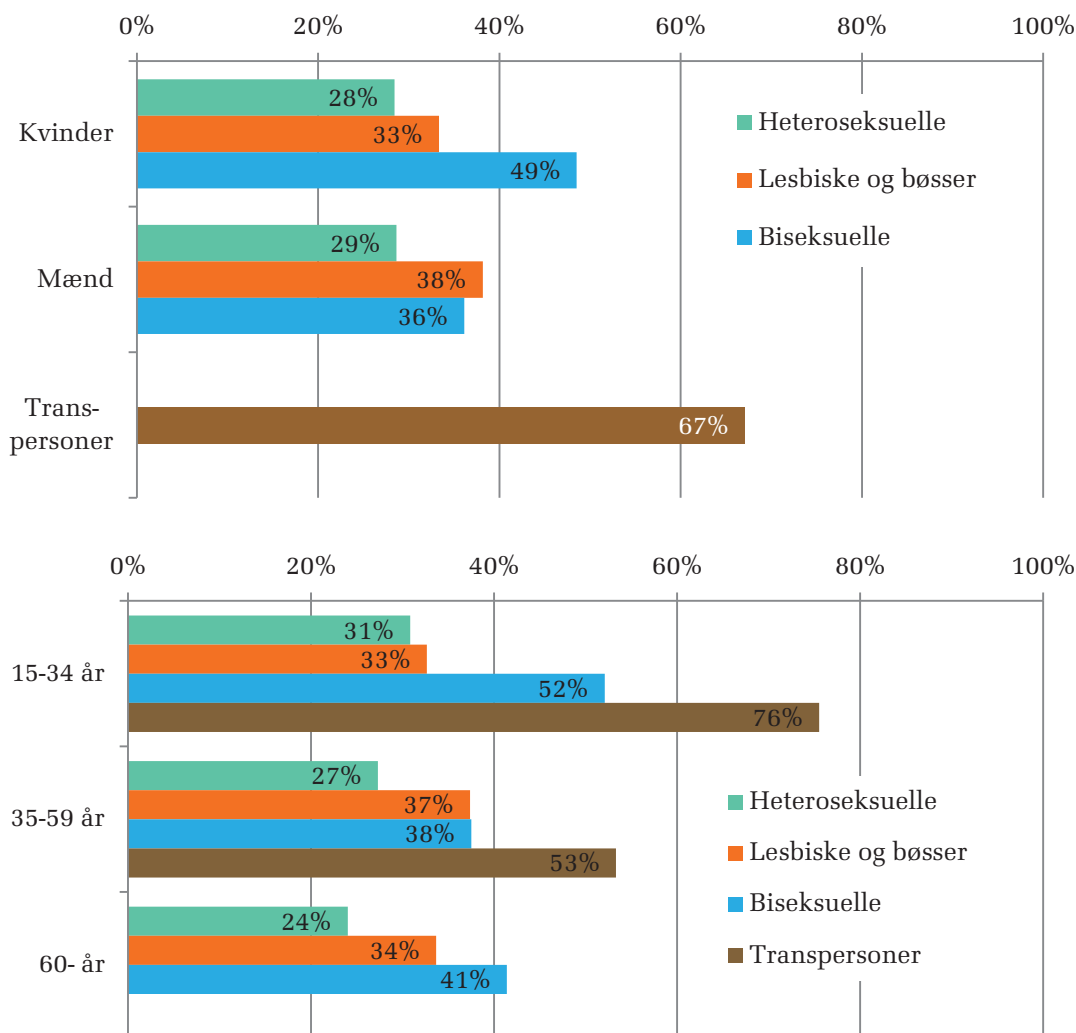
Bøsse har oftere dårligt mentalt helbred end heteroseksuelle mænd. Transpersoner, og i særlig grad de yngre under 35 år, har meget ofte et dårligt mentalt helbred.

Stress

Stress er i undersøgelsen målt med Cohens Perceived Stress Scale (PSS), der er et valideret måleinstrument (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983). Skalaen måler respondents oplevelser af stress inden for den seneste

måned ved hjælp af ti spørgsmål. Spørgsmålene afdækker, hvor ofte respondenter har oplevet at kunne håndtere uforudsigelige og ukontrollerbare hændelser, problemer og belastninger.

Figur 5.4 Andel, der er stressede, opdelt på seksualitet og køn/alder. Kun personer under 60 år er medtaget ved opdelingen på køn.



Bøsser samt biseksuelle mænd og kvinder føler sig oftere stressede end heteroseksuelle mænd og kvinder. Dette gælder særligt de unge biseksuelle kvinder under 35 år, hvor andelen er 58

%. Transpersonerne har den højeste andel, der ofte føler sig stresset (67 %) og endnu højere for de yngre under 35 år (76 %).

Opsummering

Nedenstående er en opsummering af de mest centrale fund samlet i et punkt for hver indikator i dette kapitel.

- Transpersoner har et markant dårligere selv vurderet helbred end alle de øvrige grupper.
- Transpersoner og unge biseksuelle kvinder har ofte et dårligt mentalt helbred.
- Biseksuelle mænd og kvinder, bøsser og transpersoner lider i høj grad af stress.

6. Sundhedsadfærd

I dette kapitel beskrives LGBT-personers sundhedsadfærd. Det vil sige forhold i en persons livsstil, der har indvirkning på eller betydning for personens fysiske helbred. Der kan være tale om målrettede og bevidste handlinger, der udføres for at opnå sundhed eller for at undgå sygdom. Der kan endvidere være tale om mere vanemæssig adfærd, som udføres uden egentlige overvejelser om de sundhedsmæssige eller helbredsmæssige konsekvenser (Christensen et al., 2012). I dette kapitel analyserer vi forholdene over- og undervægt, kost, rygning, illegale stoffer, alkohol og fysisk aktivitet. Fire af disse forhold kaldes populært KRAM-faktorer – som står for kost, rygning, alkohol og motion. Det er veldokumenteret, at netop KRAM-faktorerne har en central betydning for personers sundhed og sygelighed (Christensen et al., 2009).

Kostens betydning for en persons sundhed og sygelighed afhænger dels af sammensætningen og indholdet i kosten, dels af mængden af de fødevarer en person indtager. Over- og undervægt er i samspil med fysisk aktivitet også betinget heraf. De helbredsmæssige konsekvenser af uhensigtsmæssige kostvaner er blandt andet fedme, der øger risikoen for følgesygdomme som type 2-diabetes og generel nedsat levetid. Det er deslige dokumenteret, at usunde kostvaner kan medføre hjertekarsygdom, knogleskørhed og kræft (Christensen et al., 2009; Groth, 2007).

Rygning betegnes ofte som en af de væsentligste årsager til den relativt dårlige udvikling i danskernes middellevetid. Beregninger viser, at rygning kan relateres til knap 13.000 dødsfald om året, svarende til godt hver fjerde dødsfald i Danmark (Juel, Sørensen, & Brønnum-Hansen, 2006). Forskning peger på, at det er rygemængden, inhaleringen og antallet af år, som man ryger, der afgør risikoen for at udvikle en ryge-relateret sygdom. Dette ses blandt andet ved, at

storrygere gennemsnitligt lever 8-10 år kortere end aldrig-rygere, mens smårygeres middellevetid forkortes med fem år i forhold til aldrig-rygere (Juel & Koch, 2013). Årsagerne til de negative konsekvenser, som rygning har for befolkningens sundhedstilstand, er de sygdomme, som rygere har en øget risiko for at udvikle. Det gælder eksempelvis hjertekarsygdomme, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og kræft. Rygning kan desuden medføre at allerede eksisterende sygdomme eller tilstande forværres (Christensen et al., 2009).

Illegale stoffer eller euforiserende stoffer, som oftest anvendes synonymt hermed, består af forskellige stoffer, der har beroligende (fx hash), stimulerende (fx kokain) eller hallucinerende (fx LSD) effekt. Konsekvenserne for helbredet ved at bruge denne type stoffer kan enten være akutte, i form af fx pludseligt opståede psykoser og forgiftninger, eller udviklet efter et misbrug gennem længere tid, der har ført til fx infektioner eller smitsomme sygdomme ved injektionsmisbrug og lunge- eller hjertesygdomme (Christensen et al., 2009).

Alkohols skadelige indvirkning på helbredstilstanden er mere kompleks end fx rygning og fysisk inaktivitet. Dog har forskning vist, at et stort alkoholforbrug kan medføre en række lidelser, såsom mave-tarm-sygdomme, kræftsygdomme, leverlidelser, lungesygdomme, muskel- og skeletsygdomme, sygdomme i kønsorganer, fosterpåvirkning og afhængighed (Grønbæk, 2008), samt øger risikoen for ulykker og vold.

Fysisk aktivitet har en dokumenteret forebyggende effekt på en række sygdomme. Flere studier peger på en sammenhæng mellem fysisk inaktivitet og fx herte-kar-sygdomme, type 2-diabetes og fedme (Christensen et al., 2009).

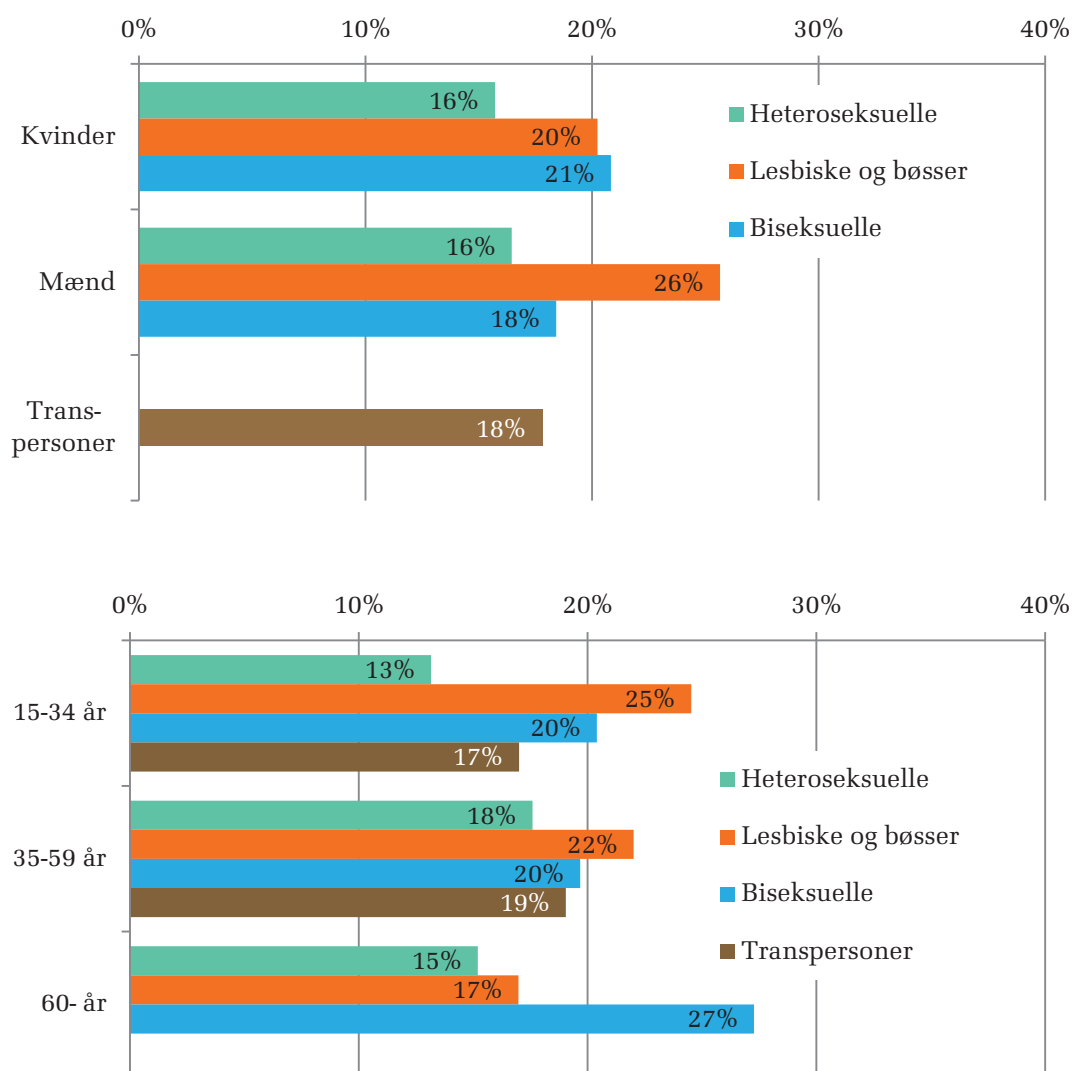
Rygning

I undersøgelsen har vi afdækket rygevaner på baggrund af respondenternes besvarelse af spørgsmålene 'Ryger du?' og 'Hvor meget ryger du i gennemsnit per dag?'. I denne undersøgelse ser vi alene på respondenter, der har rapporteret, at de ryger hver dag – det vil sige dagligrygere. Vi ser ikke på, hvor meget de ryger dagligt.

Daglig rygning er generelt udbredt i hele LGBT-gruppen. Således viser vores undersøgelse, at

omkring hver femte blandt lesbiske, bøsser, biseksuelle og transpersoner ryger hver dag. Forskellene i andelen af dagligrygere mellem grupperne er ikke store, dog er andelen af dagligrygere højere blandt biseksuelle kvinder end blandt heteroseksuelle kvinder, og højere blandt bøsser sammenlignet med heteroseksuelle mænd. Begge disse forskelle er statistisk sikre. Der er flest dagligrygere blandt de ældre biseksuelle personer.

Figur 6.1 Andel dagligrygere, opdelt på seksualitet og køn/alders. Kun personer under 60 år er medtaget ved opdelingen på køn.



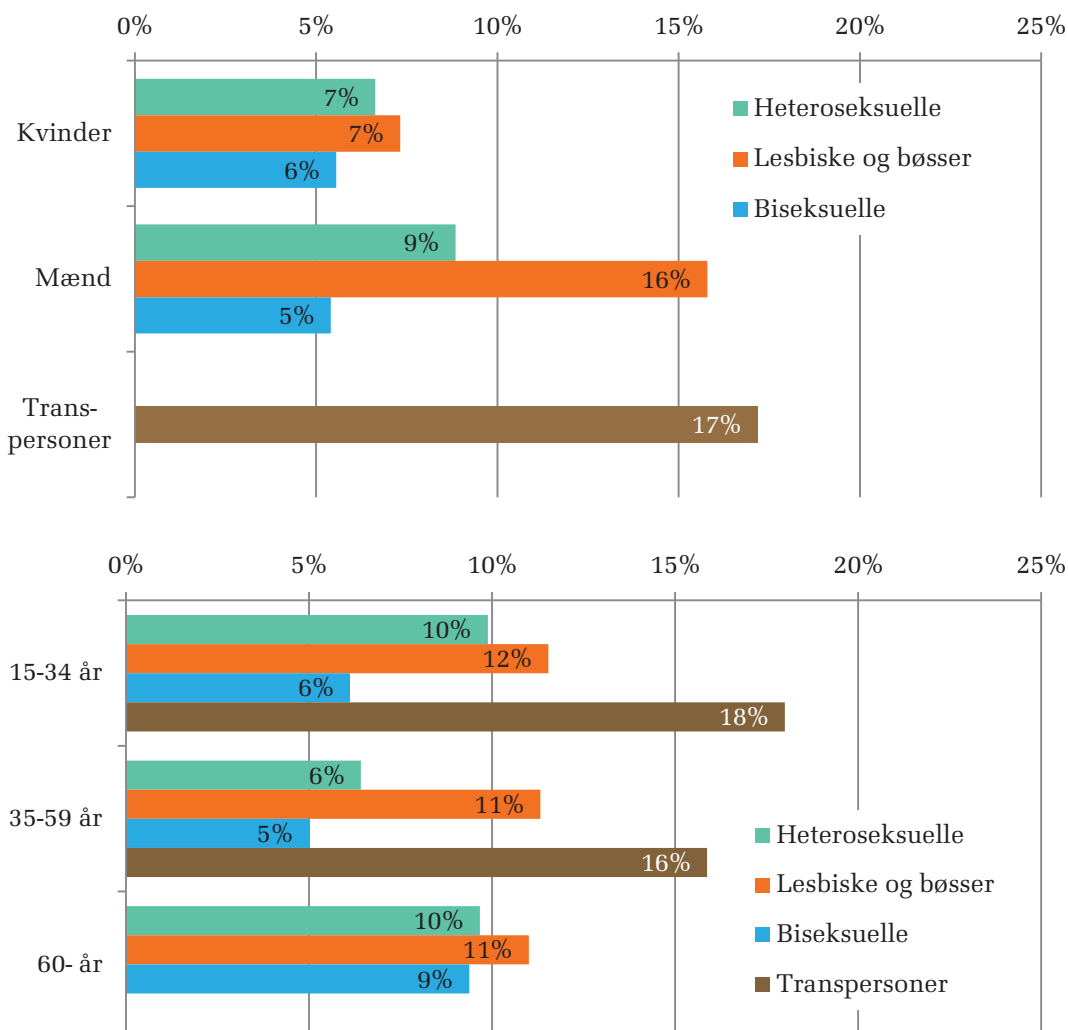
Alkohol

I undersøgelsen har vi set på respondenternes overforbrug af alkohol. Overforbrug i denne undersøgelse følger Sundhedsstyrelsens højrisikogrænser for alkoholindtag, som er henholdsvis 14 genstande om ugen for kvinder og 21 genstande for mænd. Dette er i undersøgelsen beregnet ud fra besvarelsen af spørgsmålet 'Hvor mange genstande drikker du typisk på hver af dagene i løbet af ugen?'. Respondenterne er ved dette spørgsmål blevet bedt om at oplyse, hvor mange genstande de typisk drikker på hver af ugens dage for hver af kategorierne øl, vin/hedvin og spiritus. For transperso-

ner er højrisikogrænsen defineret som 17,5 genstande om ugen, svarende til gennemsnittet for mænd og kvinder.

Vores undersøgelse viser, at bøsser og transpersoner er de grupper, hvor den største andel overskrider Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Således overskrider 16 procent af bøsserne højrisikogrænsen, hvilket er mere end for heteroseksuelle mænd. For transpersoner er andelen, der ugentlig drikker over 17,5 genstande, 17 %.

Figur 6.2 Andel, der har et ugentligt alkoholforbrug over højrisikogrænserne, opdelt på seksualitet og køn/alders. Kun personer under 60 år er medtaget ved opdelingen på køn.



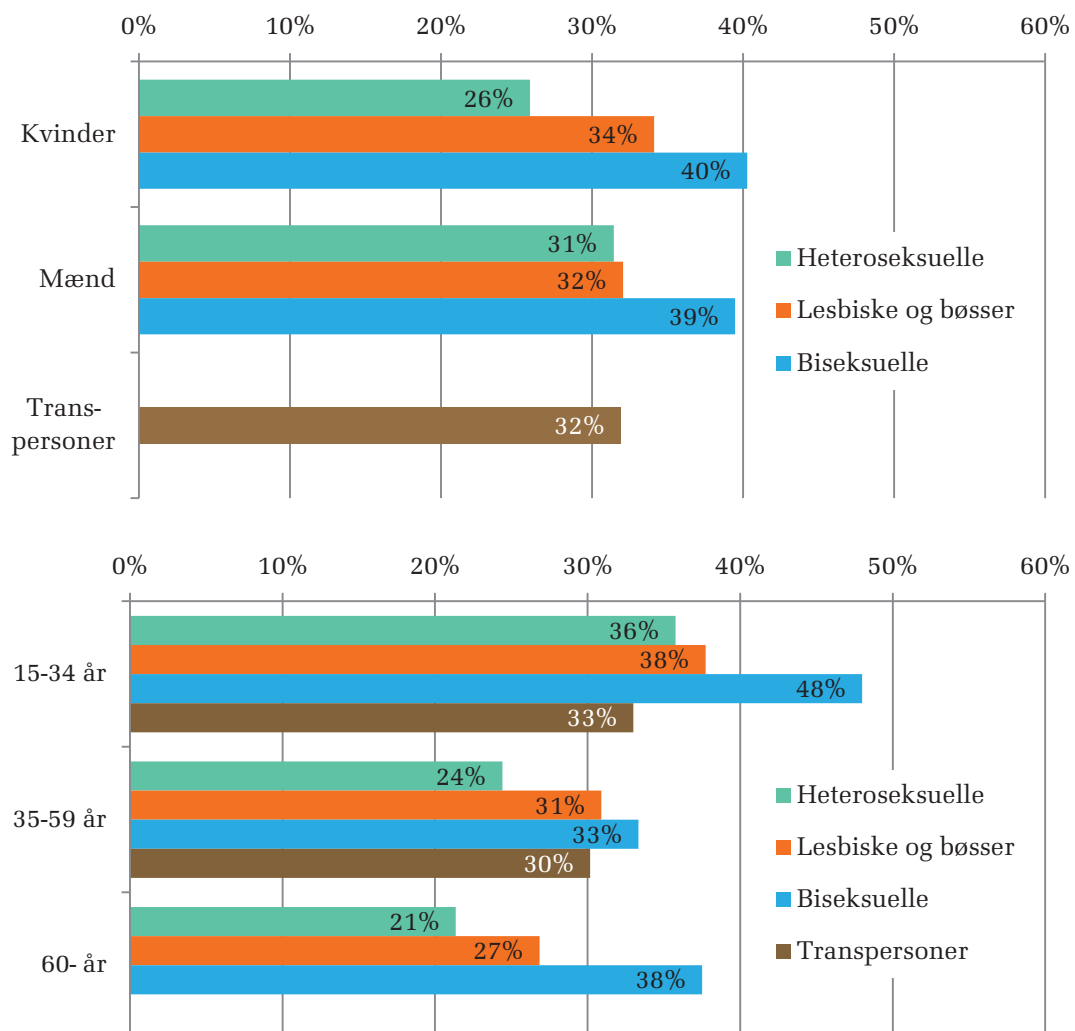
I undersøgelsen har vi også set på forekomsten af *binge-drinking*. *Binge-drinking* henviser til, at man drikker fem genstande eller flere ved samme lejlighed. For at afdække dette har respondenterne besvaret spørgsmålet 'Hvor tit drikker du fem genstande eller flere ved samme lejlighed?'. Respondenter, der har svaret 'månedligt', 'ugentligt' eller 'næsten dagligt eller dagligt', indgår i analysen.

Figuren viser, at andelen af LGBT-responderter, som drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed indenfor den sene-

ste måned, varierer mellem 32 og 40 procent afhængig af køn.

Flere lesbiske end heteroseksuelle kvinder drikker mindst fem genstande ved samme lejlighed månedligt. Flere biseksuelle (mænd og kvinder) end heteroseksuelle drikker mindst fem genstande ved samme lejlighed månedligt, og de biseksuelle under 35 år er med 48 % den gruppe, der oftest drikker mindst fem genstande ved samme lejlighed. Her ligger de biseksuelle kvinder højest med 51 %.

Figur 6.3 Andel, der har drukket fem eller flere genstande ved samme lejlighed indenfor den seneste måned, opdelt på seksualitet og køn/alder. Kun personer under 60 år er medtaget ved opdelingen på køn.



Brug af hash

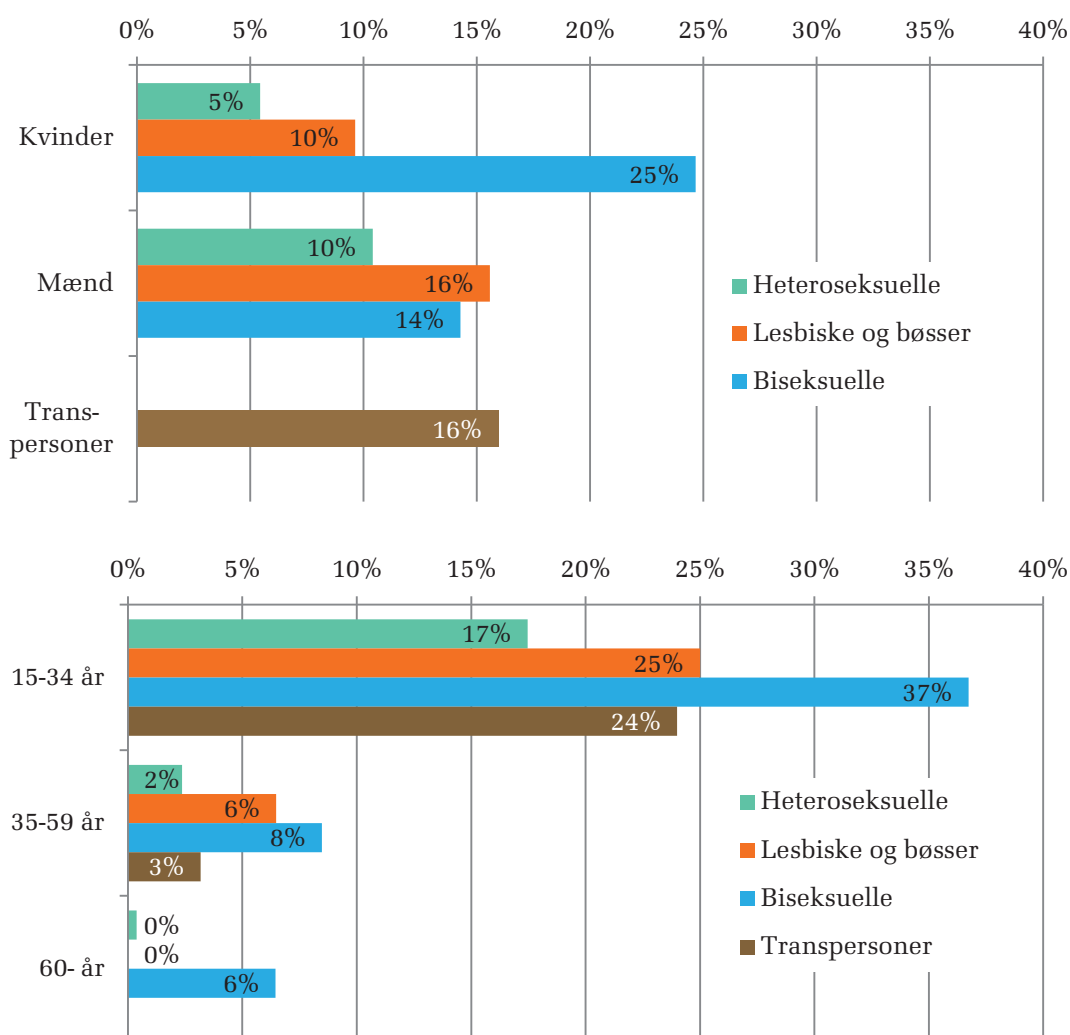
Brug af hash er i undersøgelsen afdækket gennem spørgsmålet 'Har du nogensinde prøvet hash?' og svaret 'ja, inden for det seneste år'. I nedenstående figur vises, hvor stor en andel af respondenterne, der har anvendt hash inden for det seneste år.

Vores undersøgelse viser, at mellem 10 og 25 procent af LGBT-personerne har brugt hash

indenfor det seneste år, og i alle LGBT grupper er andelen højere end blandt heteroseksuelle.

Forskellen er statistisk sikker for lesbiske og biseksuelle kvinder. Opdelt på køn er de biseksuelle kvinder den gruppe med den største andel, der har brugt hash inden for det seneste år, nemlig 25 procent. Blandt unge biseksuelle kvinder er andelen 41 %.

Figur 6.4 Andel, der har brugt hash det seneste år, opdelt på seksualitet og køn/alder. Kun personer under 60 år er medtaget ved opdelingen på køn.



Der lidt flere bøsser og biseksuelle mænd, der har brugt hash indenfor det seneste år sammenlignet med heteroseksuelle, men disse forskelle er ikke statistisk sikre. Der er en betydelig andel af transpersonerne (16 %), der har

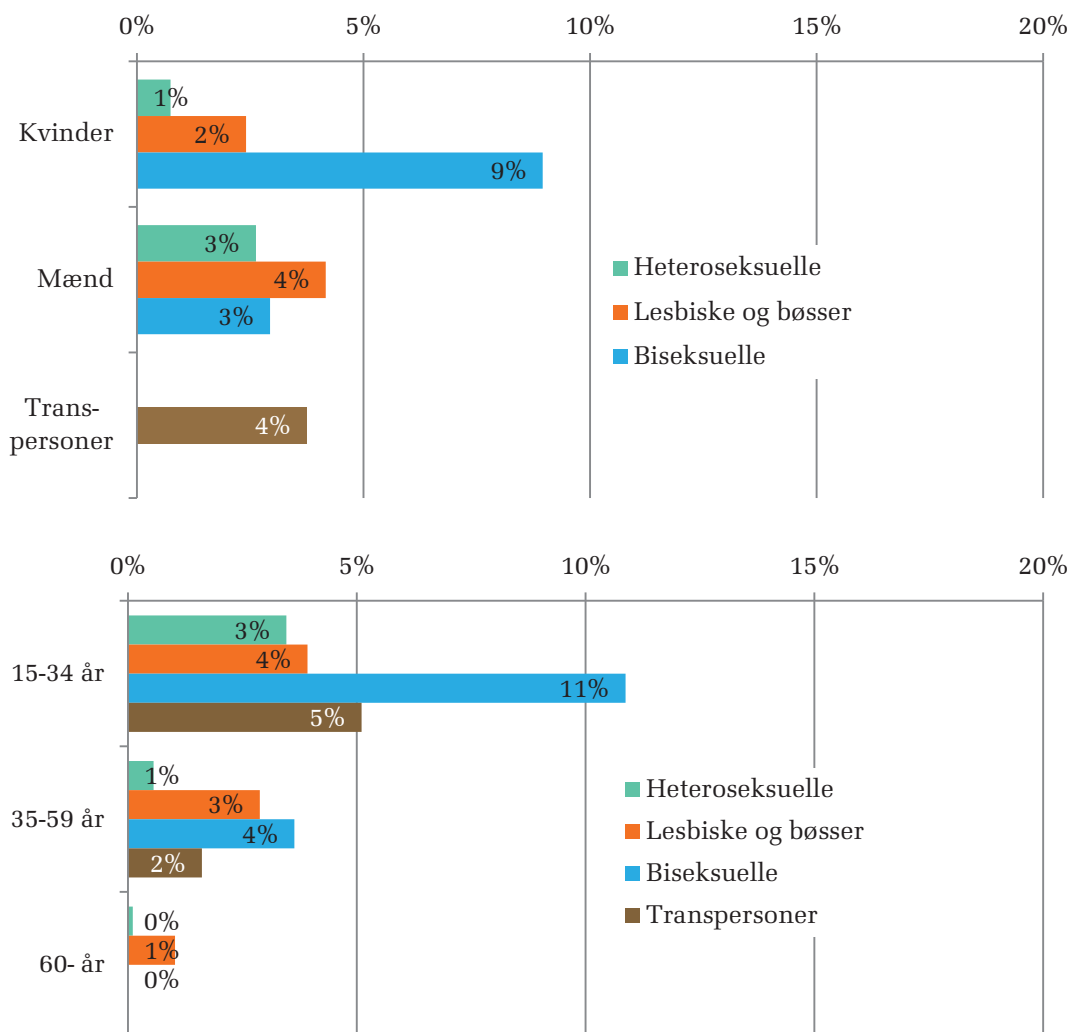
brugt hash det seneste år. Det skyldes dog primært, at denne gruppe er yngre end de øvrige grupper, og brug af hash er langt mere udbredt blandt yngre end ældre.

Andre illegale stoffer

Foruden hash var der i spørgeskemaet mulighed for at angive, om man havde indtaget følgende stoffer: amfetamin, ecstasy, kokain, LSD, heroin, svampe, ketamin, GHB (fantasy) og andre stoffer. I nedenstående figur ses forekomsten af brug af andre illegale stoffer end hash. Som i den øvrige befolkning er brugen af andre illegale stoffer også lav blandt LGBT-personer, men højere end i gruppen af heteroseksuelle.

Som med hash, er det de biseksuelle kvinder, hvor den højeste andel bruger andre illegale stoffer end hash. Således havde 9 % af de biseksuelle kvinder under 60 år anvendt andre illegale stoffer inden for det seneste år. Sammenlignet med heteroseksuelle kvinder er der her en statistisk sikker forskel.

Figur 6.5 Andel, der har indtaget andre illegale stoffer end hash inden for det seneste år, opdelt på seksualitet og køn/alder. Kun personer under 60 år er medtaget ved opdelingen på køn.



Som med forbruget af hash er brugen af andre illegale stoffer end hash mest udbredt blandt de 15- til 34-årige. Blandt unge biseksuelle

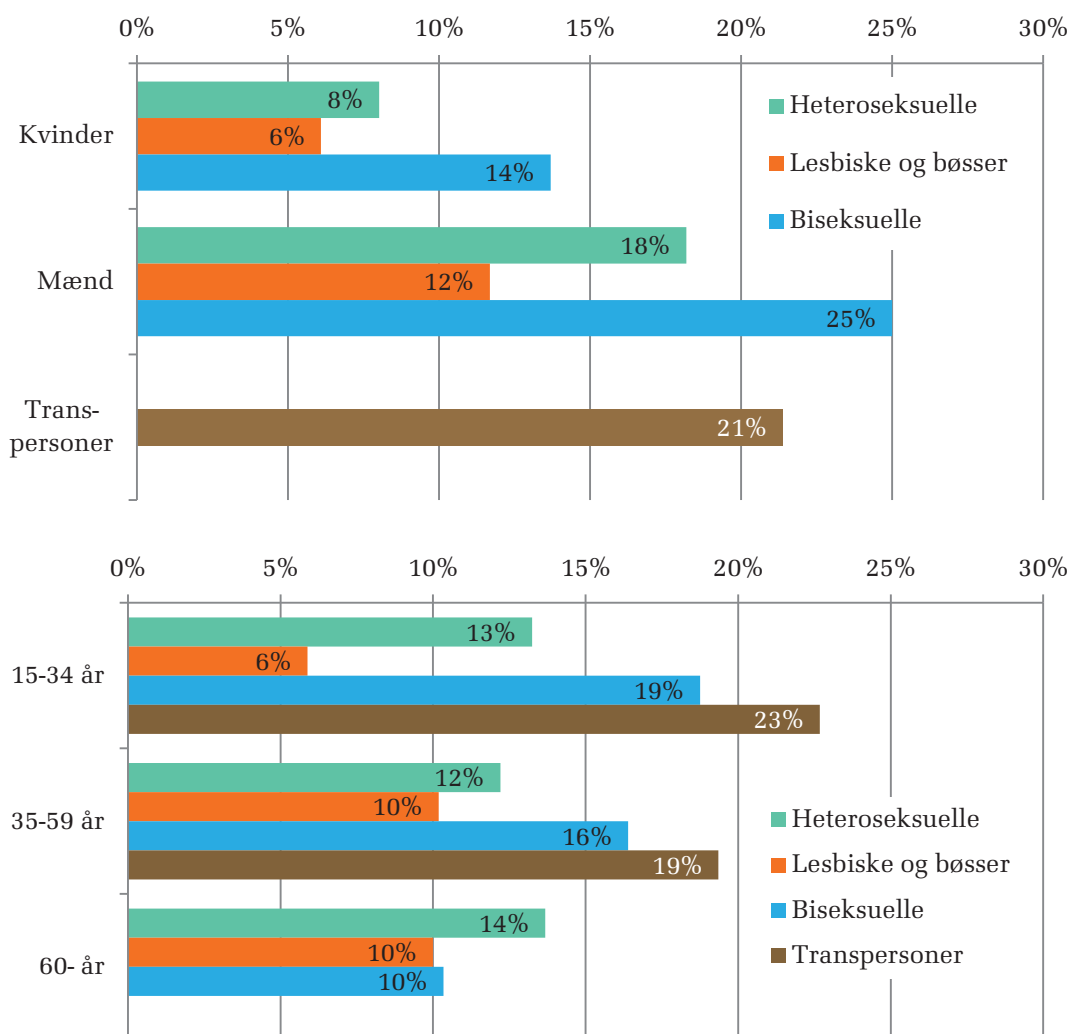
kvinder er andelen, der har brugt andre illegale stoffer end hash 14 %.

Kost

Kostvaner er i undersøgelsen undersøgt ved at spørge til, hvor ofte respondenter indtager fedtstof på brødet, grøntsager, frugt, pålæg samt forskellige former for varm mad. På baggrund af de fire kostkomponenter frugt, grøntsager, fisk og fedtstof beregnes en score, som gør det muligt at inddele respondenterne i tre kostmønster-grupper; sundt, middelsundt og usundt (Pedersen, Johansen, Ekholm, & Juel,

2014). I denne analyse beskæftiger vi os kun med forekomsten af et usundt kostmønster (lavt indtag af frugt, grøntsager og fisk og et højt indtag af mættet fedt). Der er overordnet set ingen sikre forskelle mellem lesbiske, bøsser, bi-, og heteroseksuelle i forhold til usundt kostmønster. Hver fjerde biseksuelle mand og hver femte transperson i undersøgelsen har et usundt kostmønster.

Figur 6.7 Andel, der har et usundt kostmønster, opdelt på seksualitet og køn/alder. Kun personer under 60 år er medtaget ved opdelingen på køn.



Fysisk aktivitet

I undersøgelsen har vi afdækket fysisk aktivitet med spørgsmålet 'Hvis du ser på det seneste år, hvad vil du så sige passer bedst som beskrivelse af din fysiske aktivitet i fritiden?'. Dette er besvaret med én af følgende svarmuligheder:

- 1) *Træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen.*
- 2) *Dyrker motionsidræt eller udfører tungt havarbejde eller lignende mindst 4 timer om ugen.*
- 3) *Spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst 4 timer om ugen (medregn også*

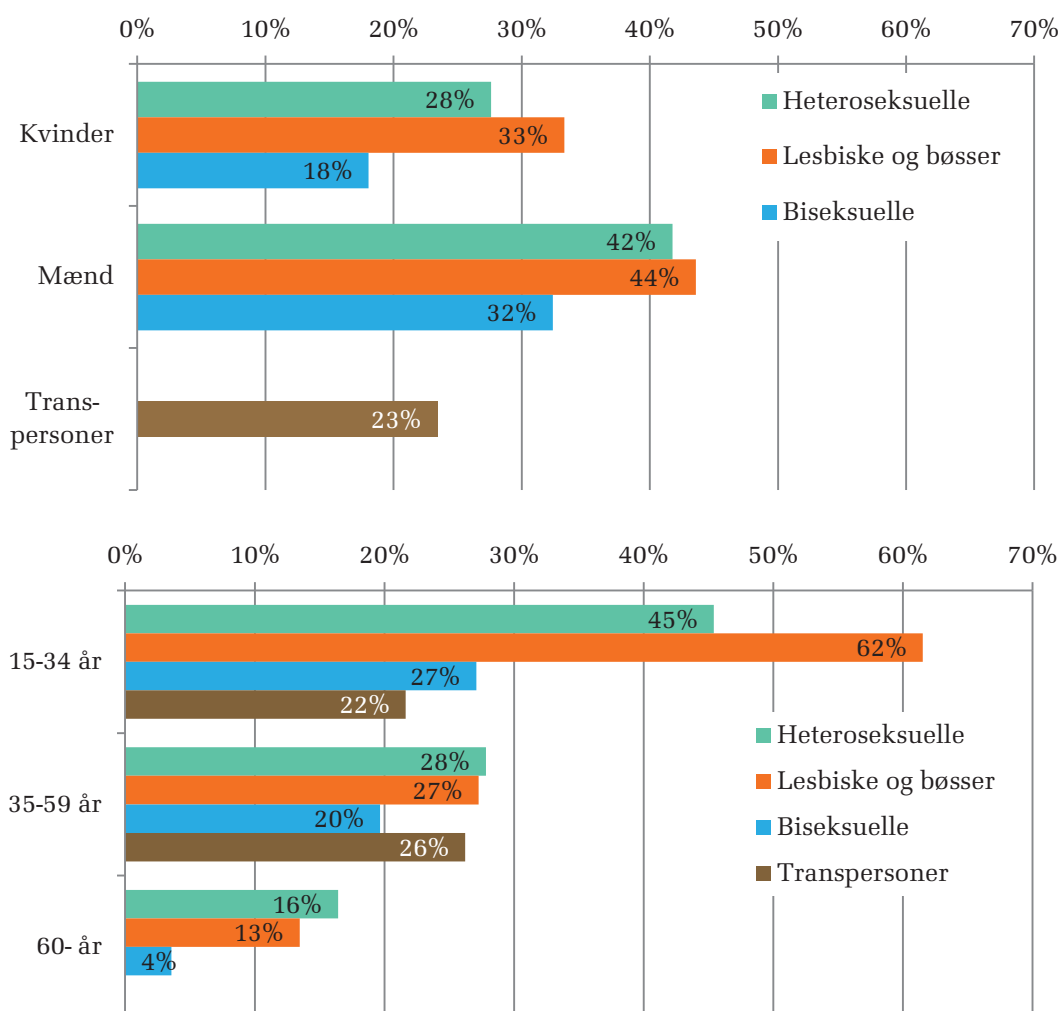
søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejde).

- 4) *Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse.*

Moderat eller hård fysisk aktivitet i fritiden, som figuren nedenfor viser, dækker over de to første svarmuligheder.

Der er færre biseksuelle, såvel mænd som kvinder, der dyrker moderat eller hård fysisk motion i fritiden, sammenlignet med lesbiske, bøsser og heteroseksuelle. Disse forskelle er statistisk sikre.

Figur 6.8 Andel, der har hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden, opdelt på seksualitet og køn/alder. Kun personer under 60 år er medtaget ved opdelingen på køn.



Andelen, der er hårdt eller moderat fysisk aktive i fritiden, er større blandt mænd end blandt kvinder. Fordelt på alder er andelen størst

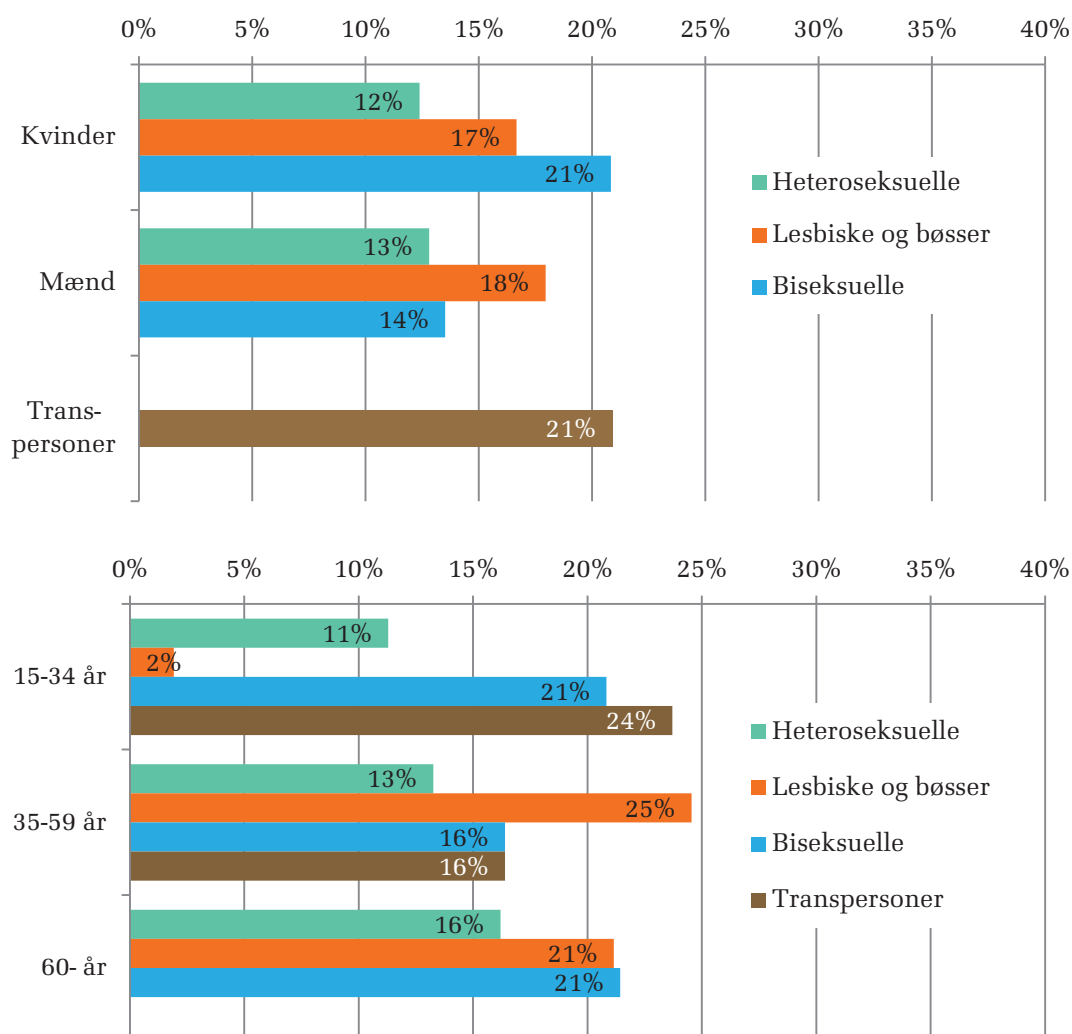
blandt de lesbiske og bøsser i den yngste gruppe, hvor 62 % dyrker moderat eller hård motion.

Stillesiddende fritidsaktivitet blev målt med den sidste svarmulighed: 'Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse'.

Vores undersøgelse viser, at stillesiddende fritidsaktiviteter er udbredt i LGBT-gruppen, og hyppigst blandt biseksuelle kvinder og transpersoner, hvor mere end hver femte i de to

grupper er stillesiddende i fritiden. Sammenligner vi grupperne opdelt på køn, er andelen af biseksuelle kvinder, der er stillesiddende i fritiden større end andelen af de heteroseksuelle kvinder (statistisk sikker forskel).

Figur 6.9 Andel, der er stillesiddende i fritiden, opdelt på seksualitet og køn/alder. Kun personer under 60 år er medtaget ved opdelingen på køn.



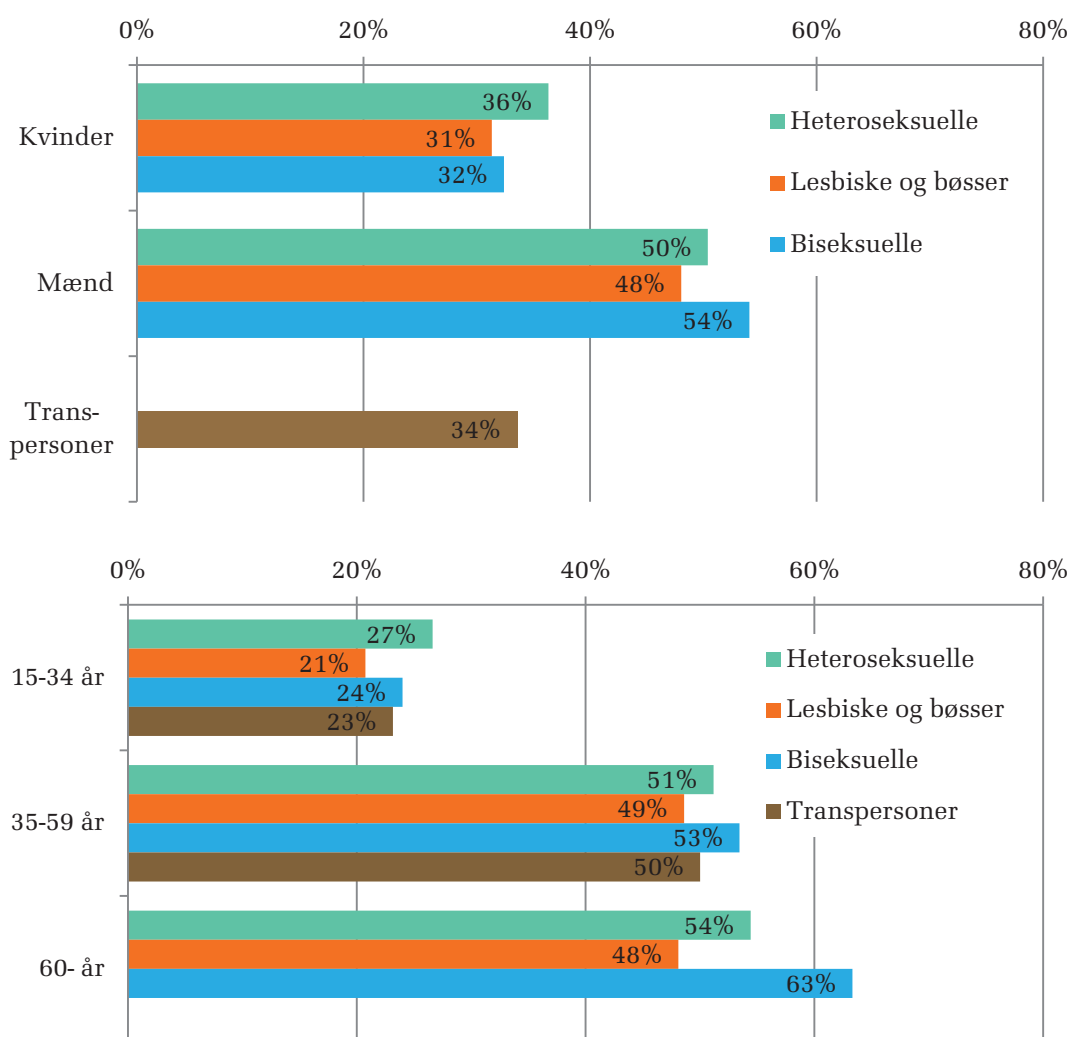
For både biseksuelle og transpersoner er der mange stillesiddende blandt de yngre under 35 år. Til gengæld er meget få unge lesbiske og bøsser stillesiddende i fritiden.

Overvægt og undervægt

I undersøgelsen har vi afdækket over- og undervægt på baggrund af respondenternes besvarelse af spørgsmålene 'Hvor høj er du?' og 'Hvor meget vejer du i hele kg (uden tøj)?'. Med disse to oplysninger har vi beregnet respondenternes Body Mass Index (BMI). BMI beregnes ved at dividere vægten i kilo med kvadratet på højden i meter. Nedenstående figur viser ande-

len af overvægtige LGBT-personer. Det vil sige andelen af respondenter, der har et BMI over 25. Generelt er overvægt udbredt i hele LGBT-gruppen som i befolkningen i øvrigt. Således viser vores undersøgelse, at mellem 31 og 54 procent af respondenterne er overvægtige afhængigt af køn og seksuel orientering.

Figur 6.10 Andel af overvægtige personer, opdelt på seksualitet og køn/alder. Kun personer under 60 år er medtaget ved opdelingen på køn.



Der er ingen statistisk sikre forskelle mellem grupperne, hvad angår overvægt. Andelen af overvægtige stiger med alderen, således er andelen af overvægtige mere end dobbelt så stor for 35-59-årige og de 60+ årige sammenlig-

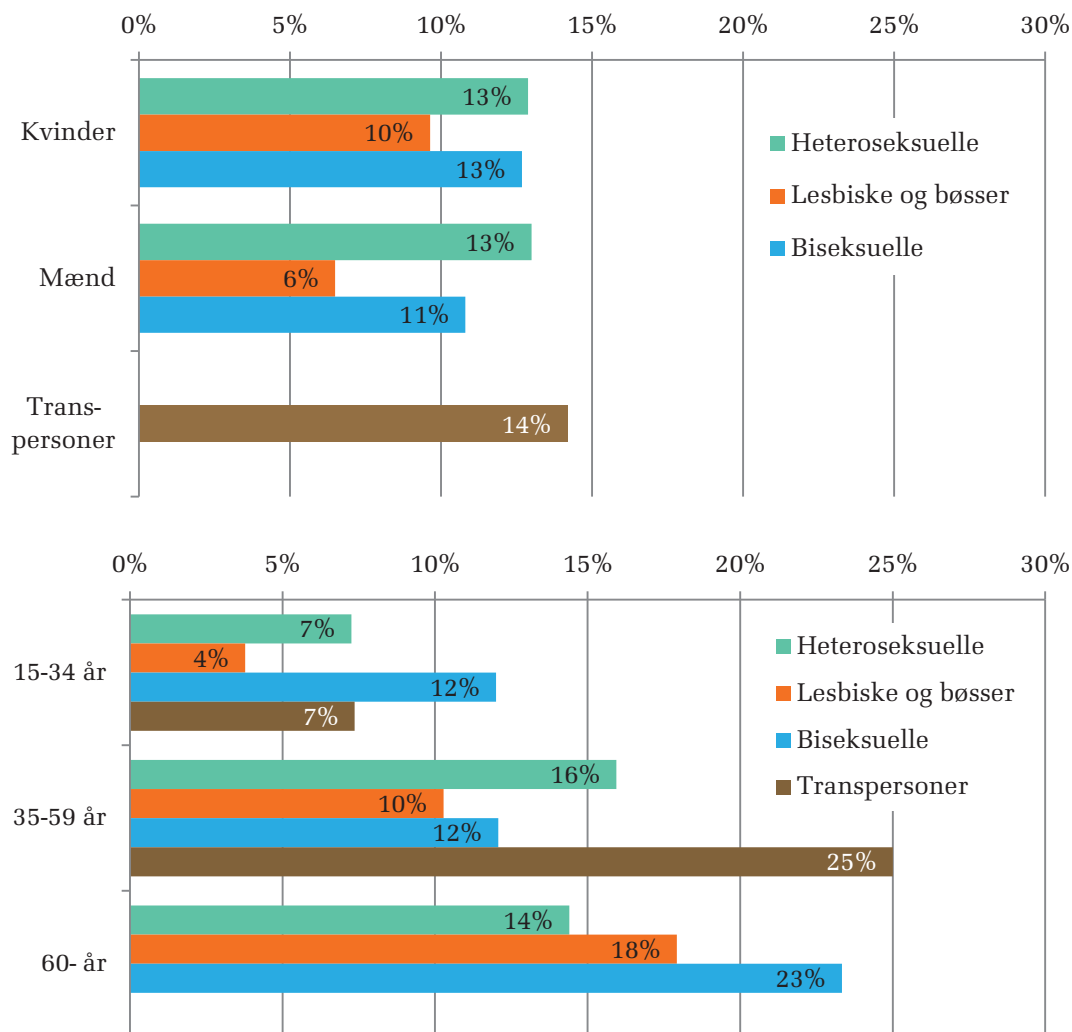
net med de 15-34-årige. Den højeste andel af overvægtige findes blandt de biseksuelle personer over 60 år.

I nedenstående figur vises resultater for svær overvægt opdelt på seksualitet, køn og alder. Svær overvægt er jævnfør WHO's BMI-vægtgrupper defineret ved et BMI på over 30 (Organization, 2000).

Udbredelsen af svær overvægt varierer mellem 6 og 14 % for respondenterne afhængigt af køn. Ser vi på kønsforskellene, viser vores analyse, at bøsser er den gruppe, hvor vi finder færrest svært overvægtige.

Som med overvægt findes der heller ikke for svær overvægt nogen statistisk sikker forskel

Figur 6.11 Andel, der er svært overvægtige, opdelt på seksualitet og køn/alder. Kun personer under 60 år er medtaget ved opdelingen på køn.



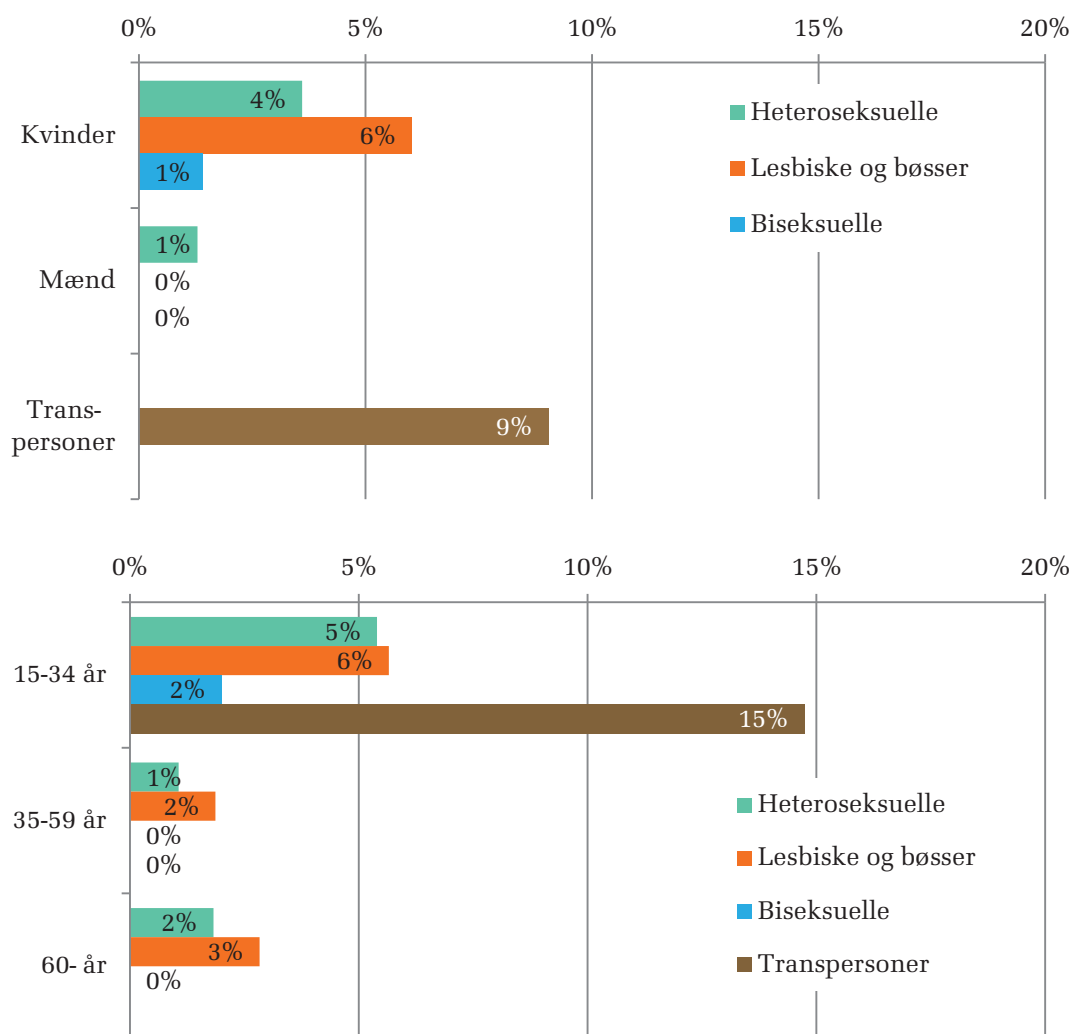
Svær overvægt ser også ud til at være aldersafhængig. Således stiger andelen af svært overvægtige på tværs af alle grupper med alderen. Andelen af svært overvægtige er størst blandt biseksuelle mænd over 60 år (30 %) og blandt transpersoner over 35 år (25 %).

I nedenstående figurer vises andelen af undervægtige. Undervægt er ifølge WHO's BMI-vægtgrupper defineret ved et BMI på 18,5 eller derunder (Organization, 2000).

Andelen af undervægtige er generelt lille, og andelen af undervægtige i de enkelte grupper

er derfor behæftet med en betydelig usikkerhed, da antallet af respondenter i hver gruppe er meget begrænset. Vi kan dog se en overhyppighed af undervægt blandt lesbiske og transpersoner, hvorimod der ingen undervægtige findes blandt bøsser og mandlige biseksuelle.

Figur 6.12 Andel undervægtige (BMI under 18,5) opdelt på seksualitet og køn/alder. Kun personer under 60 år er medtaget ved opdelingen på køn.



Ser vi på alder, er andelen af undervægtige størst blandt den yngste aldersgruppe. Den største andel undervægtige finder vi blandt

unge transpersoner, hvor 15 % eller hver syvende af de 15-34-årige respondenter er undervægtige. Blandt unge lesbiske er andelen 11 %.

Opsummering

Nedenstående er en opsummering af de mest centrale fund samlet i et punkt for hver indikator i dette kapitel.

- LGBT-gruppen ryger lidt mere end den øvrige befolkning.
- Bøsserne er den gruppe, hvor flest drikker over højrisikogrænsen.
- Binge-drinking er mest udbredt blandt biseksuelle og lesbiske.
- Andelen af hash-brugere er generelt højere i hele LGBT-gruppen og særligt blandt de unge biseksuelle kvinder.
- Andelen af brugere af illegale stoffer er særligt høj blandt de unge biseksuelle kvinder.
- Biseksuelle mænd og kvinder samt transpersoner dyrker mindre fysisk aktivitet end de øvrige grupper og den øvrige befolkning.
- Generelt er stillesiddende fritidsaktiviteter udbredt i hele LGBT-gruppen, dog særligt blandt biseksuelle kvinder og transpersoner. Andelen er størst blandt de unge biseksuelle kvinder.
- Der er ingen væsentlige forskelle i overvægt mellem LGBT-gruppen og den øvrige befolkning.
- Der er ingen væsentlige forskelle i svær overvægt mellem LGBT-gruppen og den øvrige befolkning.
- Andelen af undervægtige er størst blandt transpersoner.

7. Sygelighed

I dette kapitel beskriver vi sygelighed blandt LGBT-personer. Sygelighed er udtryk for problemer med det fysiske og psykiske helbred. Begrebet sygelighed stammer oprindeligt fra det latinske ord *morbidus*, der betyder 'syg' eller 'usund', og som refererer til en sygdomsramt tilstand, funktionsnedsættelse eller dårligt helbred (Kruse & Helweg-Larsen, 2004). En egentlig definition af sygelighed kan dog være svær at nå frem til. Således skrev medicinalstatistikeren Marie Lindhardt tilbage i 1950: *"en definition af sygelighed set fra statistikkens synspunkt er vanskelig at fastslå. Det siges undertiden, at kun en læge kan afgøre, hvilken sygdom en patient lider af, medens det er patienten selv, der må afgøre, om han er syg eller ikke. Man kan føle sig syg, uden at lægen er i stand til stille nogen diagnose, og man kan føle sig fuldstændig rask og være udvidende om en måske alvorlig sygdom, som kun lægen har konstateret."* (Lindhardt, 1960). I dette kapitel undersøger vi respondenternes smerter og ubehag inden for de seneste 14 dage og sygdom, som har varet mere end seks måneder – her betegnet som langvarig sygdom.

I dag er langvarig sygdom udbredt i befolkningen. Tidligere var det primært infektionssygdomme, mødre- og børnedødelighed og ernæringsmæssige og sociale forhold, som dominerede sygdomsbilledet, men i dag er langvarige sygdomme som hjertekarsygdomme, sygdomme i nervesystemet, kræftsygdomme, psykiske lidelser, kroniske lungesygdomme (primært KOL), type2-diabetes og muskel- og skeletsygdomme nogle af de mest udbredte sygdomme. Dette skift skyldes delvist, at be-

folkningen lever længere, at der er en voksende ældrebefolkning, samt at behandlingsmulighederne er forbedret (Juul Jørgensen, 2005). Endvidere skal forklaringen findes i, at forekomsten af langvarige sygdomme i høj grad er betinget af vores livsstil, da vores livsstil både kan øge risikoen for og fremskynde udviklingen af en række langvarige sygdomme (Juel et al., 2006). I takt med den teknologiske udvikling i samfundet har vores livsstil tilsvarende ændret sig gennem de senere årtier. Det har blandt andet betydet, at mængden af fysisk anstrengende arbejde er aftaget, og at vi i stigende grad transporterer os i fx bil frem for på cykel eller til fods. Disse livsstilændringer kan have en indflydelse på udviklingen af langvarige sygdomme i befolkningen. En væsentlig del af omkostninger i såvel det regionale som det kommunale sundhedsvæsen går til behandlingen af og indsatser for borgere med langvarige sygdomme (Juul Jørgensen, 2005).

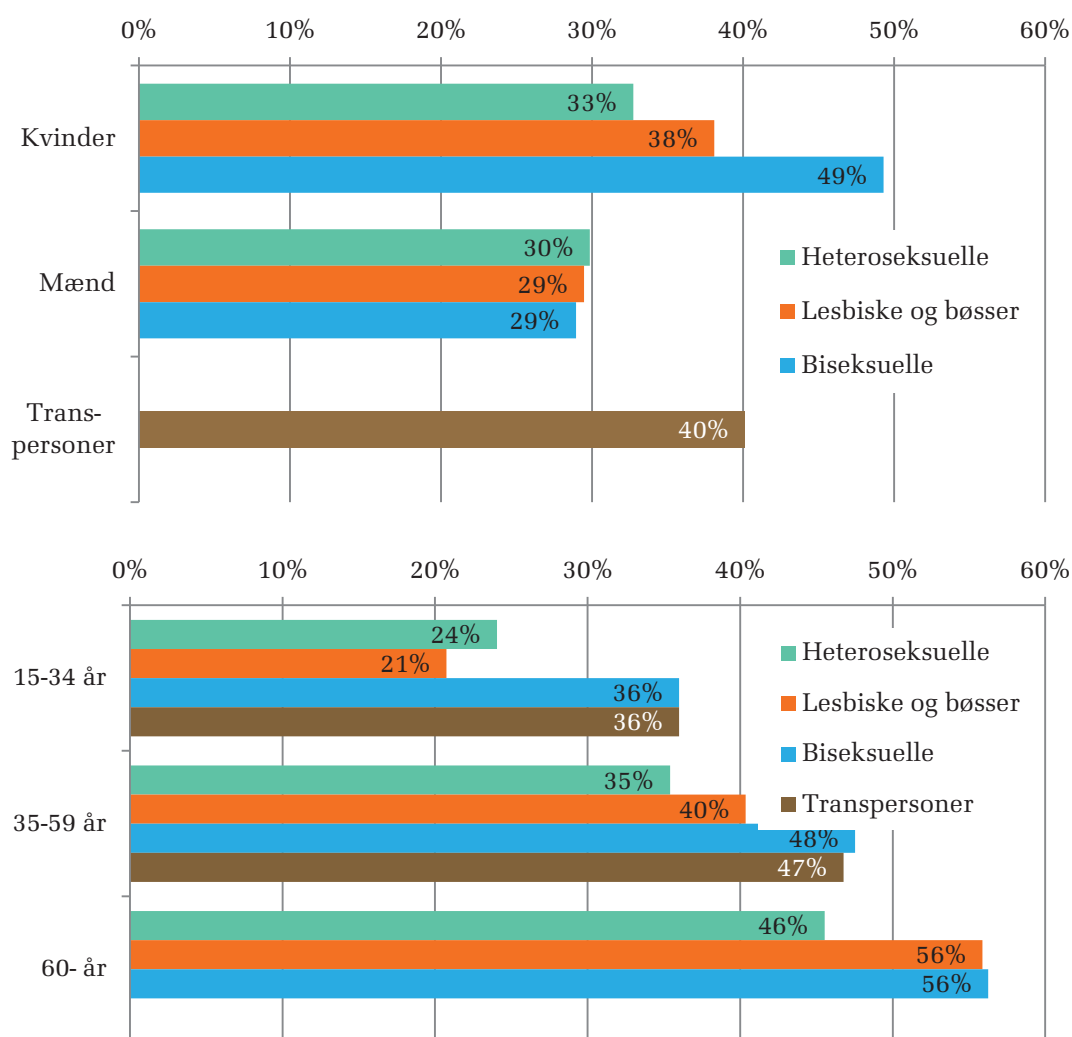
Smerter og ubehag i hverdagen er et andet udtryk for sygelighed. Flere undersøgelser peger på, at mange mennesker i dag kan være generet af forskellige former for smerter eller ubehag. Det er dog langt fra alle, der vælger at henvende sig til egen læge for at få hjælp herfor. Derfor er det heller ikke alle tilfælde af smerter og ubehag, som er kendt i sundhedsvæsenet. Det er en væsentlig del i beskrivelsen af LGBT-personers sundhedstilstand at undersøge, i hvilken omfang smerter eller ubehag præger denne gruppes hverdagsliv (Christensen et al., 2012). Smerter og ubehag i denne undersøgelse refererer både til fysisk og psykisk ubehag.

Langvarig sygdom

I undersøgelsen er langvarig sygdom afdækket gennem spørgsmålet 'Har du nogen langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse?'. Respondenterne blev bekendtgjort med, at der med langvarig mentes mere end seks måneder. Hvis

respondenten svarede 'ja' til spørgsmålet, blev vedkommende anmodet om at angive hvilke sygdomme, handicap eller lidelser, som respondenteren har.

Figur 7.1 Andel med langvarig sygdom, opdelt på seksualitet og køn/alder. Kun personer under 60 år er medtaget ved opdelingen på køn.



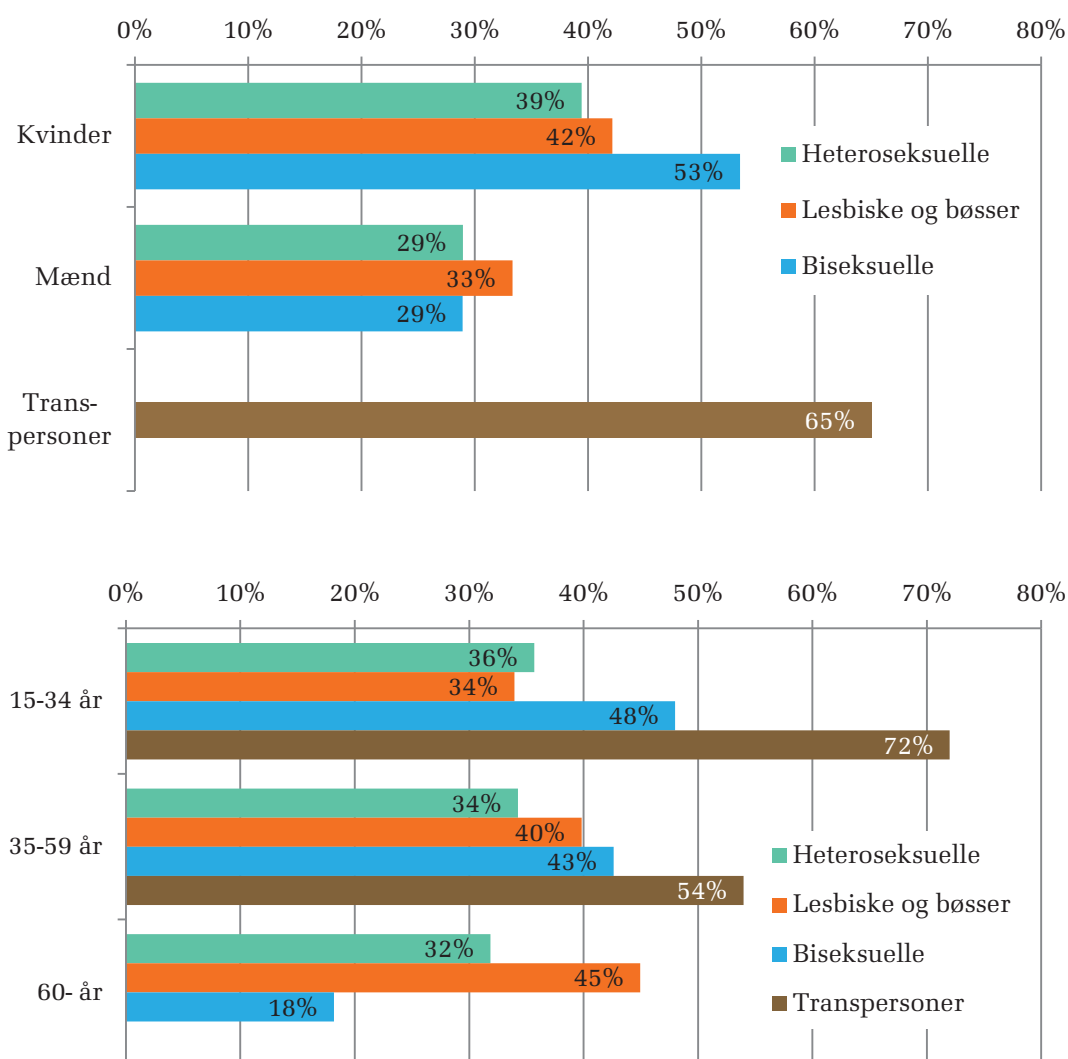
Biseksuelle og lesbiske kvinder angiver oftere end heteroseksuelle kvinder langvarig sygdom (forskellene er statistisk sikre). Også transpersoner angiver ofte langvarig sygdom.

Smertes og ubehag

I denne undersøgelse har vi afdækket respondenternes oplevelser med generende smerter og/eller ubehag med spørgsmålet 'Har du inden for de seneste 14 dage været generet af nogle af de her nævnte former for smerter eller ubehag?'. Svarmulighederne var 'ja, meget generet', 'ja, lidt generet' eller 'nej'. Smerteformer, som blev afdækket, var 'smerter/ubehag i skulder eller nakke', 'smerter/ubehag i arme, hæn-

der, ben, knæ, hofter eller led', 'smerter/ubehag i ryg eller lænd', 'træthed', 'hovedpine', 'søvnbesvær, søvnproblemer', 'nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig' og 'ængstelse, nervøsitet, uro og angst'. Nedenstående figur viser, hvor mange der har svaret 'ja, meget generet' til mindst én af de ovennævnte former for smerter og/eller ubehag.

Figur 7.2 Andel med meget generende smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage, opdelt på seksualitet og køn/alder. Kun personer under 60 år er medtaget ved opdelingen på køn.



Lesbiske og bøsser har samlet set oftere meget generende smerter eller ubehag sammenlignet med heteroseksuelle. Blandt unge, biseksuelle kvinder har 56 % meget generende smerter eller ubehag. Særligt transpersoner, og især de

ynge under 35 år, har meget ofte meget generende smerter eller ubehag. Det er især i forhold til hovedpine samt ængstelse, nervøsitet, uro og angst, at lesbiske, bøsser og biseksuelle har et dårligere helbred end heteroseksuelle.

Opsummering

Nedenstående er en opsummering af de mest centrale fund samlet i et punkt for hver indikator i dette kapitel.

- De biseksuelle og lesbiske kvinder og transpersoner har oftere langvarig sygdom end heteroseksuelle personer.
- Lesbiske og bøsser har samlet set oftere meget generende smerter eller ubehag sammenlignet med heteroseksuelle.

8. Sygdomsadfærd

I dette kapitel undersøger vi LGBT-personers sygdomsadfærd. Med sygdomsadfærd menes en persons indstilling til og handlinger ved formodet eller erkendt sygdom. Det vil blandt andet sige, i hvilken grad symptomer eller sygdom skal være til stede, for at en person vælger at opsøge sundhedsvæsenet eller eventuelt indleder en selvbehandling. Beslutningsprocessen i forbindelse hermed kan være langvarig og eksempelvis omfatte rådgivning fra personens sociale netværk.²¹ I nærværende undersøgelse ser vi på tre forskellige indikatorer for sygdomsadfærd: kontakt til egen læge, brug af receptpligtig medicin og brug af håndkøbsmedicin. Disse er alle tre udtryk for måder at håndtere og reagere på formodet eller erkendt sygdom.

Alle i befolkningen er registreret ved en praktiserende læge – også kaldet egen læge. Det er ofte her den første kontakt til sundhedsvæsenet sker, når man vælger at reagere på problemer relateret til ens fysiske eller psykiske helbred. Men den praktiserede læge spiller i dag ikke kun en rolle i forhold til diagnosticeringen og behandlingen af sygdom. Grundet udviklingen af kroniske sygdomme i befolkningen såsom fx KOL, spiller den praktiserende læge også i højere grad en rolle i forhold til at opspore og forebygge udviklingen af langvarige og kroniske sygdomme (Christensen et al., 2012).

Brugen af medicin – både receptpligtig og håndkøbsmedicin, er steget det seneste årti. Den primære stigning i brugen af lægemidler er sket på tre ATC-hovedgrupper: hjerte og kredsløb, hudmidler og hormoner til systematisk brug – herunder kønshormoner og insulin. ATC står for *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System* og er navnet på det klas-

sifikationssystem, som man benytter til at organisere lægemidler efter primære indholdsstof og virkeområde (Christensen et al., 2012).

Viden om medicinforbrugets sociale fordeling og årsager til fordelingen kan anvendes til at forbedre mulighederne for at reducere sociale forskelle på området. Et studie fra København Universitet har vist, at køn, alder, sygelighed og social position har indflydelse på brugen af medicin. Når man tager højde for de tre førstnævnte faktorer, så viser undersøgelsen, at der er sociale forskelle i medicin anvendelsen. Undersøgelsen peger således på, at der er en sammenhæng mellem et højt medicinforbrug og det at befinde sig i en social marginaliseret position (M. V. Nielsen, Holme Hansen, E., Rasmussen, N. K., 2002). Brugen af medicin fortæller os således noget om, hvilke typer sygdomme og lidelser som befolkningen medicineres for, og hvordan fordelingen er mellem forskellige grupper.

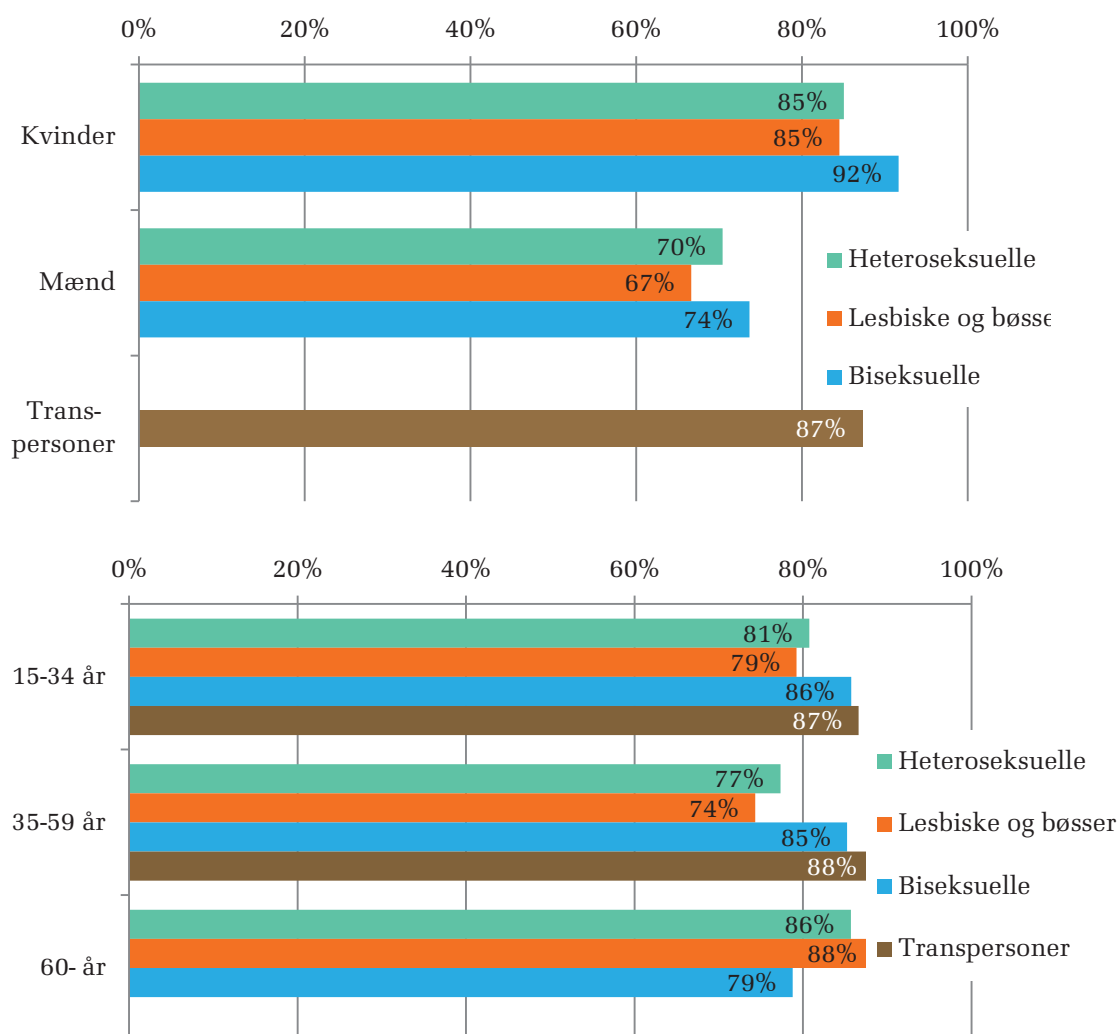
²¹ Den Store Danske Encyklopædi, http://www.denstoredanske.dk/Krop_psyke_og_sundhed/Sundhedsvidenskab/Socialmedicin/sygdomsadf%C3%A6rd, besøgt d. 10. juni 2015

Kontakt til egen læge

Kontakt til egen læge er i undersøgelsen blev undersøgt ved at bede respondenterne besvare spørgsmålet 'Har du været ved din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder?'. Vores undersøgelse viser, at der ikke er nogen statistisk

sikre forskelle mellem grupperne, i forhold til hvor stor en andel der har været i kontakt med egen læge inden for de seneste 12 måneder. I alle grupperne har mindst 2 ud af 3 haft kontakt med egen læge.

Figur 8.1 Andel, der det seneste 12 måneder har haft kontakt med egen læge opdelt på seksualitet og køn/alder. Kun personer under 60 år er medtaget ved opdelingen på køn.

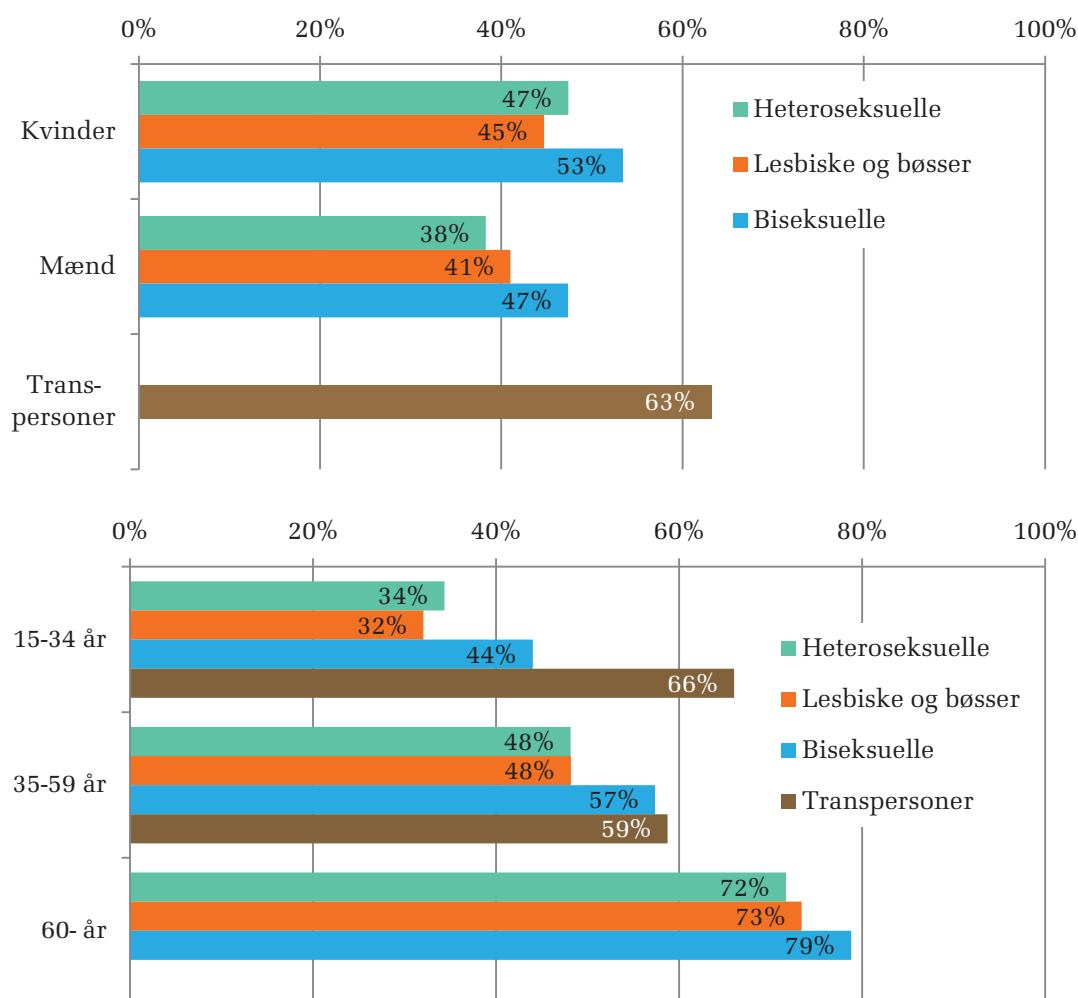


Brug af receptmedicin

Vi har bedt respondenterne om at angive deres medicinforbrug ved at besvare spørgsmålet 'Har du indenfor de seneste 14 dage taget nogen af de følgende former for receptmedicin eller håndkøbsmedicin?'. Der blev spurgt til følgende typer af medicin: hostemedicin, astmamedicin, blodtrykssænkende medicin, hjertemedicin, hudlægemiddel, smertestillende medicin mod hovedpine, smertestillende mod besvær i muskler, knogler, sener eller led, andre former for smertestillende medicin, sove-

medicin, afføringsmidler, nervemedicin, antibiotika eller anden medicin. For hver type medicin kunne respondenterne svare at det var receptmedicin og/eller håndkøbsmedicin. Brugen af receptmedicin blandt LGBT-personer varierer fra 41 % til 63 %. Den højeste forekomst af brug af receptmedicin findes blandt transpersoner. Der er ingen statistisk sikre forskelle mellem grupperne i brugen af receptmedicin inden for de seneste 14 dage.

Figur 8.2 Andel, der har brugt receptmedicin inden for de seneste 14 dage, opdelt på seksualitet og køn/alder. Kun personer under 60 år er medtaget ved opdelingen på køn.



Brugen af receptmedicin er stigende med alderen. De yngre transpersoner har et højt forbrug af receptmedicin, sammenlignet med de andre

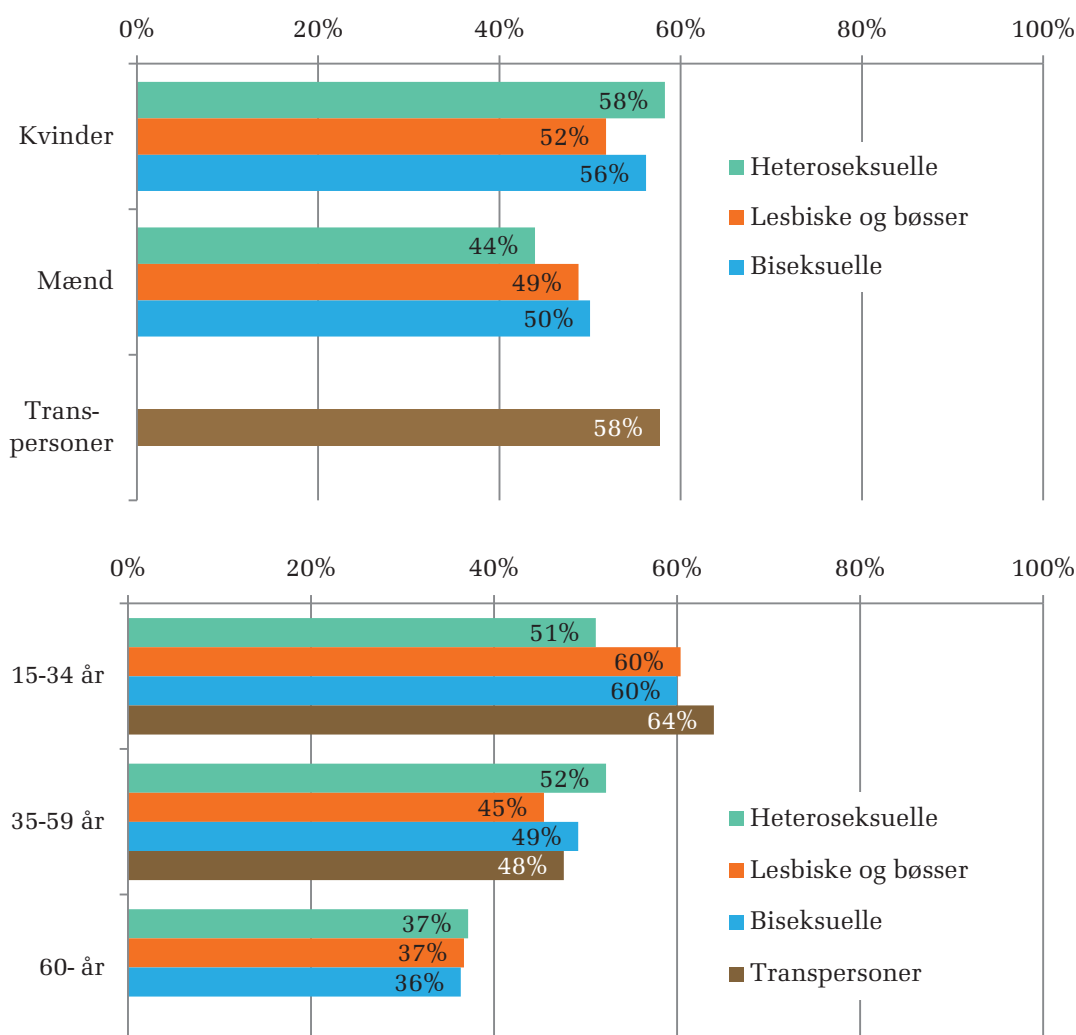
grupper i alderen under 35 år. Dette skyldes formentlig i stor udstrækning brug af hormonpræparater.

Brug af håndkøbsmedicin

Brug af håndkøbsmedicin er undersøgt ved samme spørgsmål som for receptmedicin (se foregående side). Som figuren nedenfor viser,

ligger brugen af håndkøbsmedicin for alle LGBT-grupper på omkring eller lidt over 50 %.

Figur 8.3 Andel, der har brugt håndkøbsmedicin inden for de seneste 14 dage, opdelt på seksualitet og køn/alder. Kun personer under 60 år er medtaget ved opdelingen på køn.



Der er ingen statistisk sikre forskelle mellem grupperne i brugen af håndkøbsmedicin inden for de seneste 14 dage. Højest ligger de yngre transpersoner under 35 år, hvor 64 % har brugt håndkøbsmedicin.

Opsummering

Nedenstående er en opsummering af de mest centrale fund samlet i et punkt for hver indikator i dette kapitel.

- Der er ikke fundet forskelle mellem grupperne i forhold til kontakt til egen læge.
- Transpersoner bruger oftere receptmedicin end seksuelle minoriteter og den øvrige befolkning.
- Der er ikke fundet forskelle mellem grupperne i forhold til brugen af håndkøbsmedicin.

9. Sociale relationer

I dette kapitel undersøger vi LGBT-personers sociale relationer. Det er veldokumenteret i litteraturen, at relationer til andre mennesker har en central betydning for helbredet. Personer med stærke sociale relationer bliver sjældnere syge, og hvis de bliver syge, kommer de sig hurtigere efter deres sygdom (Due & Holstein, 1999; Iversen, Kristensen, Holstein, & Due, 2002; Juel et al., 2006). Personer med stærke sociale relationer har desuden mindre risiko for at blive syge, når de udsættes for helbredsbelastende hændelser. Eksempelvis er det velkendt, at personer, der bliver arbejdsløse, har større risiko for at blive syge, blive indlagt og for at have behov for lægemidler. Der er dog store forskelle i risiko, afhængig af hvor stærke sociale relationer den arbejdsløse har. Stærke sociale relationer virker således også som en beskyttelse mod de helbredsbelastende virkninger af arbejdsløsheden (Due & Holstein, 1999).

Det estimeres, at der årligt indtræffer 1.000-1.500 dødsfald, som er relateret til svage sociale relationer (Juel et al., 2006). At have svage sociale relationer er i den forbindelse defineret, som at man sjældent eller aldrig træffer familie, og som at man ikke regner med at få hjælp af andre i tilfælde af sygdom. I litteraturen er der forskellige teorier omkring sammenhængen mellem helbred og sociale relationer. Nogle mener, at sociale relationer har en evne til at afbøde virkningen af stressorer. Det vil sige, at sociale relationer kan afhjælpe situationer, hvor man er presset, og give adgang til praktisk hjælp og støtte. Andre påpeger, at sociale relationer kan give adgang til forbedret sundhedsadfærd, styrket selvværd og øget personlige ressourcer samt et generelt øget velbefindende (Iversen et al., 2002).

Den seneste publicerede Sundheds- og sygelighedsundersøgelse, med data fra 2010, viser

også, at der er en sammenhæng mellem at have et højt selv vurderet helbred og stærke sociale relationer (Christensen et al., 2012).

De sociale relationer kan beskrives ved henholdsvis en strukturel og en funktionel dimension (Iversen et al., 2002). Det strukturelle aspekt dækker over, hvem og hvor mange man har kontakt med – det vil sige primært kvantiteten af de formelle og uformelle relationer, man har. Det funktionelle aspekt refererer til, hvordan de sociale relationer fungerer. Det vil sige, den form for støtte, en person har adgang til via sit netværk. Med andre ord omhandler det funktionelle aspekt den kvalitative del af de sociale relationer.

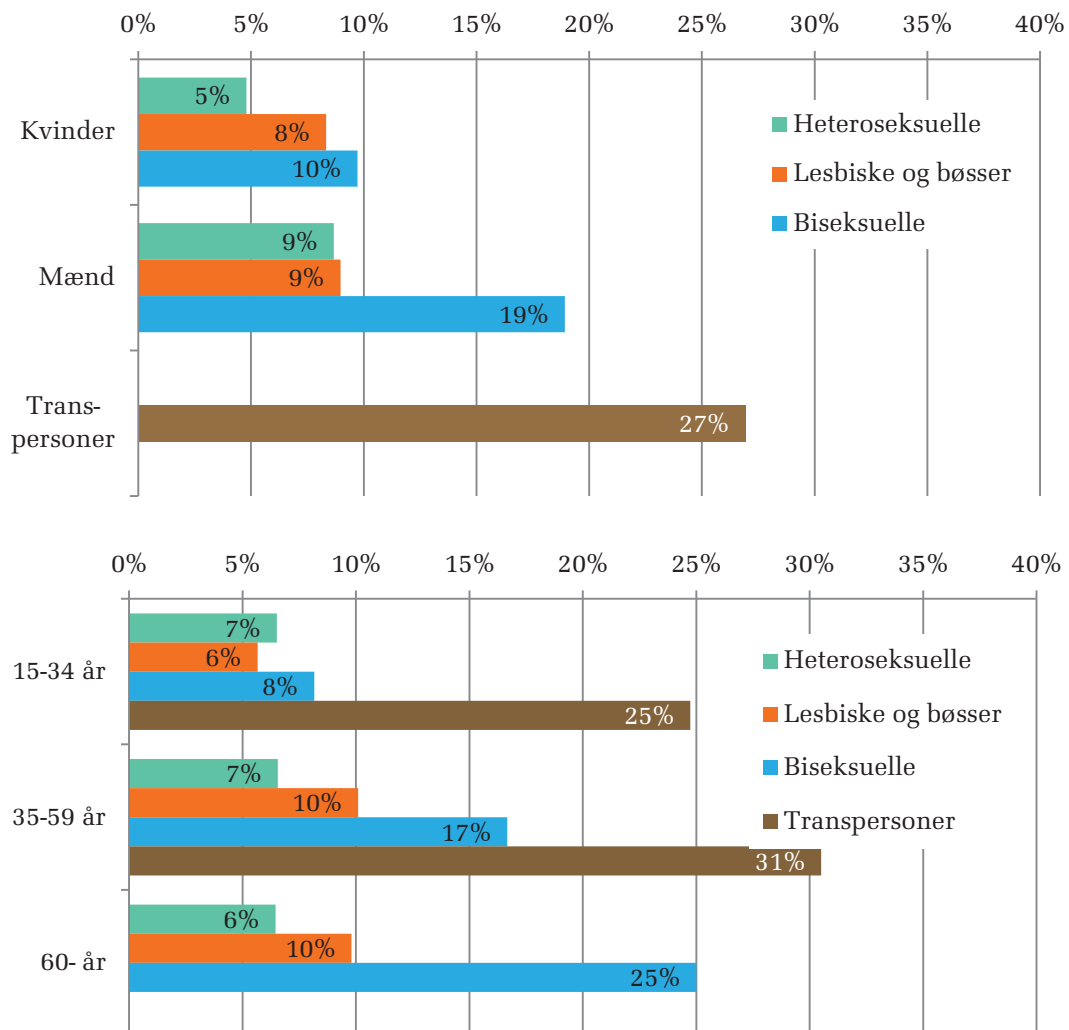
I nærværende undersøgelse har vi belyst det strukturelle aspekt ud fra; 1) hvor ofte man træffer familie, og 2) hvor ofte man træffer venner og bekendte. Vi er bevidste om, at familie kan defineres forskelligt fra person til person, men vi måler her på svarpersonernes selvdefinerede familierelationer. Det vil sige, vi har ikke nødvendigvis målt på samme familieforhold for hver svarperson. Det funktionelle aspekt belyses ud fra; 1) hvor ofte man føler sig uønsket alene, 2) om man i tilfælde af sygdom kan forvente at få hjælp fra andre til praktiske problemer, og 3) om man har nogen at tale med, hvis man har problemer eller brug for støtte.

Kontakt til familie

For at afdække LGBT-personers kontakt til personer i deres netværk, blev respondenterne anmodet om at besvare spørgsmålet 'Hvor ofte er du i kontakt med familie, som du ikke bor sammen med?'. Spørgsmålet kunne respondenterne besvare med én af følgende muligheder: 'dagligt eller næsten dagligt', '1 til 2 gange om

ugen', '1 til 2 gange om måneden', 'sjældnere end 1 gang om måneden' eller 'aldrig'. I figurerne nedenfor vises andelen af respondenterne, som har angivet én af de to sidstnævnte svarmuligheder.

Figur 9.1 Andel, der sjældent eller aldrig har kontakt med familie, opdelt på seksualitet og køn/alder. Kun personer under 60 år er medtaget ved opdelingen på køn.



Biseksuelle – både mænd og kvinder – har sjældnere kontakt med familie end heteroseksuelle. Andelen af transpersoner, der sjældent

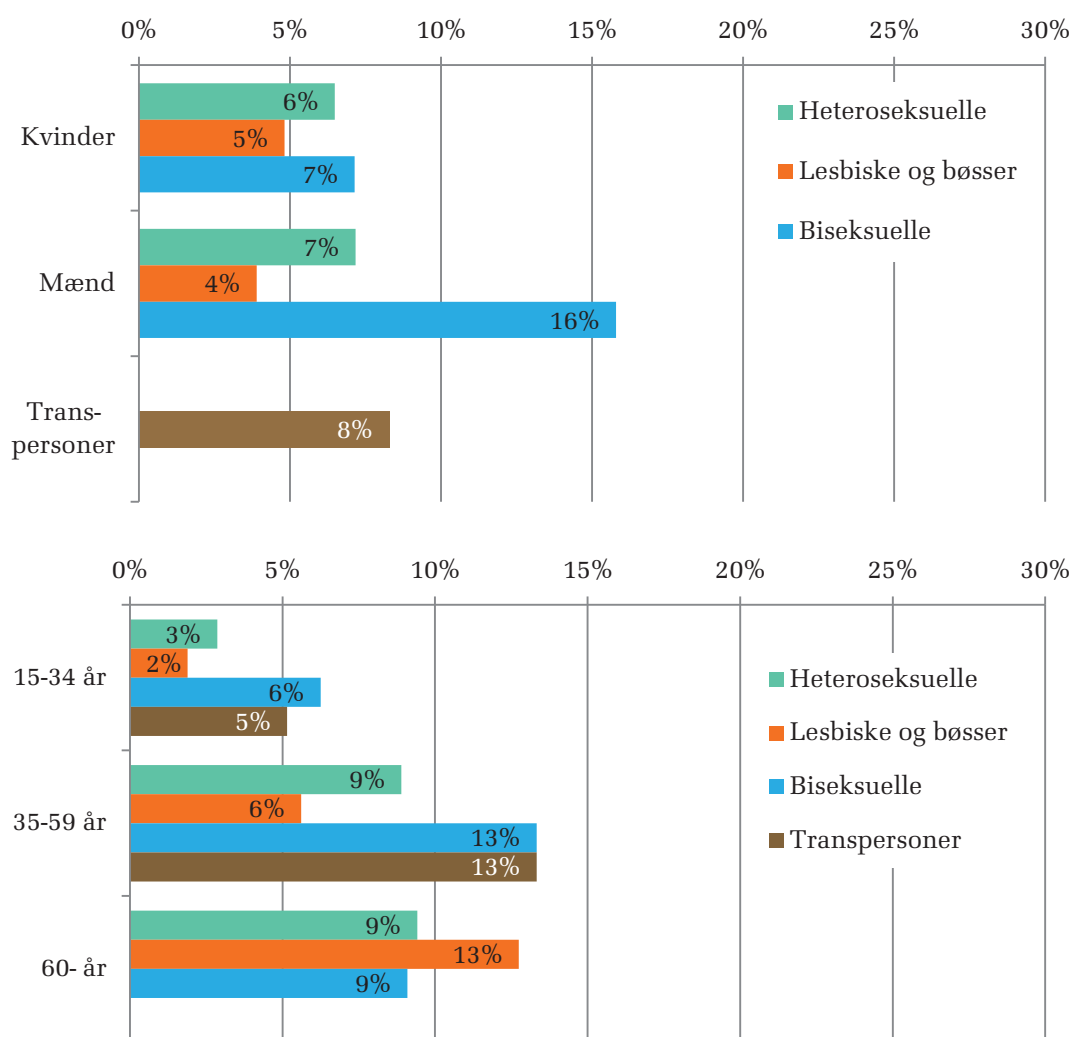
eller aldrig er i kontakt med familie 27 % og dermed højere end for de øvrige grupper.

Kontakt til venner

For at afdække LGBT-personers kontakt til venner benyttede vi spørgsmålet 'Hvor ofte er du i kontakt med venner?', med svarmuligheder som beskrevet på foregående side. I figurerne nedenfor vises andelen, som har svaret, at de 'sjældnere end 1 gang om måneden' eller 'aldrig' har kontakt til venner.

Der er ingen statistisk sikre forskelle i andelen, der sjældent eller aldrig har kontakt til venner, men andelen er dog høj (16 %) blandt biseksuelle mænd.

Figur 9.2 Andel, der sjældent eller aldrig har kontakt til venner, opdelt på seksualitet og køn/alder. Kun personer under 60 år er medtaget ved opdelingen på køn.

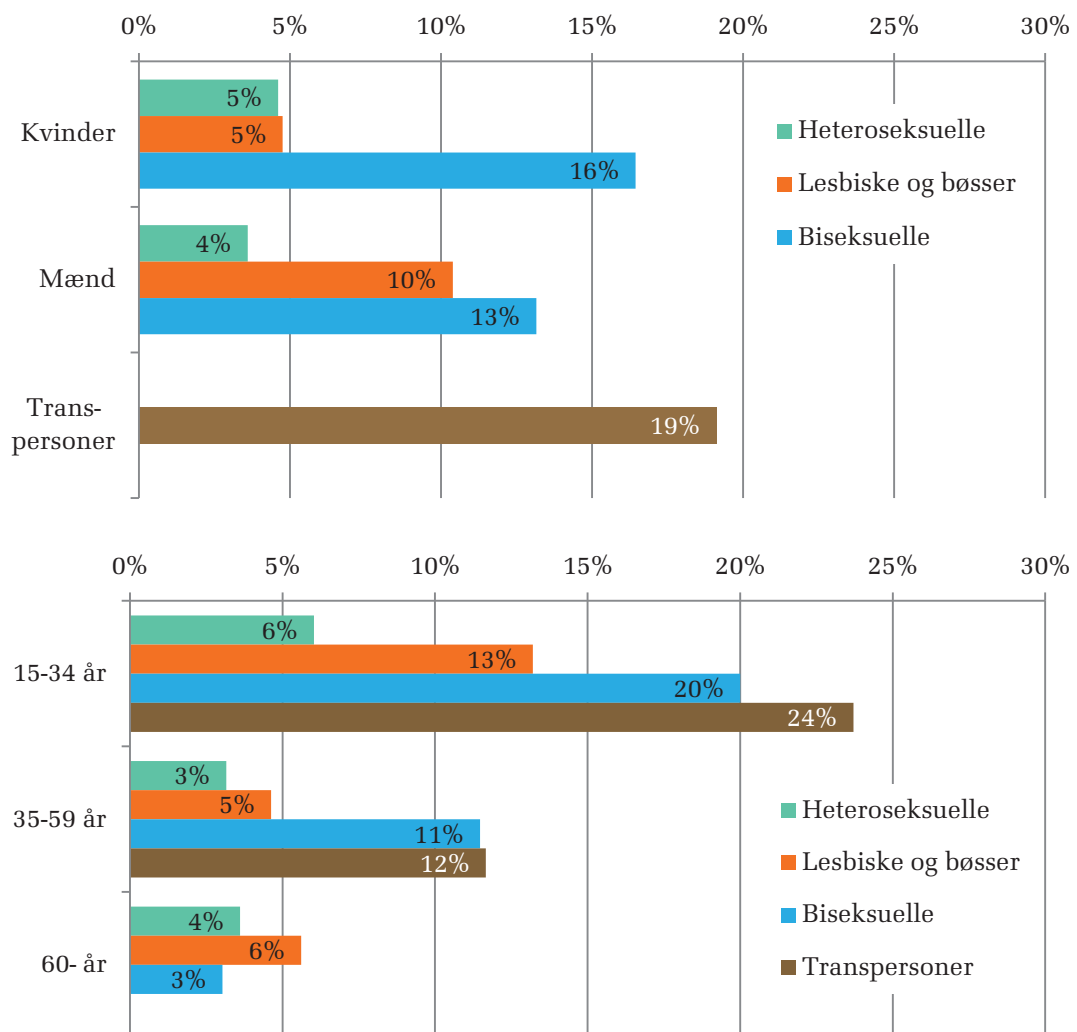


Uønsket alene

Uønsket alene er i undersøgelsen afdækket gennem spørgsmålet *'Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du mest har lyst til at være sammen med andre?'*. Respondenten kunne besvare spørgsmålet med 'ja, ofte', 'ja, engang imellem', 'ja, men sjældent' eller 'nej'.

Andelen af biseksuelle mænd og kvinder samt bøsser, der er uønsket alene, er større end blandt heteroseksuelle mænd og kvinder. Forskellene er statistisk sikre. For transpersoner er andelen, der er uønsket alene, 19 % og dermed større end for de øvrige grupper.

Figur 9.3 Andel, der ofte er uønsket alene, opdelt på seksualitet og køn/alder. Kun personer under 60 år er medtaget ved opdelingen på køn.

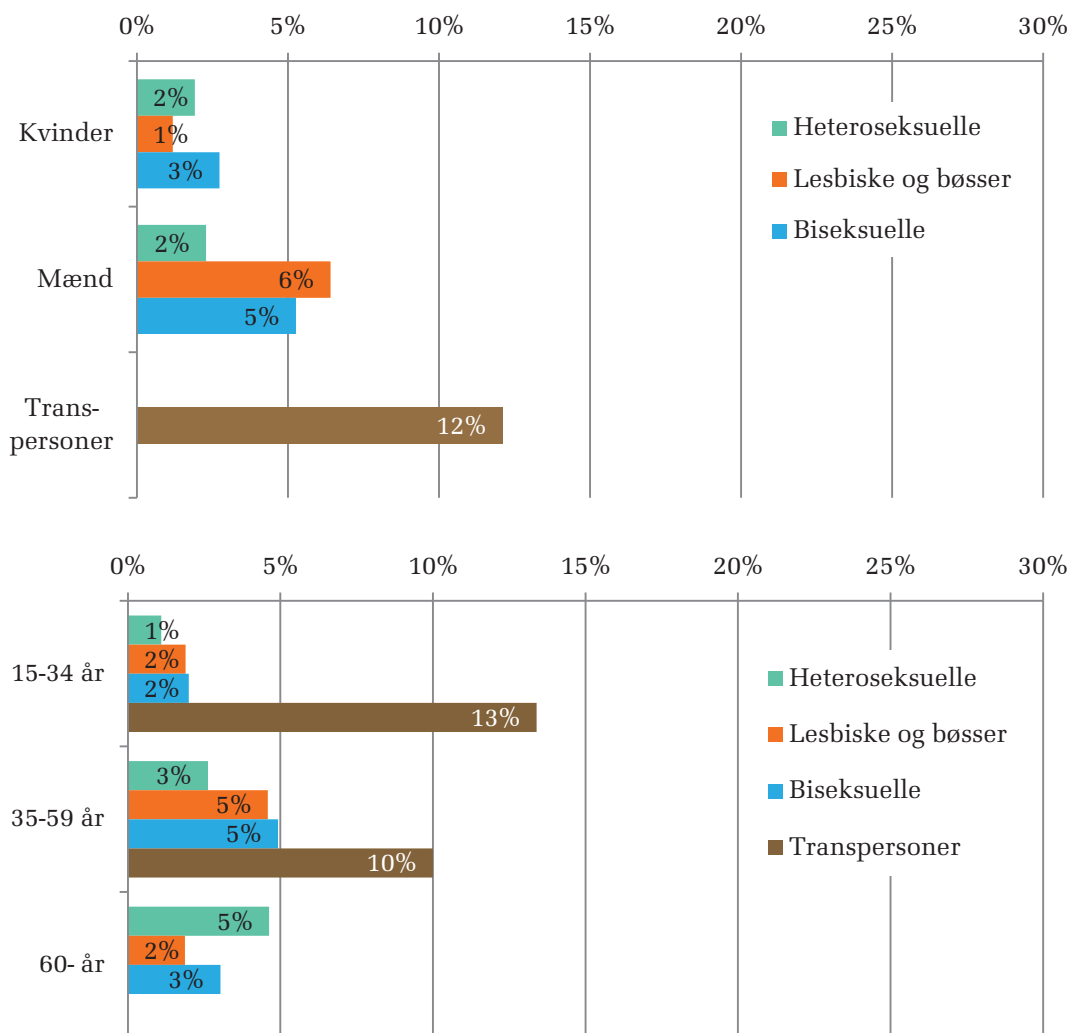


Mulighed for hjælp i forbindelse med sygdom

Vi har også set på, i hvilket omfang LGBT-personer oplever, at de kan få hjælp fra personer i deres netværk, hvis de bliver ramt af sygdom. Til at afdække dette har respondenterne besvaret spørgsmålet 'Hvis du bliver syg og har

brug for hjælp til praktiske problemer, kan du da regne med at få hjælp fra andre?'. Spørgsmålet kunne besvares med 'ja, helt sikkert', 'ja, måske', eller 'nej'.

Figur 9.4 Andel, der ikke regner med at kunne få hjælp i forbindelse med sygdom, opdelt på seksualitet og køn/alder. Kun personer under 60 år er medtaget ved opdelingen på køn.



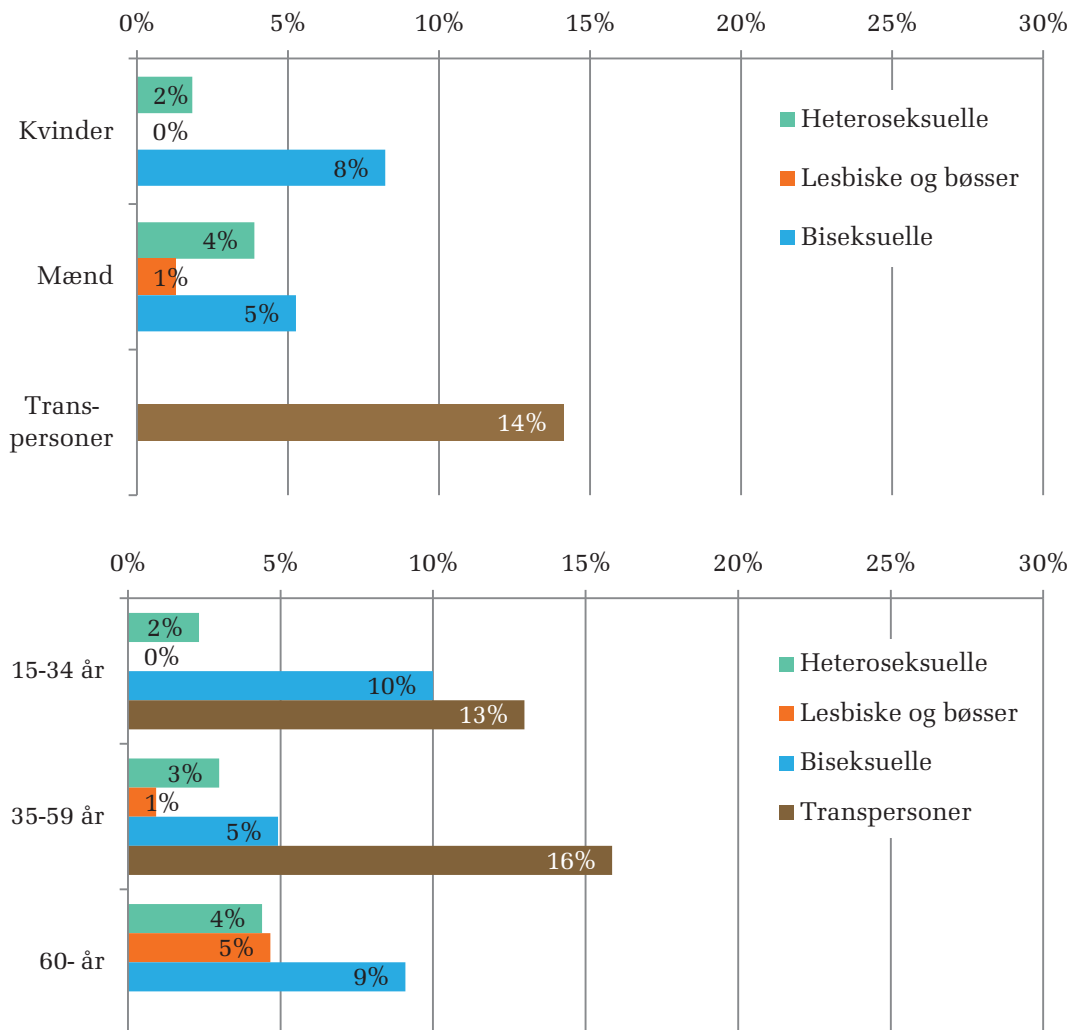
Der er ingen statistisk sikker forskel mellem LGB-grupperne i andelen, der ikke regner med hjælp ved sygdom. Dette kan dog skyldes de små andele. Blandt transpersoner er der en betydelig andel (12 %), der ikke regner med at kunne få hjælp.

Har nogen at tale med

Vi har også undersøgt, i hvilken udstrækning LGBT-personer oplever at have nogen at tale med, hvis de har behov herfor. Til at afdække dette har vi anvendt spørgsmålet 'Har du nogen at tale med, hvis du har problemer?'. Spørgsmå-

let kunne besvares med 'ja, ofte', 'ja, for det meste', 'ja, nogen gange', eller 'nej, aldrig eller næsten aldrig'.

Figur 9.5 Andel, der aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med, opdelt på seksualitet og køn/alder. Kun personer under 60 år er medtaget ved opdelingen på køn.



Der er flere biseksuelle kvinder, der aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med, sammenlignet med lesbiske og heteroseksuelle kvinder. Forskellen er statistisk sikker. Især unge biseksuelle

kvinder har aldrig eller næsten aldrig nogen at tale med (13%). Transpersoner er den gruppe, hvor flest mangler nogen at tale med, hvis de har problemer.

Opsummering

Nedenstående er en opsummering af de mest centrale fund samlet i et punkt for hver indikator i dette kapitel.

- Transpersoner har sjældnere kontakt til familie end seksuelle minoriteter og den øvrige befolkning. Andelen, der sjældent har kontakt til familie, er højere for gruppen af biseksuelle end heteroseksuelle.
- En betydelig del af transpersoner og biseksuelle mænd har sjældent kontakt til venner.
- At være uønsket alene er udbredt i hele LGBT-gruppen – særligt blandt biseksuelle og transpersoner.
- En markant andel af transpersonerne regner ikke med at kunne få hjælp ved sygdom.
- En markant andel af transpersonerne oplever, at de ikke har nogen at tale, hvis de har problemer. Det samme gælder for en betydelig del af de biseksuelle kvinder.

10. Seksuel sundhed

Seksuel sundhed er et relativt underbelyst område i folkesundhedsvidenskaben sammenlignet med områder som sundhedsadfærd og sygelighed. Når emnet behandles, er det ofte med fokus på seksuelt overførte sygdomme, seksuel dysfunktion eller seksuelle overgreb (C Graugaard, Pedersen, & Frisch, 2012). Men seksuel sundhed er ikke kun fraværet af seksuelle sygdomme og tvang i forbindelse med seksuelle aktiviteter, det er også alle de positive forhold, som gør det muligt at udleve sin seksualitet på en tilfredsstillende måde. Ifølge Verdenssundhedsorganisationen WHO kan seksuel sundhed defineres som en *'tilstand af fysisk, følelsesmæssig, mental og social velbefindende relateret til seksualitet; det er ikke kun fraværet af sygdom, dysfunktion eller andre seksuelle problemer, og seksuel sundhed kræver derfor en positiv og respektfuld tilgang til seksualitet og seksuelle forhold, såvel som muligheden for at have lystfyldte og sikre seksuelle oplevelser, fri for tvang, diskrimination og vold. For at opnå og fastholde seksuel sundhed må enhver persons seksuelle rettigheder respekteres, beskyttes og opfyldes.'* (Organization, 2006).

Med udgangspunkt i denne definition er begrebet seksualitet bredere end blot sex, og det skal i stedet ses som et mangfoldigt begreb, der kan komme til udtryk gennem tanker, fantasier, lyster, opfattelser, holdninger, værdier, adfærd, roller, relationer og praksisser (Organization, 2006). Dog er det primært i forhold til seksuel dysfunktion – særligt erektionsproblemer – at den eksisterende viden foreligger.

For en stor del af befolkningen vurderes seksuallivet at have en væsentlig betydning for livskvaliteten. Således rapporterede ni ud af ti danskere i en

nylig befolkningsundersøgelse, at deres sexliv var vigtigt for deres trivsel (Frisch, Lindholm, & Grønbæk, 2011). I en ny rapport fra Vidensråd for Forebyggelse beskrives seksualitet som en form for 'raskhedsfaktor'. Her beskrives det blandt andet, at et velfungerende seksualliv kan fungere som et eksistentielt frirum, der kan være kilde til ressourcer til at håndtere vanskelige situationer som eksempelvis livstruende eller kronisk sygdom (C Graugaard et al., 2012).

Omvendt kan seksualiteten også ses som risikofaktor, da nogle studier peger på en sammenhæng mellem seksuel dysfunktion og selvrapporterede sundheds- og trivselsproblemer. Dette er dog primært belyst ud fra erektionsproblemer hos mænd (Althof, 2002; De Berardis et al., 2002; C Graugaard et al., 2012). Et dansk studie peger på, at erektionsproblemer ikke kun er et individuelt problem, men noget som rammer begge personer i et parforhold, fordi det også har betydning for partnerens seksualliv (Wagner, Fugl-Meyer, & Fugl-Meyer, 2000). Der savnes derfor mere forskning om betydningen af seksualitet for fysisk og psykisk sundhed for kvinder og transpersoner – herunder også betydningen af seksuel orientering.

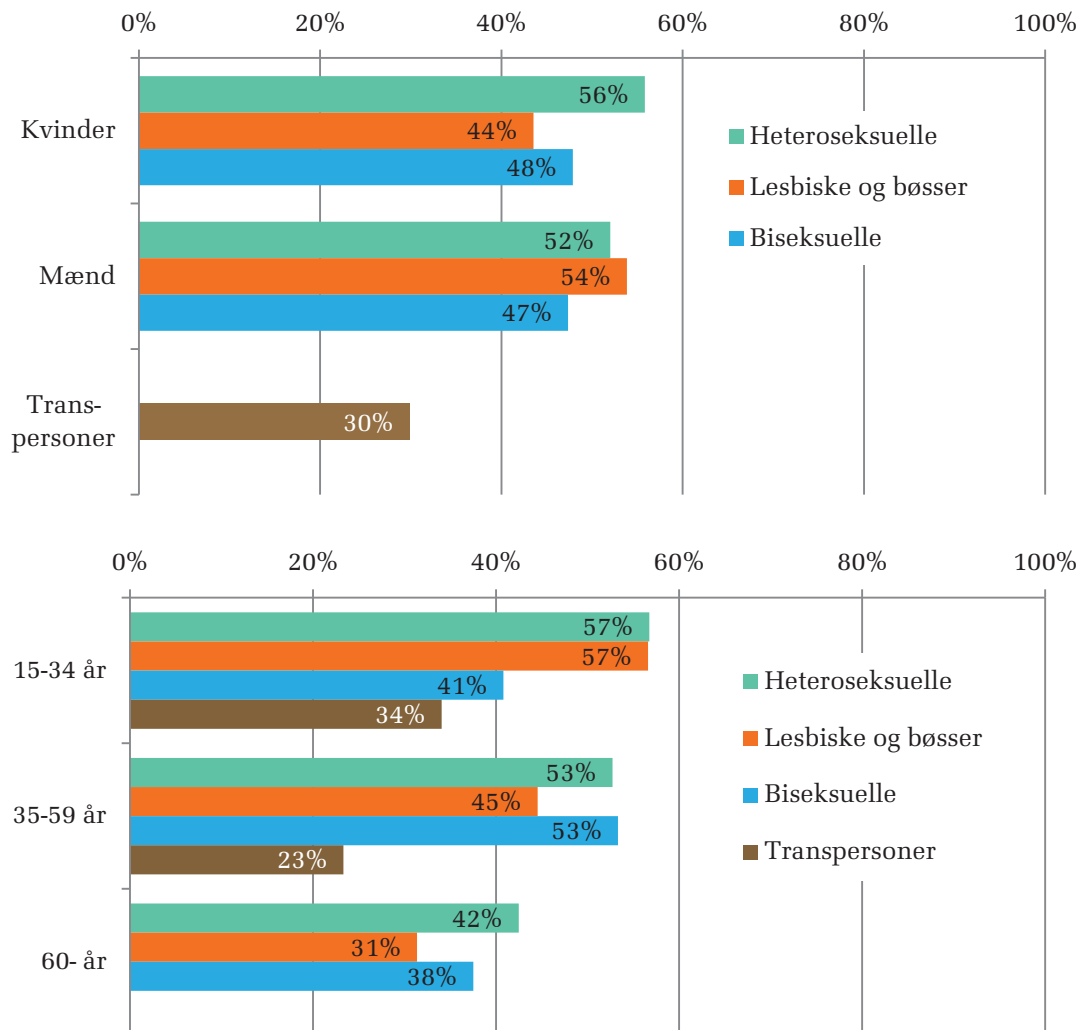
I dette kapitel beskrives LGBT-personers tilfredshed med deres sexliv, oplevelser med manglende eller nedsat sexlyst, seksuelt samvær med en anden person inden for det seneste år, samt samtaler med en sundhedsprofessionel om seksuelle spørgsmål. Dette er langt fra udtømmende i forhold til at kunne beskrive seksuel sundhed, dog kan det give et indtryk af, om seksuelle minoriteter og kønsidentitetsminoriteters seksualliv adskiller sig fra den øvrige befolkning på disse områder.

Tilfredshed med seksualliv

I spørgeskemaet blev respondenterne spurgt, om de var tilfredse med deres seksualliv. Respondenterne blev anmodet om at besvare spørgsmålet 'Hvor tilfreds har du været med dit sexliv i det seneste år?' med en fempunkts Li-

kert-skala rangerende fra 'særdeles utilfreds' til 'særdeles tilfreds'.

Figur 10.1 Andel, der er tilfreds eller meget tilfreds med deres seksualliv, opdelt på seksualitet og køn/alder. Kun personer under 60 år er medtaget ved opdelingen på køn.



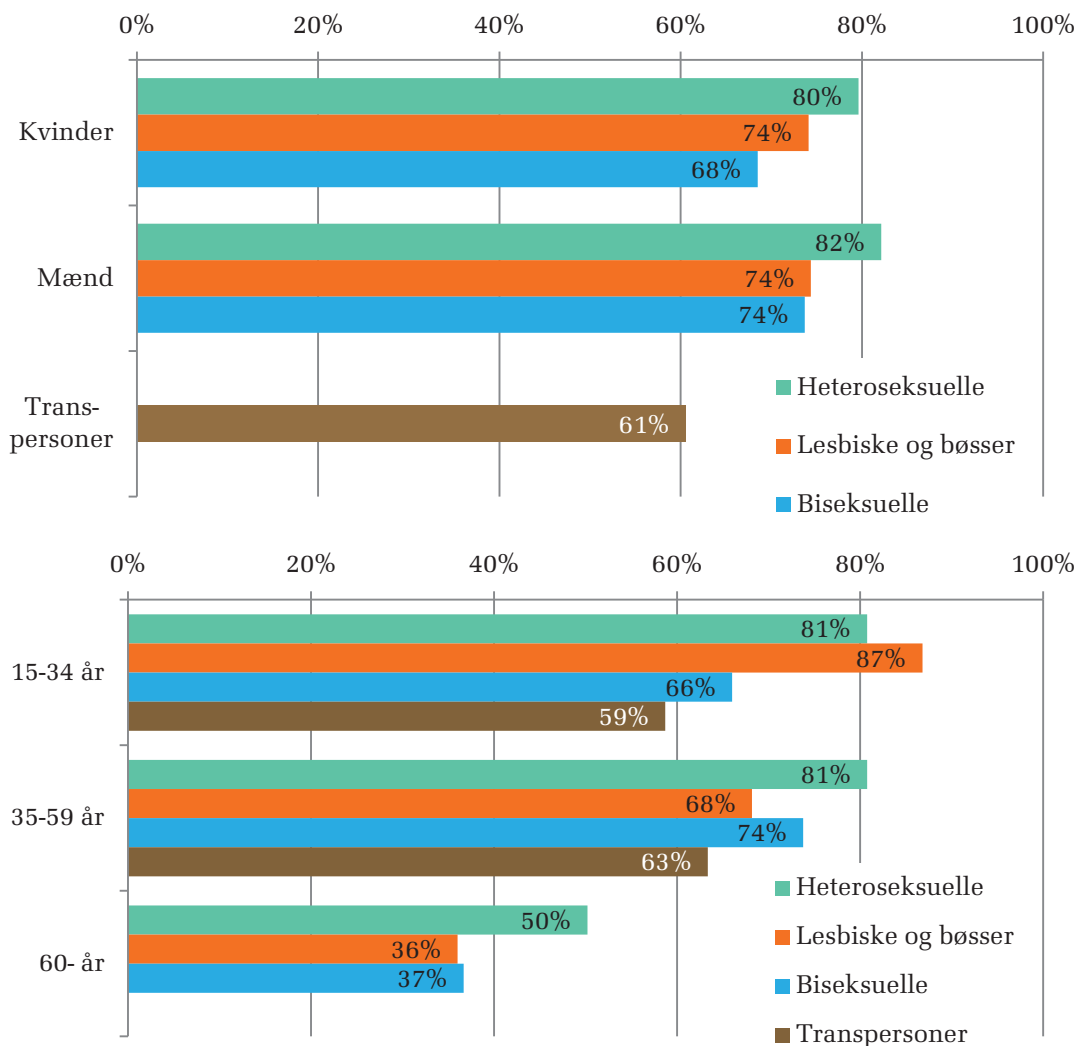
Færre lesbiske er seksuelt tilfredse end heteroseksuelle kvinder. Forskellen er statistisk sikker. Blandt transpersoner er det kun 30 %, der er tilfredse med deres seksualliv, hvilket er den laveste andel af alle grupperne.

Seksuelt samvær

I spørgeskemaet blev respondenterne også spurgt om, hvorvidt de havde haft sex inden for det seneste år. Spørgsmålet var formuleret således 'Har du haft seksuelt samvær med et andet menneske i det seneste år?'.

Lesbiske har sjældnere end heteroseksuelle kvinder haft seksuelt samvær med et andet menneske. Desuden har gruppen af biseksuelle samlet set sjældnere seksuelt samvær med et andet menneske end gruppen af heteroseksuelle. Begge forskelle er statistisk sikre.

Figur 10.2 Andel, der har haft seksuelt samvær med et andet menneske i det seneste år, opdelt på seksualitet og køn/alder. Kun personer under 60 år er medtaget ved opdelingen på køn.



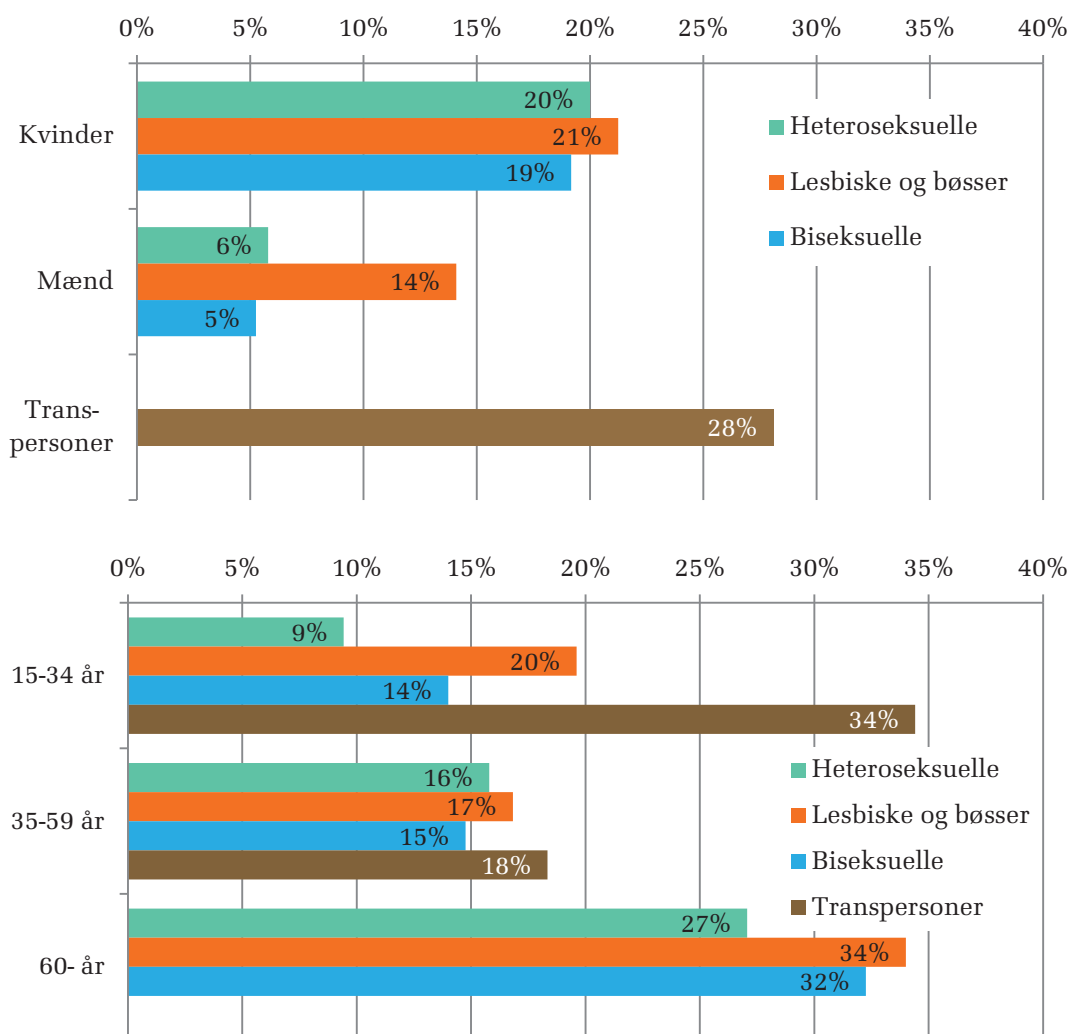
Generelt har gruppen over 60 år betydeligt mindre seksuelt samvær end de yngre. Den laveste andel med seksuelt samvær findes blandt lesbiske over 60 år (23 %).

Manglende sexlyst

I spørgeskemaet blev respondenterne også spurgt til manglende sexlyst. Formålet var at undersøge, om svarpersonerne føler, at de mangler eller oplever en nedgang i deres sexlyst, da dette kan være udtryk for trivselsproblemer. Vi har således ikke haft til hensigt at undersøge omfanget af personer, der generelt har en lav sexlyst som for eksempel asexuelle personer.

I spørgeskemaet blev respondenterne anmodet om at besvare spørgsmålet 'Har du inden for det seneste år oplevet manglende eller nedsat lyst til sex?'. Spørgsmålet kunne besvares med en fempunkt Likert-skala fra 'ja, hele tiden' til 'nej, aldrig'.

Figur 10.3 Andel, der ofte eller hele tiden mangler lyst til sex, opdelt på seksualitet og køn/alder. Kun personer under 60 år er medtaget ved opdelingen på køn.



Andelen af bøsser, der har nedsat sexlyst, er større end blandt heteroseksuelle mænd. Forskellen er statistisk sikker. Blandt transperso-

ner er andelen med manglende sexlyst høj, særligt blandt unge under 35 år.

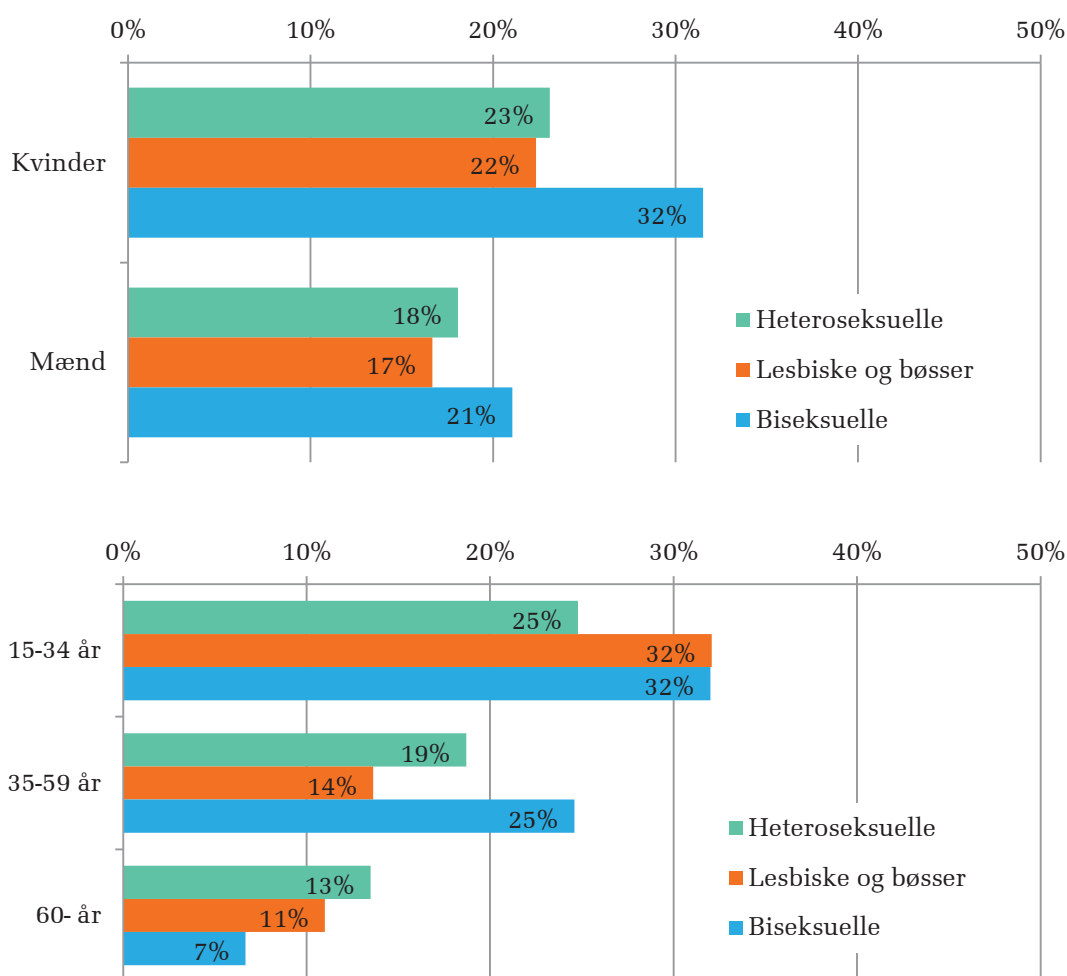
Seksuelle problemer

I spørgeskemaet er respondenterne blevet spurgt om en række forskellige seksuelle problemer. Mændene er spurgt, om de har problemer med rejsning, tidlig sædafgang, manglende orgasme, og smerter ved samleje. Kvinderne er spurgt om manglende fugtighed i skeden, manglende orgasme, skedekrampe og smerter ved samleje. Andelen af personer, hvor

mindst et af disse forhold blev oplevet som ét problem, er angivet i figuren.

Transpersoner er ikke medtaget i figuren, da vi i spørgeskemaet blev gjort opmærksom på af respondenterne, at disse spørgsmål kunne være svære at svare på, hvis man var i kønskorrigerende behandling. Vi har derfor valgt ikke at medtage transpersoner her.

Figur 10.4 Andel med seksuelle problemer, opdelt på seksualitet og køn/alder. Kun personer under 60 år er medtaget ved opdelingen på køn.



Der er ingen statistisk sikker forskel mellem grupperne, men andelen med seksuelle problemer er forholdsvis høj blandt biseksuelle kvinder under 60 år (32 %). Til gengæld har ingen biseksuelle kvinder over 60 år seksuelle

problemer. Blandt de unge biseksuelle kvinder svarer 41 %, at de har seksuelle problemer, herunder at de har skedekrampe (10 %) og/eller smerter ved samleje (28 %).

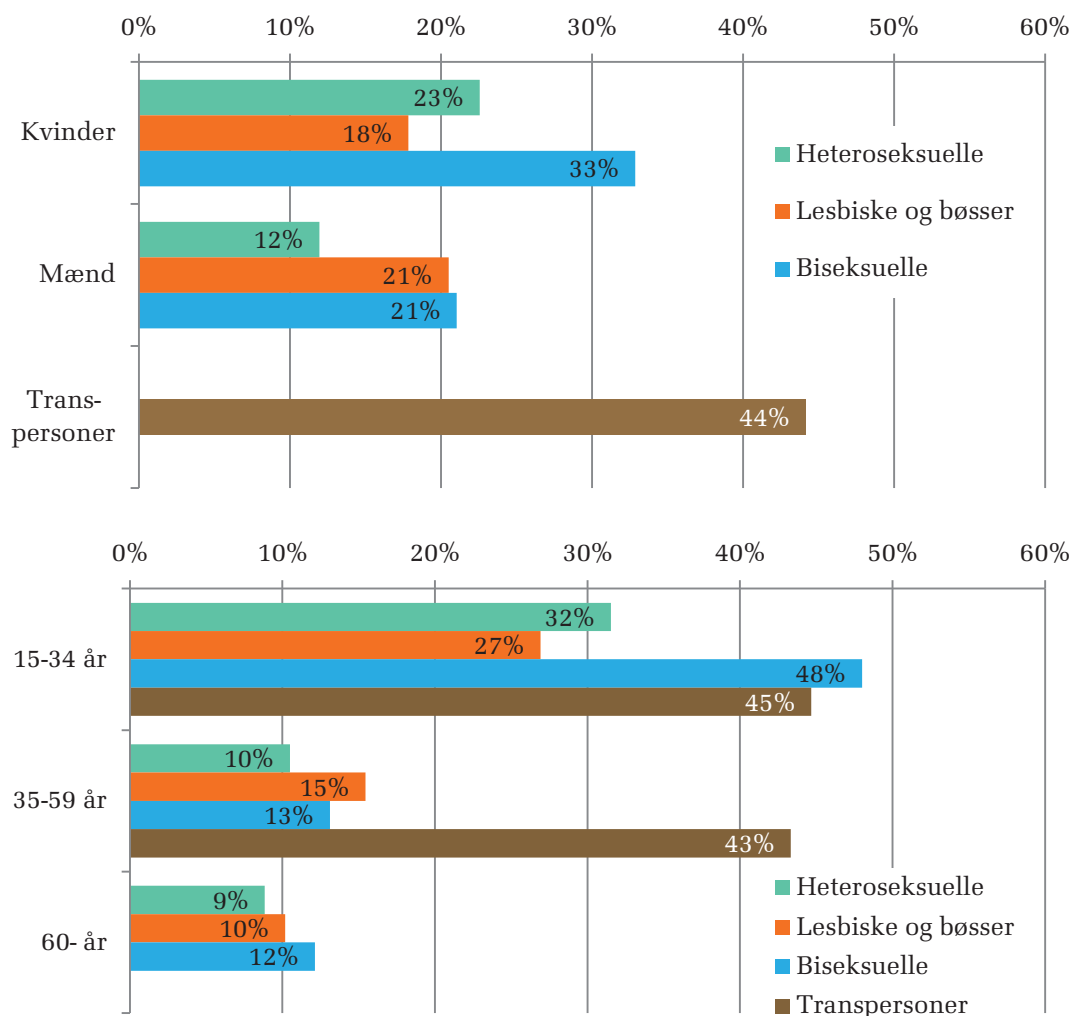
Talt med sundhedsprofessionelle

I spørgeskemaet blev respondenterne også spurgt om, om de har talt med sundhedsprofessionelle angående spørgsmål relateret til deres seksualliv. Spørgsmålet var formuleret således *'Har du inden for de seneste 5 år talt med en sundhedsprofessionel (læge, sundhedsplejerske, jordmoder mv.) om seksuelle spørgsmål?'* Svarmulighederne var *'ja, på mit eget initiativ'*,

'ja, på den sundhedsprofessionelles initiativ' eller *'nej'*.

Der er flere bøsser end heteroseksuelle mænd, der har talt med sundhedsprofessionelle om seksuelle spørgsmål inden for de seneste 5 år. Forskellen er statistisk sikker.

Figur 10.5 Andel, der har talt med sundhedsprofessionelle om seksuelle spørgsmål inden for de seneste 5 år, opdelt på seksualitet og køn/alders. Kun personer under 60 år er medtaget ved opdelingen på køn.



Andelen, der har talt med sundhedsprofessionelle er højest blandt transpersoner (44 %) og biseksuelle kvinder (33 %). Andelen blandt transpersoner er dog betydeligt mindre, hvis man kun medtager samtaler på eget initiativ

(21 %). For transpersoner i kønskorrigerende behandling er spørgsmål herom en del af udredningsforløbet og derfor ikke på eget initiativ.

Opsummering

Nedenstående er en opsummering af de mest centrale fund samlet i et punkt for hver indikator i dette kapitel.

- Andelen, der er tilfreds med deres sexliv, er mindst blandt transpersoner.
- De unge lesbiske og bøsser er de grupper, hvor flest har haft seksuelt samvær med et andet menneske det seneste år. Til gengæld er andelen blandt personer over 35 år lavere blandt lesbiske, bøsser og biseksuelle sammenlignet med heteroseksuelle. Generelt har lesbiske sjældnere seksuelt samvær end heteroseksuelle kvinder. Andelen af transpersoner, der har haft seksuelt samvær, er lavere end for alle de øvrige grupper.
- Andelen med manglende sexlyst er størst blandt transpersoner og forholdsvist høj blandt bøsser.
- De biseksuelle er den gruppe, hvor flest angiver at have seksuelle problemer, særligt blandt de unge kvinder. Forskellene er dog ikke statistisk sikre.
- Bøsser har oftere end heteroseksuelle mænd talt med en sundhedsprofessionel om seksuelle spørgsmål. Gruppen, der inden for de seneste 5 år har talt med en sundhedsprofessionel om seksuelle spørgsmål, er størst blandt transpersoner.

11. Kønsidentitet og kønskorri-gerende behandling

I dette kapitel beskriver vi resultaterne fra de supplerende spørgsmål til transpersoner. I alt stillede vi elleve supplerende spørgsmål til transpersoner i undersøgelsen, heraf var et spørgsmål åbent, således at respondenterne havde mulighed for at formulere et fritekstsvar. Sidstnævnte besvarelser er behandlet i en kvalitativ analyse i kapitel 12. Tre af de supplerende spørgsmål omhandlede kønsidentitet – det vil sige, hvordan transpersoner opfatter sig selv i forhold til deres kønsidentitet, og hvilke betegnelser de *selv* anvender til at beskrive deres kønsidentitet. Foruden disse spørgsmål, som blev stillet i begyndelsen af spørgeskemaet, stillede vi til sidst i spørgeskemaet syv spørgsmål relateret til kønskorrikerende behandling. Disse spørgsmål blev udviklet i dialog med repræsentanter fra LGBT Danmark og LGBT-liv i AIDS-Fondet og havde til hensigt at belyse transpersoners ønsker om og erfaringer med kønskorrikerende behandling. Fra litteraturen på området og samtaler med følgegruppen blev vi opmærksomme på, at kønskorrikerende behandling er et område, som er helt centralt for mange transpersoners sundhed og trivsel, og som adskiller dem fra den øvrige befolkning.

I litteraturen om transpersoners sundhed er der sket et paradigmeskift i opfattelsen af transpersoner, som er gået fra en sygdomsbaseret model til en identitetsbaseret model. Den sygdomsbaserede model tager afsæt i, at udviklingen af den binære kønsidentitet er blevet forstyrret hos transpersoner, men at man gennem hormonel og kirurgiske indgreb kan skabe overensstemmelse mellem deres biologiske køn, kønsidentitet og kønsrolle. I den identitetsbaserede model, som er blevet udviklet sidenhen, er udgangspunktet i stedet, at transpersoner er udtryk for den menneskelige

mangfoldighed i køn, og at de sundhedsmæssige problemer, som transpersoner oplever, stammer fra den sociale stigmatisering, som er forbundet med deres kønsudtryk (Bockting, 2009). Dette skift har også medført en kritik af diagnosen transseksualisme (i USA *Gender Identity Disorder and Transvestic Fetishism*), som kritikere mener bidrager til en stigmatisering af transpersoner. Denne bevægelse ser paradigmeskiftet som udtryk for, at mangfoldigheden i køn, som tidligere har været dokumenteret igennem historien og på tværs af kulturer, nu igen er blevet genfundet (Feinberg, 1996). Vores undersøgelse viser ligeledes, at der blandt transpersoner er en stærk kritik af patologiseringen af transidentitet.

Transpersoners møde med sundhedssystemet og adgangen til kønskorrikerende handling er beskrevet i litteraturen på området som et forhold af central betydning for transpersoners fysiske helbred og psykiske trivsel (Bockting, 2009; Lombardi, 2001; Poteat, German, & Kerrigan, 2013). Internationale studier viser, at sundhedsprofessionelles manglende forståelse for og diskrimination af transpersoners kønsidentitet kan afholde personer fra at opsøge behandling ved sygdom eller i forbindelse med kønsmodifikation (Lombardi, 2001; Poteat et al., 2013). Begrænsningerne på adgangen til kønskorrikerende behandling kan ligeledes have sundhedsmæssige konsekvenser, da det kan øge risikoen for uforsvarlige og risikable metoder for at opnå en kønskorrikering (Dean et al., 2000; Poteat et al., 2013)

Vi gennemførte transpersonundersøgelsen i februar 2015, kort tid efter Sundhedsstyrelsen udsendte en ny vejledning til sundhedspersoner om udredning og behandling af transkønnede, som trådte i kraft d. 19. december 2014.

Vores undersøgelse er derfor indlejret i den daværende aktuelle debat, som afstedkom på baggrund af udviklingen af de nye retningslinjer. Dette kan have påvirket, hvilke transpersoner som har deltaget, og det datamateriale, vi har fået. Særligt fritekstsvarene viser, at der blandt svarpersonerne er fokus på de ændringer, som retningslinjerne har medført.

Opfattelser af kønsidentitet

I undersøgelsen blandt transpersoner tilføjede vi tre spørgsmål, dels for at sikre at respondenterne tilhørte målgruppen, dels for at undersøge respondenternes egne betegnelser for deres kønsidentitet. Som vi tidligere har beskrevet, udgør transpersoner en heterogen gruppe, der rummer flere forskellige undergrupper, der ikke nødvendigvis deler et ønske om en køns-korrigerende kirurgi eller medicinsk behandling, og derfor heller ikke et ønske om at passe ind i den binære kønsopfattelse som enten 'mand' eller 'kvinde'.

For at afdække, om respondenterne tilhørte målgruppen, stillede vi følgende spørgsmål *'Har du på noget tidspunkt i dit liv opfattet dig som transperson?'*. Vi beskrev herunder, at vi i undersøgelsen forstod begrebet transperson som en person, hvis kønsidentitet eller kønsudtryk i større eller mindre grad ikke er i overensstemmelse med det køn, som vedkommende blev tildelt ved fødslen. Dernæst bad vi respondenterne besvare spørgsmålet *'Hvad opfatter du dig selv som i forhold til dit køn på nuværende tidspunkt?'* med fritekstsvare for at undersøge mangfoldigheden af de betegnelser, som anvendes i respondentgruppen. Spørgsmålet blev besvaret af 171 respondenter (100 %), heraf skrev fire, at de ikke forstod spørgsmålet, mens de resterende valgte at bruge forskellige betegnelser for deres kønsidentitet. I alt blev der anvendt 32 betegnelser for kønsidentitet. En del af respondenterne valgte at bruge mere end én betegnelse til at beskrive deres køn, og disse respondenter tæller derfor mere end én gang. Hyppigst var de to betegnelser 'mand' eller 'kvinde', som hhv. 58 og 32 respondenter havde valgt at beskrive sig selv med. Disse er således i overensstemmelse med den udbredte

binære kønsopfattelse. Dog skal det understreges, at en del respondenter anvendte betegnelserne sammen med andre betegnelser som fx 'kvinde-til-mand' eller 'feminin'.

Tabel 11.1 Oversigt over transpersonernes egne kønsidentitetsbetegnelser

Kønsbetegnelse	Antal afkrydsninger
Akønnet	1
Androgyn	1
Biologisk hankøn med fleksibel kønsidentitet	1
Demiboy	1
Det modsatte af mit biologiske køn	2
Det rette	1
Dreng/mand/hankøn (med kvindelige træk/feminin side/transkønnet baggrund)	58
Det er kompliceret	1
En blanding	1
Flydende	2
Female-to-Male (FtM) Male-to-Female (MtF)	5
Genderfluid	3
Genderqueer	4
I balance	3
I tvivl	1
Ikke kønnet	1
Ikke-binær/non-binær (mand/transkønnet/transperson)	12
Interkønnet kvinde	1
Intet kønnet	1
Kvinde/pige/hunkøn (hældning mod det binære/født i en anden krop)	32
Midt imellem	1
Mellem transvestit og transseksuel	1
Neutral	3
Pangender	1
Postmoderne mand	1
Queer (transperson)	1
Samme køn med ønske om at skifte	1
Transseksuel	1
Transvestit	4
Trans (feminin/ kvinde/ maskulin/ mand)	16
Transkønnet (kvinde/mand)	12
Trans (person)	3

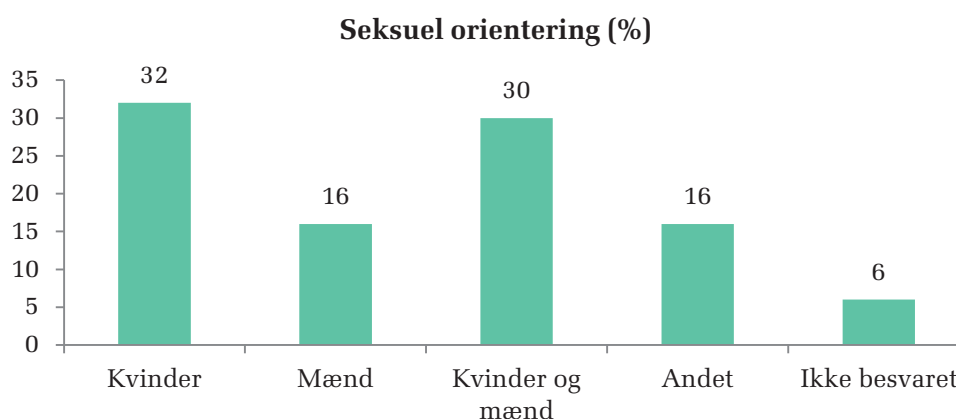
Derudover blev der taget yderligere 30 betegnelser i brug, som alle på forskellig vis er ud-

tryk for en videreudvikling af den binære kønsopfattelse. Betegnelserne rummer alt fra mere flydende ikke-statiske kønsidentitetsopfattelser som *'gender fluid'* til mere faste tredje-kønspositioner som *'transkønnet'*. Knap halvdelen af betegnelserne i tabellen er anvendt af mere end én person. Dette understreger således mangfoldigheden af de kønsidentitetsopfattelser, som gruppen af transpersoner har.

For at kunne undersøge fordelingen mellem et antal hyppige betegnelser i vores population bad vi respondenterne om at besvare spørgsmålet *'Anvender du i øvrigt én eller flere af følgende betegnelser i forhold til dit køn?'* med mulighed for at vælge én eller flere af følgende betegnelser *'transperson'*, *'transkønnet'*, *'queer'*, *'transseksuel'*, *'transvestit'*, *'mand'*, *'kvinde'*, *'både mand og kvinde'* eller *'andet'*.

Tabel 11.2 viser, at flere af respondenterne valgte mere end én betegnelse til at beskrive deres kønsidentitet, idet der var 456 afkrydsninger blandt de i alt 171 svarpersoner. Mest udbredte var betegnelserne *'transkønnet'*, *'mand'* og *'transperson'*. De tre hyppigste kombinationer var *'transkønnet og mand'*, *'transperson, transkønnet og mand'* og *'transperson, transkønnet, queer og mand'*.

Figur 11.1 Andel transpersoner fordelt på seksuel orientering



I SUSY 2013 bestod svarmulighederne af *'personer af modsat køn'*, *'personer af samme køn'*, *'personer af begge køn'* og *'ved ikke'*. Disse svarkategorier mente vi kunne skabe forvirring

Tabel 11.2 Antal afkrydsninger for hver kønsidentitetsbetegnelse

Kønsbetegnelse	Antal afkrydsninger
Transperson	79
Transkønnet	117
Queer	46
Transseksuel	23
Transvestit	14
Mand	84
Kvinde	42
Mand og kvinde	24
Andet	27

I alt valgte 139 af de 171 respondenter at afkrydse to eller flere betegnelser. Dette giver os relevant indsigt i, hvilke betegnelser vi fremadrettet bør anvende for at inkludere transpersoner i sådanne undersøgelser.

Seksuel orientering

For at undersøge fordelingen af seksuelle minoriteter blandt transpersoner og sammenligne denne med den øvrige befolkning stillede vi samme spørgsmål som i SUSY 2013 *'Er din seksuelle orientering overvejende rettet mod...?'*.

og virke stødende på transpersonerne i vores undersøgelse, da de dels tager udgangspunkt i en binær kønsopfattelse, dels er uklart for respondenterne, om de skal tage udgangspunkt i

deres medfødte køn eller kønsidentitet, når de skal svare. Svarkategorier blev derfor: 'kvinder', 'mænd', 'kvinder og mænd' og 'andet'. I figur 11.1 ses besvarelserne fordelt på de fire svarkategorier.

I alt valgte 162 respondenter at besvare spørgsmålene omkring seksuel orientering. En sjettedel af respondenterne valgte at beskrive deres seksuelle tiltrækning som rettet mod 'andet', hvilket kan ses som et udtryk for, at den binære kønsopdeling, som kommer til udtryk i de øvrige svarkategorier, ikke er tilstrækkelig. I forhold til fordelingen af seksuelle orienteringer, findes der blandt transperson-respondenterne en overrepræsentation af seksuelle minoriteter sammenlignet med den øvrige befolkning.

Således angav 30 % at være orienteret mod både kvinder og mænd, mens 15 % var orienterede mod det samme køn, som de selv identificerede sig som, og 21 % var orienteret mod det modsatte køn i forhold til, hvad de selv identificerede sig som. For de resterende var det ikke muligt at lave en sådan kategorisering. I SUSY

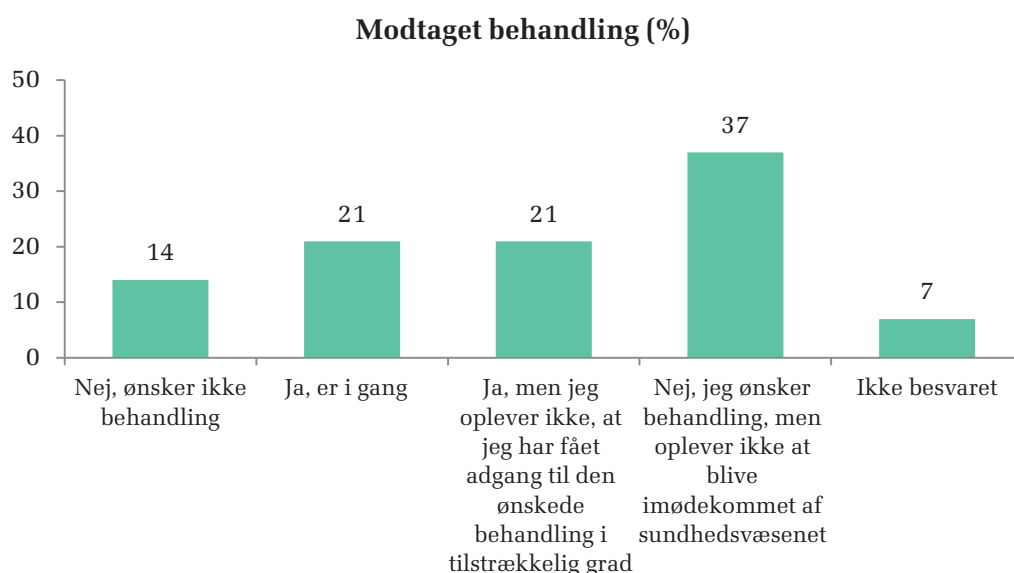
2013 kunne 1,1 % af respondenterne identificeres som biseksuelle og 2,1 % som lesbiske/bøsser.

Behandling relateret til kønsidentitet

Som tidligere beskrevet tilføjede vi i spørgeskemaet til transpersoner nogle supplerende spørgsmål målrettet det at leve som transperson i Danmark. Med hjælp fra følgegruppen formuleredes syv spørgsmål relateret til køns-korrigerende behandling. Vi valgte at stille spørgsmål hertil, da forholdet mellem biologisk køn og kønsidentitet kan spille en central rolle for transpersoners fysiske såvel som psykiske sundhed. Dette fokusområde blev også bekræftet som centralt, da hovedparten af alle fritekstsvarene beskæftigede sig med udfordringer relateret hertil.

Det første spørgsmål omhandlede ønsket om kønskorrigerende behandling og var formuleret således 'Har du i forbindelse med din kønsidentitet modtaget behandling fra en læge i Danmark eller udlandet?'. I alt valgte 159 respondenter at besvare spørgsmålet.

Figur 11.2 Andel transpersoner fordelt efter behandlingserfaringer



Figur 11.2 viser, at mindst 42 procent af respondenterne er i gang med én eller anden form for kønskorrigerende behandling i Dan-

mark og/eller udlandet. I denne opgørelse indgår ikke selvmedicinering, da der kun har spurgt til lægeordineret behandling.

Figuren viser, at den største gruppe af respondenterne enten ikke oplever at blive imødekommet af sundhedsvæsenet i Danmark eller på trods af igangværende behandling ikke oplever at have fået adgang til den ønskede behandling i tilstrækkelig grad. Sammenlagt gælder dette for 58 procent af respondenterne. Denne tendens ses også i fritekstsvarerne, som vi vender tilbage til i det sidste afsnit i dette kapitel. Derudover viser figuren, at 16 procent af transpersonerne ikke ønsker kønskorrigerende behandling, hvilket også stemmer overens med, at ikke alle transpersoner har et ønske om at ændre det medfødte køn, noget vi også kan se i fritekstsvarerne. Dog er der en klar overvægt af transpersonerne, som har et ønske om at modtage kønskorrigerende behandling

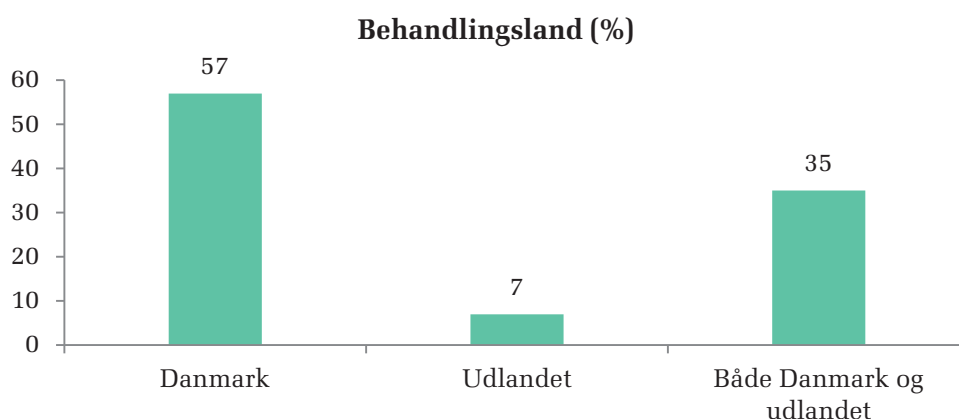
Behandlingsland

I undersøgelsen har vi også set på, hvor respondenterne har modtaget deres kønskorrigere-

rende behandling. Vi bad således respondenter om at besvare spørgsmålet *'Hvor har du modtaget behandling fra en læge?'*. Af de 72 respondenter, der svarede 'ja' til at være i gang med kønskorrigerende lægeordineret behandling, har 57 % modtaget behandlingen i Danmark, 7 % har modtaget behandlingen i udlandet, mens 35 % har modtaget behandling i både Danmark og udlandet. Vores kvalitative analyse peger på, at nogle af årsagerne til, at transpersoner vælger at opsøge behandling i udlandet, er dels den lange ventetid på behandling i Danmark, dels den måde, adgangen til behandlingen foregår på.

I den forbindelse kunne det være interessant at se nærmere på, hvilke lande behandlingen foretages i, og hvordan behandlingsforløbene adskiller sig fra forløb i Danmark, samt hvilken betydning adgangen til behandling har for transpersoners psykiske trivsel.

Figur 11.3 Andel transpersoner opdelt efter, hvor den kønskorrigerende behandling er modtaget. 1 % af de, der modtog behandling, svarede ikke på spørgsmålet



Finansiering af behandling

Af følgegruppen blev vi bekendtgjort med, at en del transpersoner søger kønskorrigerende behandling i udlandet, og vi fandt det derfor centralt i at undersøge finansieringen heraf. I spørgeskemaet blev respondenterne anmodet om at besvare spørgsmålet *'Hvem har finansieret den behandling, du har modtaget?'*

Vores undersøgelse viser, at finansieringskilden var afhængig af, hvor respondenterne har modtaget behandling. Således viser figur 11.4 nedenfor, at andelen af egen-betalere er langt

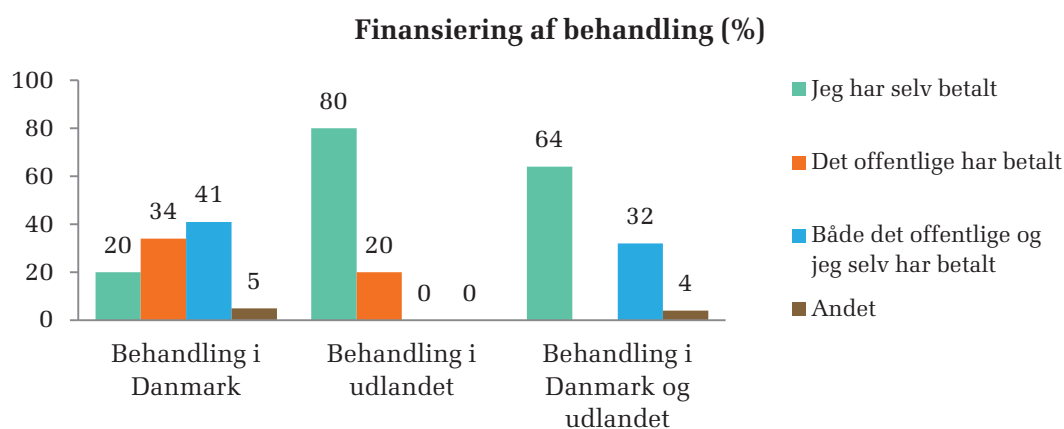
større blandt de respondenter, som har modtaget kønskorrigerende behandling i udlandet eller både udlandet og Danmark.

Dette rejser behovet for mere viden om, hvordan finansieringen af behandlingen i udlandet gøres. De kvalitative resultater peger således på, at nogle respondenter har følt sig nødsaget til at tage lån for at kunne få adgang til den ønskede kønskorrigerende behandling, mens andre fremhæver, at deres økonomiske situati-

on afholder dem fra at opsøge behandling i udlandet. Enkelte beskriver, at de grundet en høj indkomst har haft mulighed for at få foretaget kønskorrigerende behandling i udlandet.

Dette kunne indikere, at der således indirekte skabes en form for social ulighed i adgangen til kønskorrigerende behandling blandt transpersoner.

Figur 11.4 Andel transpersoner fordelt efter finansiering af kønskorrigerende behandling

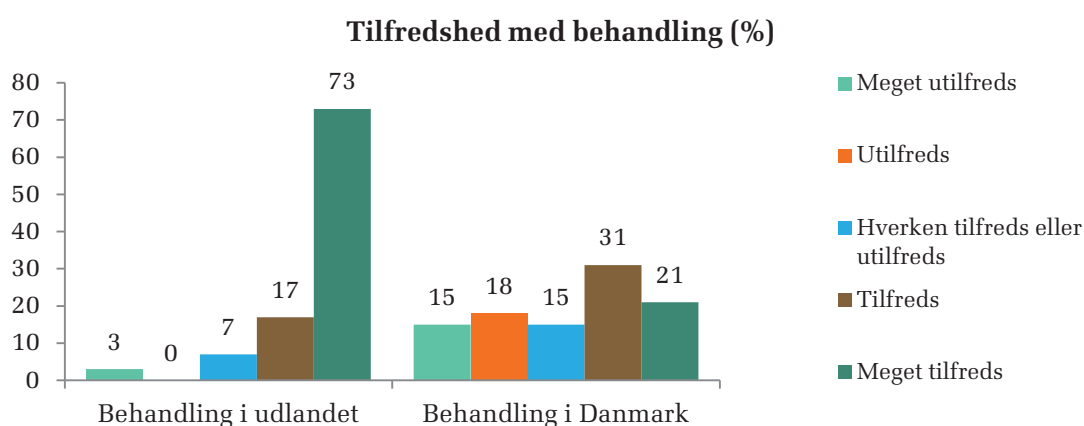


Tilfredshed med behandling

For at undersøge tilfredsheden med den kønskorrigerende behandling blev respondenterne bedt om at besvare følgende: *'Hvor tilfreds har du på nuværende tidspunkt været med den behandling, du har fået fra en læge i Danmark/udlandet i forbindelse med din kønsidentitet?'*. Spørgsmålet blev stillet separat for hver

behandlingssted (Danmark/udland) og afhang således af respondentens besvarelse af det foregående spørgsmål. Respondenten havde mulighed for at besvare spørgsmålet med en fem-punkt Likert-skala fra 'meget tilfreds' til 'meget utilfreds'.

Figur 11.5 Andel transpersoner fordelt efter tilfredshed med behandlingen i Danmark og udlandet



Figur 11.5 viser tilfredshedsfordelingen mellem kønskorrigerende behandling modtaget i Danmark og kønskorrigerende behandling modtaget i udlandet. Det er vigtigt at være opmærksom på, at antallet af besvarelser for hvert land

varierer, eftersom langt flere respondenter har modtaget behandling i Danmark end i udlandet. Således har 66 respondenter besvaret spørgsmålet om tilfredshed med behandling i

Danmark, mens kun 30 har besvaret spørgsmålet om tilfredshed med behandling i udlandet.

Figuren viser, at andelen, der er 'meget tilfredse' med den kønskorrigerende behandling, som de har modtaget, er markant større blandt de transpersoner, som har fået behandling i udlandet. Godt halvdelen af respondenterne, der har modtaget behandling i Danmark, har været 'meget tilfreds' eller 'tilfreds' med behandlingen, mens den tilsvarende andel for behandling i udlandet er 90 %.

Omvendt er der størst utilfredshed med behandlingen blandt respondenterne, som har modtaget behandling i Danmark. Således har 33 % været enten 'utilfreds' eller 'meget utilfreds' med behandlingen i Danmark, mens det samme kun gælder for 3 % af dem, der har modtaget kønskorrigerende behandling i udlandet. Fritekstsvarene, som analyseres i det sidste kapitel, understøtter denne tendens, og beskriver årsagerne, som angives hertil.

Selvmedicinering

I spørgeskemaet har vi også spurgt til brugen af selvmedicinering, da vi inden undersøgelsen blev bekendtgjort med, at selvmedicinering for nogle transpersoner er praksis, da der er lang ventetid til udrednings- og behandlingsforløb i Danmark.

For at afdække dette bad vi respondenterne besvare spørgsmålet: *'Har du på noget tidspunkt medicineret dig selv i forbindelse med din kønsidentitet uden at konsultere en læge?'*. I alt besvarede 149 respondenter spørgsmålet, og knap en femtedel (18 %) har medicineret sig selv uden at konsultere en læge. Det kan eksempelvis være ved køb af hormonpræparater på internettet eller i udlandet. Dette indikerer, at der er et behov for at undersøge årsagerne hertil, da det kan have helbredsmæssige konsekvenser at tage hormonpræparater uden lægelig kontrol.

Smerter relateret til behandling

I undersøgelsen blev alle respondenter også bedt om at svare på, om de havde oplevet smerter i forbindelse med kønskorrigerende behandling, som de har modtaget. Spørgsmålet blev besvaret af 159 respondenter, hvoraf 78 angav, at spørgsmålet ikke havde relevans for dem, da de ikke havde modtaget eller var i behandling. Blandt de resterende 81 respondenter, som har modtaget behandling, har en femtedel oplevet smerter i forbindelse hermed.

Opsummering

Nedenstående er en opsummering af de mest centrale fund samlet i et punkt for hvert hovedafsnit i dette kapitel.

- Der er stor mangfoldighed i opfattelsen af egen kønsidentitet blandt transpersonerne. Respondenterne benyttede 32 forskellige betegnelser, heraf var 'mand', 'kvinde' og trans-(kvinde/mand/kønnet/person) de mest udbredte.
- Knap halvdelen af transpersonerne tilhører en seksuel minoritet.
- Godt halvdelen af transpersonerne har modtaget kønskorrigerende behandling af en læge.
- Mere end halvdelen af transpersonerne føler sig ikke imødekommet i sundhedsvæsenet eller oplever ikke at få adgang til den ønskede kønskorrigerende behandling i sundhedsvæsenet i Danmark og/eller udlandet.
- Mere end halvdelen af transpersonerne, som har modtaget behandling, har fået behandlingen i Danmark.
- Andelen af egen-betalere er langt større blandt de respondenter, som har modtaget kønskorrigerende handling i udlandet eller både udlandet og Danmark, end blandt de, som kun har modtaget behandling i Danmark.
- Der er størst tilfredshed med den kønskorrigerende behandling blandt andelen af transpersoner, der har modtaget behandling i udlandet.
- Selvmedicinering er anvendt af knap en femtedel af transpersonerne, der har besvaret spørgsmålet.
- En femtedel af transpersonerne, som har modtaget kønskorrigerende behandling, har haft smerter i forbindelse hermed.

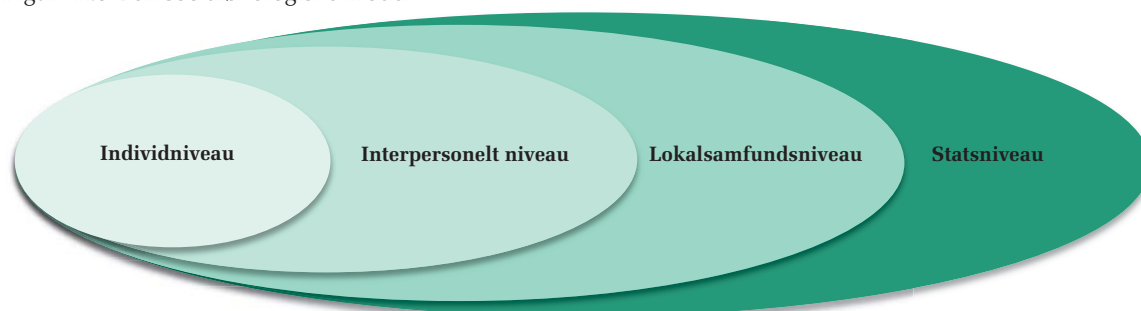
12. Følelse af ikke at passe ind – den kvalitative analyse

I dette kapitel analyseres respondenternes fritekstsvar. Besvarelsene har givet en uundværlig viden og nuanceret vores forståelse af de kvantitative fund. Fritekstsvarene har ligeledes givet en vigtig metodisk indsigt i, hvordan formuleringer af de spørgsmål relateret til sex, som er medtaget, kan forbedres, så de passer til transpersoner. Gennemlæsningen af fritekstbesvarelsene er på mange måder bekymrende læsning, som viser, at mange af respondenterne lever med mangeartede problemer i deres hverdagsliv, som er knyttet til deres tilværelse som transperson. Stemningen har været vanskelig at indfange i den efterfølgende analyse.

Analysen af fritekstbesvarelsene viser, at der er nogle gennemgående forhold, som har betydning for transpersoners fysiske og psykiske sundhed i Danmark. Disse forhold berører

både strukturer i samfundet som fx lovgivning, men også relationer mellem mennesker. Vi fandt det derfor relevant at benytte psykolog Urie Bronfenbrenners socialøkologiske model (Bronfenbrenner, 1979). Modellen bygger på en idé om, at fysisk og psykisk sundhed ikke alene er afhængig af biologiske faktorer, men skabes i et komplekst samspil mellem en lang række personlige forhold såsom opvækst, sociale relationer, sundhedsvaner, arbejdsmarkedstilknøytning, og kontekstuelle forhold, såsom kulturelle opfattelser og strukturer på forskellige niveauer i samfundet. Set ud fra den socialøkologiske model er det således vigtigt at undersøge og forstå, hvilke direkte og indirekte kontekstuelle forhold og sammenhænge, der former individets udvikling (Bronfenbrenner, 1979).

Figur 11.3 Den socialøkologiske model



I nærværende analyse er vi inspireret af Bronfenbrenners udviklingsmodel, men vi benytter en lidt anden opdeling til at analysere samspillet mellem de forhold, som påvirker transpersoners sundhed i både en negativ og en positiv retning. Vi tager således udgangspunkt i en opdeling af betydningsfulde forhold på fire niveauer, som bidrager til ulighed i sundhed for transpersoner på individ-, interpersonelt-, lokalsamfunds- og statsniveau. Analysen er

inddelt i fire hovedafsnit, der følger de fire niveauer i modellen.

Foruden denne analytiske organisering af datamaterialet har vi identificeret tre teoretiske begreber, som anvendes til at analysere, hvordan forhold, som har betydning for transpersoners sundhed, spiller sammen på de fire niveauer. De tre begreber er cisnormativitet, stigma og minoritetsstress.

Cisnormativitet er antagelsen om, at der foreligger en universel sammenhæng mellem *medfødt køn*, *kønsroller* og *kønsidentitet* organiseret efter det binære kønssystem bestående af 'mænd' og 'kvinder'. Oprindeligt stammer ordet *cis* fra latin og betyder 'på samme side som' (Bauer et al., 2009). En cisperson er således en ikke-transperson, og ligesom begrebet *hetero* benyttes til at benævne majoriteten i forbindelse med seksualitet, kan *cis* benyttes om ikke-transmajoriteten. Cisnormativitet tilbyder en analytisk optik til at fange de normer, som ikke-transpersoner tager for givet, og som på forskellig vis privilegerer disse personer, fordi de oplever og udtrykker den forventede sammenhæng mellem medfødt køn, kønsidentitet og kønsroller. Det er denne normative sammenhæng, der kan bidrage til at marginalisere transpersoner, fordi de falder udenfor (LeBreton, 2013; Pyne, 2011).

Stigma er et andet begreb, som vi har fundet relevant at inddrage i analysen. I analysen tager vi afsæt i sociolog Erving Goffmans definition af en stigmatiseret person som '*Et individ, som nok ville være blevet accepteret uden vanskelighed i almindeligt socialt samkvem, besidder en egenskab, der ikke kan undgå at tiltrække opmærksomhed, og som får de af os, der møder ham, til at vende os fra ham og se bort fra hans øvrige egenskaber. Han besidder et stigma, han afviger fra vores forventninger på en måde, som gør ham uønsket.*' (Goffman 2009). Ifølge Goffman opstår stigma, når der er en uoverensstemmelse mellem den enkeltes tilsyneladende og faktiske sociale identitet. Det vil sige, at der ikke er kongruens mellem vores forudindtagelser og forventninger til et andet menneskes egenskaber og de egenskaber mennesket rent faktisk viser sig at besidde (Goffman 2009). Vores forventninger og forudindtagelser til køn er betinget af de normer, som knytter sig til den binære kønsopfattelse i samfundet, blandt i forhold til udseende og handlemåder.

Minoritetsstress er det tredje og sidste begreb, som vi inddrager i analysen. Begrebet minoritetsstress er udviklet af den amerikanske epi-

demilog Ilan H. Meyer og refererer til den stress, som personer kan opleve, fordi de tilhører en seksuel minoritet (Meyer, 1995, 2003). Årsagerne til denne stressform er udefrakommende faktorer, såsom forskellige former for stigmatiserende handlinger, der er relateret til personens seksuelle orientering. I denne analyse er det udefrakommende faktorer, der knytter sig til respondenternes transidentitet. Derudover udgøres minoritetsstress af interne faktorer, såsom personens egen selvopfattelse, internaliseret transfobi, frygt for stigmatisering og overdreven årvågenhed (Meyer, 1995). Minoritetsstress omhandler således sammenhængen mellem både udefrakommende faktorer og interne faktorer hos transpersonen selv.

Statsniveau: Mødet med lovgivningen

Statsniveauet refererer i denne analyse til de love (og regler), som strukturer mødet mellem transpersoner og det offentlige system. I dette afsnit analyserer vi, hvordan de to forhold *CPR-nummeret* og *adgangen til kønskorrigerende behandling*, påvirker transpersoners sundhed og trivsel.

CPR-nummeret

Baggrunden for CPR-nummeret, som vi kender i dag, kom med udviklingen af folkeregistre i hele landet tilbage i 1924. I 1968 udvikles en ny folkeregistreringslov til afløsning af lov nr. 57 af 14. marts 1924 om folkeregistre, og i stedet indføres det personspecifikke CPR-nummer, der administreres af Det Centrale Personregister, som vi kender det i dag.²² CPR-nummeret er et eksempel på, hvordan vores samfund er indrettet efter en binær kønsopfattelse. Her angiver det sidste ciffer personens biologiske køn som 'kvinde' (lige tal) eller 'mand' (ulige tal) (Sløk-Andersen, 2012). Med den seneste ændring i lov nr. 752 om Det Centrale Personregister, der blev vedtaget d. 25. juni 2014, har transpersoner mulighed for at søge om skifte af juridisk køn.

²² CPR-systemets historie: <https://cpr.dk/media/166365/Folkeregisteringen%2075%20år%20i%201999.pdf>, besøgt d. 6. juli, 2015

Det juridiske tiltag er dog ikke uden problemer for transpersoner, da ikke alle gennemgår eller har ønske om at gennemgå kønskorrigerende behandling. Nedenfor beskriver en respondent, hvordan mødet med CPR-systemet kan virke stigmatiserende for transpersoner, fordi de kan opleve at blive nødt til at italesætte og forklare deres transkønsidentitet i det offentlige rum.

"[...] På biblioteket, hvor de skal bruge ens CPR-nummer, så da dette ikke stemmer overens med, hvordan du ser ud, så skal det påpeges foran de andre borgere, og man bliver udstillet på en ubehagelig måde."

Andre beskriver lignende oplevelser med CPR-nummeret, fx i forbindelse med udlevering af medicin på apoteket rettet mod et bestemt køn eller i jobcenteret, hvor der forventes køns-overensstemmelse mellem navn og CPR-nummer i systemet. Dette er således eksempler på, hvordan transkøn kolliderer med en normativ forventning til sammenhængen mellem medfødt køn, kønsidentitet og kønsrolle, og hvordan CPR-nummeret bidrager til fastholde en binær kønsopfattelse.

I lande som for eksempel Indien og Nepal har man på statsniveau inden for de seneste par år etableret en tredje kønskategori (Bochenek & Knight, 2012; Dutta, 2014). På den måde kan transpersoner, der ikke identificerer sig som hverken 'kvinde' eller 'mand', registreres i officielle dokumenter under kønsbetegnelsen 'andet'. Dette kan ses som et forsøg på at anerkende andre køns kategorier og dermed denaturalisere sammenhængen mellem medfødt køn, kønsidentitet og kønsrolle.

Adgang til behandling

Adgangen til kønskorrigerende behandling er også struktureret på statsniveau. Sundhedsstyrelsens retningslinjer fra 2014 på området er beskrevet i 'Vejledning om udredning og behandling af transkønnede', og knytter sig til bestemmelser i både Autorisationsloven for læger og Sundhedsloven.

Netop adgangen til kønskorrigerende behandling er angivet som et centralt forhold for såvel den fysiske som psykiske sundhed for en stor del af respondenterne. Sundhedsstyrelsens retningslinjer for behandling af transpersoner foreskriver, at de alene henvises til udredning og behandling af et multidisciplinært team, som blandt andet omfatter speciallæger i psykiatri, gynækologi/obstetrik og plastikkirurgi med særlig viden om 'transseksuelle', og jævnfør Sundhedsstyrelsens specialevejledninger kan transpersoner for nuværende kun henvises til Sexologisk Klinik på Rigshospitalet. Før eventuel kønskorrigerende behandling kan opnås, skal personen udredes for diagnosen transseksualitet.²³

I vores undersøgelse rejser et flertal af respondenterne kritik over for organiseringen af behandlingsmulighederne. Respondenterne peger på, at deres ret til adgang til behandling er betinget af en udredning for diagnosen transseksualitet (F64.0), der i henhold til WHO's ICD-10 klassifikation er en kønsidentitetsforstyrrelse. Dette forhold finder hovedparten af respondenterne krænkende, da de oplever det som en underkendelse af deres autonomi og selvbestemmelse. Som en respondent beskriver nedenfor, så opleves dette krav om udredning som patologiserende og krænkende.

"Jeg er normal, velfungerende, social og under uddannelse. Hvorfor ses jeg som psykisk syg i Danmark?"

Hovedparten beskriver, at de har ventet 6 til 18 måneder for at få en konsultation til udredning med henblik på efterfølgende behandling. Flere nævner, at behandlingsforløbene er meget langstrakte og kan strække sig over mere end 5 år. Nogle respondenter peger på, at det er tidsmæssigt og økonomisk omkostningsfyldt for dem at tage til Sexologisk Klinik, fordi afstanden kan være lang, hvis man bor uden for hovedstadsområdet. Nogle respondenter har også

²³ Se Sundhedsstyrelsens 'Vejledning om udredning og behandling af transkønnede': <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=167172>, besøgt d. 20. maj 2015 og information herom <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/myheder/2015/faglig-vejledning-om-behandling-af-transkoennede>, besøgt d. 7. juli 2015

opgivet helt at komme i behandling på grund af den lange venteliste.

Centraliseringen af behandlingen ved én specialistenhed alene har ligeledes fået en del af respondenterne til at søge behandling i udlandet eller til at købe hormoner over internettet, fordi de føler, at udsigten til at komme i behandling er for lang, eller at de ikke er blevet godkendt til at modtage kønskorrigerende behandling.

”Sexologisk Klinik har meget lange ventetider, og det har tvunget mig til at købe kønshormoner på internettet. Tidshorizonten for en tilladelse til en kønsskifteoperation er så lang, at jeg har valgt at spare op til en operation i udlandet.”

Fritekstsvarene peger ligeledes på, at behandlingsgarantiordningen ikke dækker behandlingen af transpersoner ved Sexologisk Klinik, som det ellers er påbudt for personer henvist til diagnostisk undersøgelse eller behandling på sygehus jævnfør Sundhedslovens §82 og §87.²⁴ Dette kan skyldes, at Sexologisk Klinik pt. er det eneste behandlingstilbud til transpersoner, som ønsker kønskorrigerende behandling. Flere respondenter efterspørger derfor, at transpersoner får samme rettigheder som cispersoner under behandlingsgarantiordningen, når det gælder kønskorrigerende behandling.

”Vi er som gruppe ikke blevet lyttet til, selvom vi konstant giver vores mening til kende over for politikere og ministre. Det mangler, at vi kan få lov til at leve som alle andre borgere med samme rettigheder.”

Respondenterne nævner blandt andet, at der for at modtage behandling kræves en udredning for transseksualitet fremfor brugen af informeret samtykke. Ligeledes fremhæves kravet om udredning for diagnosen transseksualitet ved brystimplantatoperationer for transkvinder som et eksempel på forskelsbe-

handling, idet det samme ikke gælder for kvinder i øvrigt.²⁵

Ovenstående er eksempler på, hvordan det danske samfund på forskellig vis er struktureret af love og regler, der bygger på cispersoners erfaringer. At dette erfaringsgrundlag ofte betragtes som alment gældende i Danmark, får betydning for, hvordan vi indretter vores samfund, og vi risikerer dermed at usynliggøre og indirekte diskriminere transpersoner og deres erfaringer (LeBreton, 2013; Pyne, 2011).

Lokalsamfundsniveau: Mødet med institutioner

Lokalsamfundsniveauet refererer til de kontekstbaserede sociale institutioner, som transpersoner færdes i. Måden, hvorpå transpersoner bliver mødt i systemet og i forskellige institutionelle fællesskaber, har stor betydning for de følelser, som de knytter til deres kønsidentitet. Besvarelserne viser, at respondenterne efterlyser mere synlighed og viden om transkønnethed alle steder i samfundet, både i det offentlige system og i den øvrige befolkning. I fritekstsvarene er det primært de fire sociale institutioner; skole, arbejde, sundhedssystem og idrætsinstitutioner, som fremhæves som betydningsfulde i forhold til transpersoners fysiske og psykiske sundhed.

Skolen

Skoletiden fremhæves som en særlig udfordrende periode, hvor mødet med den binære kønsopfattelse og forventninger til bestemte kønsroller og kønsudtryk har udfordret transpersonernes opfattelse af sig selv og begrænset deres muligheder for at bekende deres kønsidentitet åbent. Besvarelserne viser, at en del af transpersonerne er blevet mødt af lærere, elever og forældre med kønsbestemte opfattelser af, hvad de skal interessere sig for, hvordan de skal gå klædt, og hvem de skal lege med afhængig af deres medfødte køn. Fritekstsvarene indikerer, at forventninger til sammenhængen

²⁴ Se udvidelsen af Sundhedsloven på retsinformation: <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=144903>, besøgt d. 20. maj 2015

²⁵ Se LGBT Danmarks høringsvar til SSTs retningslinjer: <http://www.ft.dk/samling/20131/almde/suu/bilag/555/1390611/index.htm>, besøgt d. 21. juli, 2015 og SSTs vedledning <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=167172>, besøgt d. 21. juli 2015

mellem medfødt køn, kønsrolle og kønsidentitet manifesterer sig tydeligt i det offentlige skolesystem. Som en respondent beskriver det nedenfor, besværliggør forventningerne unge transpersoners muligheder for at udvikle og udleve en transidentitet.

"Det er svært for mig at være mig selv i skoletiden. Der er mange ting, som jeg ikke kan sige og gøre, som jeg ønsker at gøre, fordi jeg bliver set på som 'anderledes' og måske en smule 'mærkelig'."

Transidentitet er en egenskab, som Goffman ville beskrive det, der afviger fra den stereotype klassificering af mennesker som henholdsvis 'piger' eller 'dreng' (Goffman, 2009). En stor del af respondenterne beskriver, at de har oplevet mobning, eksempelvis fordi de klædte sig anderledes, end hvad der blev forventet i forhold til deres medfødte køn. Ifølge Goffman er dette udtryk for den miskreditering (stigma), som følger, når en persons tilsyneladende sociale identitet (det forventede) ikke stemmer overens med personens faktiske sociale identitet (Goffman, 2009).

Flere respondenter efterlyser undervisning i kønsidentitet som led i seksualundervisningen i skolen. De beskriver at vokse op uden at kende til transkønnethed, hvilket har bidraget til følelsen af at være 'anderledes', særligt i forbindelse med puberteten, hvor den biologiske udvikling af kroppen kan kollidere med deres kønsidentitet.

"Det kunne have sparet mig megen sjælelig smerte i teenageårene, hvis jeg havde vidst, at man godt kunne være pige i en drengeskrop, og derfor håber jeg på, at både homoseksualitet og transkønnethed bliver en del af den almene folkeskoleundervisning i forbindelse med seksualundervisningen."

Samtidig fremhæver enkelte respondenter også skolen som et sted, hvor man kan føle sig anerkendt som transperson, hvis man mødes med forståelse og accept af lærere og elever.

Arbejdspladsen

En mindre andel af respondenterne beskriver, at deres arbejdsplads har haft svært ved at acceptere forhold, der vedrører deres kønsidentitet, fx lange behandlingsforløb, eller at kollegaer mobber dem ved at kalde dem øgenavne, der refererer til deres kønsidentitet. Andre nævner, at de af frygt for diskrimination har undladt at italesætte deres kønsidentitet på arbejdspladsen og derfor kun udlever deres kønsidentitet i deres fritid og sammen med venner og familie, som er bekendt hermed.

Denne sidstnævnte tendens betegnes af Goffman som identitetsinformationskontrol i et forsøg på "at passere" som en ikke-afviger og dermed undgå stigmatisering (Goffman, 2009). Det vil sige, at transpersoner tilbageholder oplysninger om deres transidentitet af frygt for miskreditering. Transpersoner, der lever denne form for dobbeltliv, vil ofte have en overopmærksomhed på sociale situationer, der kan afsløre deres stigmasymboler (Goffman, 2009). For enkelte respondenter bestod dette i at afholde fra erhverv med en udpræget kønsopdeling, såsom politi og militær, på trods af at de havde en interesse herfor. At få eller fastholde et arbejde nævnes af flere respondenter således som en udfordring grundet deres kønsidentitet.

Sundhedssystemet

Næsten alle respondenter beskriver mødet med sundhedssystemet som negativt. De negative erfaringer går dels på den måde, de bliver mødt på af de sundhedsprofessionelle, dels den måde, hvorpå udredningen hos Sexologisk Klinik foregår. I mødet med sundhedssystemet beskriver et flertal af respondenterne, at de ikke føler, at deres kønsidentitet anerkendes, og de beskriver, at de ofte føler sig umyndiggjorte. Dette gælder både ved Sexologisk Klinik og i den øvrige del af sundhedssystemet, fx hos den almenpraktiserende læge. Eksempler herpå er, at man som transperson bliver omtalt som sit medfødte køn, selvom man gennem sit kønsudtryk viser, at man har en anden kønsidentitet, eller oplever at ens erfaringer negligeres og ikke tages alvorligt.

”Det rareste er, når man føler sig som en af flokken og mødes med ligesindede, hvor man kan dele sine problemstillinger og føle sig forstået. Det værste er, når man får at vide, at man er et anderledes tilfælde, og psykologer, læger eller andre forskelsbehandler en.”

Fritekstsvarene viser ligeledes, at respondenterne oplever, at der blandt sundhedsprofessionelle og behandlere generelt savnes viden om transkønnethed. Det kan eksempelvis være, hvordan en læge skal behandle en transmand med underlivssmerter.

I forhold til udredningen på Sexologisk Klinik fremhæver respondenterne spørgsmål omkring seksualitet og seksuelle præferencer, som tager udgangspunkt i en heteronormativ opfattelse af sammenhængen mellem kønsidentitet og seksuel orientering. Det vil sige, at man tager for givet, at personer tiltrækkes seksuelt af det modsatte køn, og derved stigmatiserer personer, der afviger herfra (Statens Folkhälsoinstitut, 2005). Fritekstsvarene viser, at en stor andel af respondenterne har fundet udredningsforløbene ydmygende og fremhæver forløbene som noget, der har haft en negativ indvirkning på deres psykiske trivsel.

”Det er utrolig hårdt at skulle gå til samtaler hver måned hos Sexologisk Klinik og gang efter gang besvare ydmygende spørgsmål om sexliv og andre personlige intime forhold. [...] Jeg har flere gange overvejet at flytte til udlandet for at blive behandlet som et menneske og ikke en forvirret patient.”

Samtidig oplever flere respondenter også, at de for at få adgang til behandling ved Sexologisk Klinik skal leve op til nogle bestemte opfattelser af, hvad det vil sige at leve som ’mand’ eller ’kvinde’. Fritekstsvarene indikerer, at transpersoner møder nogle normative forventninger om, hvordan kønsidentitet afspejles i tænke- og handlemåder. Dette har fået en stor andel af respondenterne til at søge behandling i udlandet eller selvmedicinering. Andre respondenter må, for at omgå reglerne for komorbiditet, selv betale for terapeutisk behandling i privat regi

for fx angst eller depression, da sådanne diagnoser potentielt kan få indflydelse på deres igangværende forløb eller mulighed for forløb ved Sexologisk Klinik. En del fremhæver dog positive behandlingsforløb ved en privatpraktiserende læge.

”Jeg er som sagt ovenud lykkelig for min behandling hos den privatpraktiserende læge, og jeg er meget forarget over, at vedkommende ikke måtte forsætte den lovlige og livsforbedrende hormonbehandling.”

Efter Sundhedsstyrelsens nye retningslinjer har den privat praktiserende læge ikke længere mulighed for at tilbyde hormonbehandling til transpersoner. For de respondenter, der har modtaget behandling her, beskrives disse forløb som respektfulde og anerkendende, men den nu afskårede mulighed herfor har ledt til bekymring vedrørende muligheden for fortsat hormonbehandling i regi af Sexologisk Klinik. Dette beskriver en del transpersoner, som noget der har påvirket deres psykiske trivsel i en negativ grad.

”Jeg må sige, at det har gjort mig stresset, vred og nedtrykt at leve som transperson i Danmark, fordi det er så svært at være i sundhedssystemet, også selvom jeg har fuld støtte fra min familie.”

Samtidig beskriver flere af de respondenter, som har fået hormonbehandling, uanset hvilket regi det forekommer i, at det har ført til en væsentlig forbedring af deres psykiske trivsel, fordi de oplever en større harmoni mellem deres fysiske kønsudtryk og deres kønsidentitet.

”Min mentale tilstand er blevet forbedret væsentligt, efter at jeg er startet på hormoner! Så det ville være dejligt, hvis jeg kunne tage dem uden at være stresset og bange over måden, jeg får dem på. Og det ville hjælpe helt utroligt meget på min mentale tilstand, hvis jeg kunne stole på, at jeg blev mødt med støtte og forståelse af sundhedssystemet.”

Idrætsinstitutioner

Fritekstsvarene viser, at den binære kønsopdeling af mange idrætsgrene og idrætsfaciliteter bidrager til at usynliggøre og indirekte diskriminere transpersoner. En stor del af respondenterne beskriver, hvordan de i samfundet møder og bliver udfordret af den binære kønsopdeling. Det gælder kønsopdelte idrætsgrene, såsom fodbold eller håndbold eller svømning, hvor fysiologiske kønsmarkeringer kan gøre det svært at "passe ind" i et omklædningsrum. Som respondenterne nedenfor beskriver, så kan organiseringen af sådanne faciliteter begrænse transpersoners muligheder for at engagere sig i sportsaktiviteter.

"I hverdagen er jeg begrænset, jeg vil gerne dyrke idræt og gå i svømmehal, men det er ikke muligt at navigere i omklædningsrum, så jeg fravælger aktiviteter, som jeg ved, ville gøre mig gladere og forbedre mit liv."

Enkelte beskriver, at de ikke føler sig velkomne i fitnesscentre. Dette fremhæves også af respondenter, som har fået foretaget kønskorrigerende kirurgi, hvor omklædning stadig kan være et problem. I en cisnormativ optik er deres kroppe "uegnede", da de ikke lever op til normer for henholdsvis maskuline og feminine kroppe (Pyne 2011).

"Ting, der for nogen måske er lette og overskuelige og overkommelige, er sværere for mig som transperson. Fx ville jeg gerne kunne dyrke svømning, men jeg kan ikke, eftersom min krop ikke passer til mit køn."

Som respondenterne ovenfor beskriver, så eksisterer der også blandt transpersoner en cisnormativ forestilling om, hvordan krop og kønsidentitet skal harmonere, som kommer til udtryk blandt en del af respondenterne.

I dette afsnit har vi vist, hvordan normative opfattelser af køn kan bidrage til at usynliggøre og stigmatisere transpersoner i mødet med skole, arbejde, sundhedssystem og idrætsinstitutioner, hvor transpersoners erfaringer behandles som individuelle særtilfælde (Pyne

2011). Den manglende viden om transkøn på det institutionelle niveau leder blandt andet til en overopmærksomhed på transpersoners særegenhed, som kan have negative konsekvenser for deres fysiske helbred og psykiske trivsel.

Interpersonelt niveau: Mødet med andre

Det interpersonelle niveau omhandler den mellemmenneskelige kontakt med andre, som ikke er knyttet til bestemte sociale institutioner. Det vil sige i mødet med omverdenen generelt. Generel uvidenhed om transkønnethed og fordomme herom kommer til udtryk i mødet med andre. Det kan for eksempel være i form af bemærkninger om kønsudtryk eller transfbiske kommentarer, som respondenterne i undersøgelsen fremhæver.

I undersøgelsen beskriver flere respondenter, hvordan de har oplevet negativ opmærksomhed omkring deres kønsidentitet, og at de derfor generelt er tilbageholdende i forhold til at udforske og/eller udtrykke deres kønsidentitet af frygt for social stigmatisering. Ifølge Goffman kan man tale om et Askepot-syndrom. Det vil sige, at den potentielt miskrediterede person "holder sig selv i snor" i mødet med andre for at undgå at miste kontrollen over den information, der potentielt kan afsløre vedkommendes stigma (Goffman, 2009). I forskningen om minoritetsstress blandt seksuelle minoriteter er det blandt andet beskrevet, hvorledes en central håndteringsstrategi er 'learning to hide' (Hetrick & Martin, 1987). Det vil sige lære at leve med sin seksuelle identitet i det skjulte. Dette beskrives som udmattende, da "individer i sådan en position konstant må monitorere deres adfærd under alle omstændigheder: måden, man går klædt, taler, går og snakker på, bliver en konstant kilde til mulig afsløring."²⁶ (Hetrick & Martin, 1987). Blandt respondenterne i vores undersøgelse, har vi fundet eksempler, at transpersoner skjuler fysiologiske træk, såsom bryster, for at undgå negativ opmærksomhed. Brystforbindinger fremhæves af flere kvinde-til-mand respondenter som en smerte-

²⁶ Forfatterens egen oversættelse.

fuld og udfordrende måde at skulle omgås andre mennesker.

Besvarelsene viser, at transpersoner oplever, at omverdenen konsekvent har et behov for at "kønne" dem, og at de i forbindelse hermed ofte blive miskønnet. Det vil sige, at omverdenen udviser et behov for at indplacere transpersoner i kønsrollekategorierne 'kvinde' eller 'mand', og der opstår dermed en uoverensstemmelse mellem deres kønsidentitet og den måde, andre opfatter deres køn på. Flere respondenter peger på, at de ofte føler sig misforstået af omverdenen, hvilket kan lede til ubehagelige situationer, hvor de bliver udspurgt om deres køn.

"Jeg føler mig ofte andet-gjort og stigmatiseret, og at jeg skal forklare ting på en ubehagelig måde og bliver stillet til regnskab for den position, som jeg er sat i. Som om min situation som transkønnet implicit betyder, at jeg skal forsvare og forklare mig."

Mange lever også med en grundlæggende frygt for at blive "outet" eller "regnet ud" i forhold til deres kønsidentitet og identificeret som transpersoner, fx grundet fysiologiske træk, som forbindes med et maskulint eller feminint kønsudtryk. Dette forhold fremhæver nogle respondenter som en årsag til, at de har svært ved at møde nye mennesker og har valgt ikke at leve åbent som transperson. Frygten herfor skyldes en oplevelse af, at der ikke er en generel accept af transkønnede i samfundet. Som en respondent beskriver:

"Det kan mærkes, at det er ok at gøre grin med folk som mig, at vi omtales som freaks og ulækere."

En del respondenter vælger derfor at holde en vis distance til andre. Jævnfør Goffmans teoretiske perspektiv oplever en stigmatiseret person typisk, at andre mennesker ikke er klar til at acceptere vedkommende og indgå i en ligeværdig interaktion. Dette får derfor også afgørende betydning for, hvornår og hvordan en stigmatiseret person vælger at opsøge social

kontakt med andre mennesker (Goffman, 2009; Meyer, 1995). En del respondenter beskriver i tråd hermed, at de tilegner sig forskellige måder at agere på for at skjule deres transidentitet. Man kan tale om, at nogle transpersoner udvikler et undgåelsesmønster, hvor de afholder sig fra at udleve deres transidentitet, og undgår at gøre ting, som kan afsløre denne.

Omvendt kan oplevelsen af accept have en væsentlig betydning for transpersoners psykiske velbefindende, fordi oplevelsen af at kunne være sig selv i det daglige giver en central følelse af frihed. At leve åbent med sin transidentitet beskriver flere respondenter som et forhold, der har haft en positiv betydning for deres psykiske trivsel, særligt når de oplever, at personer, som de har en nær relation til, støtter dem og udviser accept af deres identitet som transkønnet.

"Det vigtigste er helt klart accept! Jeg beder ikke om omverdenens sympati eller forståelse for min situation. Jeg beder bare om, at folk accepterer det."

En større andel respondenter fremhæver accept og støtte fra venner og familier som en uundværlig støtte for dem, og at det i visse tilfælde har været afgørende for, at de har kunnet leve åbent som transpersoner. Som denne respondent beskriver:

"Jeg har fået rigtig god støtte fra familie og venner, og hvis det ikke var for dem, ville jeg have taget mit eget liv."

Ønsket om et kæresteforhold er udbredt blandt hovedparten af respondenterne. De peger dog på, at det er en udfordring, dels i forhold til andres accept af deres kønsidentitet, dels i forhold til seksuelt samvær. Nogle respondenter er blevet skilt, efter de har bekendt deres kønsidentitet over for deres partner, mens andre oplever, at deres sexliv går i stå på grund af den kønskorrigerende behandling. Blandt enkelte af respondenterne er der også eksempler på positive erfaringer med kæresteforhold og

accept fra partneren, efter de er "sprunget ud" som transperson.

"Jeg har en kæreste [...], og vi er begge meget kede af, at vi ikke kan have "normal sex" sådan som de fleste andre par kan. Jeg har bare den forkerte del, men det skal nok blive ordnet en dag, så jeg kan nyde det, som alle andre piger tager for givet..."

Vores undersøgelse viser således, at den udbredte cisnormative opfattelse af køn i vores samfund har stor betydning på det interpersonelle niveau, for det er i mødet med andre, at accept eller stigmatisering opstår.

Individniveau: "At føle sig anderledes"

Individniveauet handler om de følelser, som transpersoner knytter til deres kønsidentitet som transperson. Mange af respondenterne beskriver, hvordan de i barn- og ungdommen følte sig "anderledes" og "forkert", men uden egentlig at vide hvorfor. Den grundlæggende følelse af at være anderledes og ikke at "passe ind" i den binære kønsopdeling får også en del af respondenterne til at føle sig udenfor i de sociale fællesskaber, som de indgår i.

Ensomhed beskrives af respondenter i alle aldersgrupper, men er mest knyttet til det at være ung transperson. Et flertal beskriver, at det påvirker deres psykiske trivsel i meget negativ grad ikke at føle sig accepteret i samfundet generelt, sådan som der har givet eksempler på i de foregående afsnit. Flere beskriver, som respondenterne nedenfor, hvordan de har eller tidligere har haft problemer med lavt selvværd.

"Det er hårdt for ens selvværd at føle sig anderledes og hårdt at opleve, at andre ikke synes, man er god nok som menneske, fordi man ikke kan leve op til normerne for, hvordan man skal være i forhold til sit biologiske køn."

Den manglende accept i samfundet kan lede til minoritetsstress (Lick et al., 2013). Omverdenens negative syn på transkønnede kan medfø-

re, at en person udvikler en negativ selvopfattelse. Man kan tale om, at transpersoner internaliserer den fobi og de negative forestillinger om transkønnethed, som de møder i samfundet (Lick et al., 2013). I besvarelserne ses også en klar tendens til, at omverdenens accept eller mangel på samme påvirker transpersoners accept af sig selv.

"Det at acceptere sig selv er i forvejen en kamp, men [når] alle omkring dig bare fortæller dig, at du er forvirret, eller begynder at omtale dig som den/det[...] Jeg fandt ud af mørket, men alle andre prøver at skubbe mig derind igen. Det er nok det, der har den største betydning [for min sundhed] ifølge min mening."

En større del respondenterne beskriver at have haft én eller flere af følgende problemer: negativ selvopfattelse, depressioner, angst, selvmordstanker og selvmordsforsøg. I nærværende undersøgelse har vi ikke haft lejlighed til at undersøge disse problemstillinger, men CASAs undersøgelse fra 2009 viser, at der er en overhyppighed af selvmordstanker blandt LGBT-personer set i forhold til den øvrige befolkning. Undersøgelsen viser også, at andelen af LGBT-personer, der har forsøgt at tage deres eget liv, er fire gange så stor som andelen af den øvrige befolkning (Gransell & Hansen, 2009).

De transpersoner, som beskriver, at de ikke "stikker ud" i forhold til de udbredte cisnormative kønsforestillinger, og hvor man således ikke kan se, at de har været født som et andet køn, beskriver, at de generelt lever et liv, hvor deres transkønsidentitet ikke fylder så meget.

"Jeg 'passer', så folk ser ikke, at jeg er født som mand, hvilket letter mange bekymringer."

Foruden de psykiske trivselsmæssige konsekvenser, som transpersoner oplever, der kan være forårsaget af omverdenens negative syn på transkønnede, oplever en større del af respondenterne også økonomiske konsekvenser ved at skulle betale for behandling i udlandet. Nogle sparer op, og andre respondenter beskri-

ver, at de tager lån for at få råd til en behandling i udlandet.

”Selvom jeg er velfungerende og normal, så skal jeg betale af egen lomme for en operation i udlandet til 30.000. [...] Det bekymrer mig meget, at jeg i fremtiden muligvis får en stor gæld som følge af en kønsskifteoperation.”

Vores undersøgelse indikerer således, at der er en sammenhæng mellem viden om og accept af transkønnethed i samfundet og transpersoners egen selvopfattelse og deres sociale og psykiske trivsel.

Opsummering

Nedenstående er en opsummering af de mest centrale fund samlet i et punkt for hvert hovedafsnit i dette kapitel.

- Den kvalitative analyse har vist, at respondenterne møder forskellige normer i samfundet, der er knyttet til en binær opfattelse af køn, og som kan medvirke til at usynliggøre transpersoner. Eksempelvis gennem CPR-systemet.
- Et flertal af transpersonerne finder den statslige organisering af adgangen til kønskorrigerende behandling kritisabel, dels grundet udredningen for diagnosen transseksualisme, dels grundet centraliseringen ved én klinik alene, hvor en del ikke har følt sig anerkendt af de sundhedsprofessionelle.
- På lokalsamfundsniveau fremhæves skole, arbejde, sundhedssystemet og idrætsinstitutioner som fire institutionelle sammenhænge, hvor transpersoner kan opleve stigmatisering. I alle fire sammenhænge peger analysen på, at stigmatiseringen skyldes cisnormative forventninger til, hvordan man skal agere som 'pige/kvinde' eller 'dreng/mand', samt kønsopdelte faciliteter, fx i forhold til idrætsudøvelse.
- Når transpersoner ikke "lever op til" de cisnormative forventninger, kan det afstedkomme negativ opmærksomhed og stigmatisering, der påvirker transpersoners psykiske trivsel negativt. Transpersonerne efterlyser mere viden om og anerkendelse af transkønnethed i alle fire institutionelle sammenhænge.
- På det interpersonelle niveau beskriver en del respondenter, at de tilegner sig forskellige cisnormative måder at udtrykke deres køn på for at skjule deres transidentitet af frygt for at blive 'outet' og opleve stigmatisering.
- Oplevelsen af accept kan have en væsentlig betydning for transpersoners psykiske velbefindende, særligt når de oplever, at personer, som de har en nær relation til, støtter dem og udviser accept af deres identitet som transkønnet.
- Den kvalitative analyse viser, at omverdens negative syn på transkønnede kan medføre, at transpersoner udvikler en negativ selvopfattelse, noget som et flertal af respondenterne har kæmpet med.

13. Konklusion

Vores undersøgelse viser, at der er en række områder, hvor LGBT-gruppen adskiller sig sundhedsmæssigt fra den øvrige befolkning – både positivt og negativt. Undersøgelsen viser dels hvilke områder, hvor der er behov for en særlig opmærksomhed over for LGBT-personer, dels hvor vi har behov mere viden til at forstå de årsager, der ligger bag forskellene i helbred og trivsel mellem LGBT-personer og den øvrige befolkning. I det følgende konkluderer vi for hver af de fire grupper; lesbiske, bøsser, biseksuelle og transpersoner, hvorledes de adskiller sig fra hinanden og fra den øvrige befolkning.

Lesbiske

I forhold til sundhedsadfærd er binge-drinking mere udbredt blandt lesbiske end blandt heteroseksuelle kvinder. Hash-brug er også mere udbredt blandt lesbiske end kvinder i den øvrige befolkning, i det der er en større andel lesbiske, som har røget hash det seneste år, sammenlignet med de heteroseksuelle kvinder. Blandt lesbiske er der en overhyppighed af undervægt, særligt blandt de 15-34-årige. Til gengæld er andelen med et usundt kostmønster lavere blandt lesbiske sammenlignet med den øvrige kvindelige befolkning.

I forhold til sygelighed har lesbiske oftere meget generende smerter eller ubehag, sammenlignet med den øvrige kvindelige befolkning.

Hvad angår sygdomsadfærd og sociale relationer, så adskiller lesbiske sig ikke markant fra den øvrige kvindelige befolkning.

Ser vi på seksuel sundhed, så er unge lesbiske (sammen med unge bøsser) den gruppe, hvor flest har haft seksuelt samvær med et andet menneske inden for det seneste år sammenlignet med de øvrige grupper og den øvrige befolkning af samme køn. Dette mønster er dog

omvendt, når vi ser på den ældre aldersgruppe på 60 år eller derover. Her er andelen, der har haft seksuelt samvær inden for det seneste år mindst blandt de ældre lesbiske (og bøsser). Generelt er lesbiske mindre tilfredse med deres sexliv end den øvrige kvindelige befolkning.

Bøsser

I forhold til mentalt helbred så føler bøsser sig oftere stressede end heteroseksuelle mænd. Andelen med dårligt mentalt helbred er ligeledes større end for mænd i den øvrige befolkning.

Sundhedsadfærdsmæssigt finder vi en større andel dagligrygere blandt bøsser end den øvrige mandlige befolkning. Bøsser er også den gruppe, hvor flest drikker over Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse for alkoholindtagelse. Til gengæld er bøsser den gruppe med den laveste andel svært overvægtige.

Ser vi på sygelighed, så har bøsser oftere meget generende smerter eller ubehag sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning. I forhold til sygdomsadfærd så adskiller bøsser sig ikke fra heteroseksuelle mænd.

Hvad angår sociale relationer, så adskiller bøsser sig fra mænd i den øvrige befolkning ved, at en betydelig andel ofte er alene, selv om de har lyst til at være sammen med andre.

Andelen af bøsser, der har nedsat sexlyst, er større end blandt mænd i den øvrige befolkning. Der er ligeledes en større andel bøsser end mænd i den øvrige befolkning, der har talt med sundhedsprofessionelle om seksuelle spørgsmål inden for de seneste 5 år.

Biseksuelle

Biseksuelle markerer sig også som en gruppe, der har det dårligt på flere af områderne i un-

dersøgelsen – dog er der visse kønsmæssige forskelle i denne gruppe. Ser vi på mentalt helbred, så har de biseksuelle kvinder oftere et dårligt mentalt helbred end heteroseksuelle kvinder. Det gælder i særdeleshed gruppen af unge biseksuelle kvinder under 35 år. Samme tendens er gældende for stress. I forhold til dårligt fysisk helbred er der ikke sikre forskelle fra de øvrige grupper.

I forhold til sundhedsadfærd så er biseksuelle den gruppe, som har det dårligst på næsten alle indikatorerne. Således er binge-drinking mest udbredt blandt biseksuelle, og de unge biseksuelle under 35 år er den gruppe, der oftest drikker mindst fem genstande ved samme lejlighed. Undersøgelsen viser også, at en større andel af de unge biseksuelle kvinder har indtaget hash og andre illegale stoffer indenfor det seneste år sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning. En stor andel af de biseksuelle mænd har et usundt kostmønster, og stillesiddende fritidsaktiviteter er udbredt især blandt biseksuelle kvinder. Ligesom biseksuelle mænd og kvinder også i mindre grad er fysisk aktive end bøsser og lesbiske samt den øvrige befolkning.

Ser vi på sygelighed og sygdomsadfærd, så har de biseksuelle kvinder oftere langvarig sygdom end kvinder i den øvrige befolkning.

I forhold til sociale relationer så er andelen, der sjældent har kontakt til familie, højere for gruppen af biseksuelle end for heteroseksuelle, ligesom det at være uønsket alene er særlig udbredt blandt biseksuelle. Der er ligeledes en større andel af de biseksuelle kvinder, som oplever, at de ikke har nogen at tale med, hvis de har problemer sammenlignet med lesbiske og den øvrige kvindelige befolkning.

I forhold til seksualliv er der få sikre forskelle mellem biseksuelle og den øvrige befolkning. Dog er der en betydelig del af de unge biseksuelle kvinder, som angiver at have seksuelle problemer.

Transpersoner

Konklusionerne vedrørende transpersoner skal betragtes med det forbehold, at transpersonerne i undersøgelse er rekrutteret gennem kontaktfora og er derfor ikke, i modsætning til de seksuelle minoriteter, udvalgt tilfældigt i befolkningen.

Transpersonerne i undersøgelsen har det markant dårligt på flere områder. De har et markant dårligere selv vurderet helbred end de øvrige grupper, ligesom en stor andel også har et dårligt mentalt helbred og lider af stress. Det gælder i særdeleshed de unge transpersoner under 35 år. Dette kan blandt andet skyldes den stigmatisering, som vores kvalitative analyse viser, at majoriteten af respondenterne oplever, eftersom stigmatisering kan være en medvirkende årsag til minoritetsstress.

Nærværende undersøgelse viser også, at transpersoner adskiller sig sundhedsadfærdsmæssigt fra alle eller nogle af grupperne ved oftere at være undervægtige, dyrke mindre moderat/hård fysisk aktivitet og have mere stillesiddende fritidsaktivitet. Den kvalitative analyse indikerer, at de to sidstnævnte forhold bl.a. kan skyldes den binære kønsopdeling af omklædningsrum, som indirekte stigmatiserer transkønnet og dermed bidrager til at besværliggøre transpersoners muligheder for at deltage i sportsaktiviteter.

I forhold til sygelighed og sygdomsadfærd så lider transpersoner oftere af smerter og ubehag end den øvrige befolkning. Måske er det også derfor, at transpersoner oftere end de andre grupper og den øvrige befolkning bruger receptmedicin, men det skyldes også i en betydelig udstrækning brug af hormonpræparater i forbindelse med behandlingen som transperson.

Ser vi på kontakt til andre, så har transpersoner sjældnere kontakt til familie end de andre grupper og den øvrige befolkning. En betydelig del oplever at være uønsket alene. Ligeledes regner en markant andel af transpersonerne ikke med at kunne få hjælp ved sygdom eller

har nogen at tale med, hvis de har problemer. I den kvalitative analyse tegner der sig et billede af, at en del transpersoner af frygt for at blive identificeret som transperson og af frygt for stigmatisering har en tendens til at isolere sig fra andre. Kontakt til andre er meget vigtig i forhold til sundhedsadfærd og sygelighed, og den manglende kontakt til andre for en stor del af de transkønnede kan være en af forklaringerne på deres dårlige mentale helbred.

Den kvalitative analyse viser ligeledes, at kærestelationer er en udfordring, dels i forhold til andres accept af ens kønsidentitet, dels i forhold til seksuelt samvær. Dette understøtter således fundene om, at transpersoner er mindst tilfredse med deres sexliv sammenlignet med de andre grupper og den øvrige befolkning. Transpersoner er ligeledes den gruppe, hvor andelen med manglende sexlyst er størst.

De supplerende spørgsmål til transpersoner omkring behandlingserfaringer viser, at mere end halvdelen af transpersonerne ikke føler sig imødekommet i sundhedsvæsenet eller oplever at få adgang til den ønskede kønskorrigerende behandling i sundhedsvæsenet i Danmark og/eller udlandet. Undersøgelsen har også vist, at mere end 40 procent af de, der får kønskorrigerende behandling, har fået den i udlandet eller både i udlandet og i Danmark. Der er størst tilfredshed med den kønskorrigerende behandling, som transpersonerne har modtaget i udlandet. Dette understøttes i den kvalitative analyse, hvor der er en gennemgående kritik af den nuværende organisering af kønskorrigerende behandling, dels på grund af lang ventetid, dels fordi adgangen til behandling afhænger af udredning for diagnosen transseksualisme. Centraliseringen af den kønskorrigerende behandling ved Sexologisk Klinik er således et centralt kritikpunkt.

Den kvalitative analyse har også vist, at transpersonerne i samfundet møder forskellige normer, der er knyttet til en binær opfattelse af køn. Det vil sige, normer som tager udgangspunkt i, at man enten kan identificere sig som kvinde eller som mand. Denne opfattelse og

den cisnormative opfattelse af sammenhængen mellem medfødt køn, kønsidentitet og kønsroller, som transpersoner oplever, bidrager til at usynliggøre og stigmatisere transpersoner på forskellige niveauer i samfundet, lige fra lovgivning på statsniveau til mødet med andre på det interpersonelle niveau. Den manglende viden om og accept og anerkendelse af transkønnethed i samfundet, som respondenterne oplever, kan lede til minoritetsstress hos den enkelte transperson. Vores kvalitative analyse viser, at hovedparten af transpersonerne beskriver én eller flere af følgende trivselsproblemer: negativ selvopfattelse, depression, angst, selvmordstanker og selvmordsforsøg.

Hele LGBT-gruppen

Generelt har hele LGBT-gruppen en mindre hensigtsmæssig sundhedsadfærd end den øvrige befolkning i forhold til rygning, alkohol, hash og andre illegale stoffer.

Diskussion

Nærværende undersøgelse er en tværsnitsundersøgelse af LGBT-personers fysiske og psykiske sundhed. Vi kan derfor ikke sige noget om udviklingen på området, dog har vi mulighed for at sammenligne vores fund med den første LGBT-sundhedsundersøgelse "Lige og ulige?", der blev gennemført af Center for Alternativ Samfundsanalyse (herefter CASA) i 2009, da de har benyttet sig af mange af de samme spørgsmål, som er stillet i denne undersøgelse, der stammer fra Sundheds- og Sygelighedsundersøgelserne. Ligeledes vil vi i dette afsnit inddrage perspektiver fra den svenske sundhedsundersøgelse blandt LGBT-personer "*Hälsa på lika villkor?*", som blev gennemført af Statens Folkhälsoinstitut i 2005, samt den norske undersøgelse 'Alskens folk' om transpersoners levekår, livssituation og livskvalitet. I dette afsnit vil vi ligeledes beskrive styrker og svagheder ved vores undersøgelse.

På helbred og trivselsområdet er vores fund i tråd med CASAs levekårsundersøgelse. Vi fandt ligeledes en høj andel med godt selv vurderet helbred i alle grupper. Ligeledes viser vores undersøgelse, at det primært er de bisek-

suelle kvinder og transpersoner under 35 år, der har den største andel af stress. Dette er i lighed med CASAs undersøgelse.

I tråd med både CASA og den svenske undersøgelse fandt vi ligeledes, at *binge-drinking* var mere udbredt i LGBT-gruppen. Således var andelen af *binge-drikkere* højere for lesbiske end for kvinder i den øvrige befolkning, og for biseksuelle (uanset køn) end for den øvrige befolkning. Det samme gælder for brug af hash.

I modsætning til den tidligere danske undersøgelse finder vi, at andelen med langvarig sygdom er højere blandt biseksuelle kvinder og transpersoner end i den øvrige befolkning. Dette er til gengæld i tråd med den svenske undersøgelse, der viste, at yngre bøsser og yngre biseksuelle mænd samt lesbiske og biseksuelle kvinder, oftere end den øvrige befolkning angav at lide af langvarig sygdom. I nærværende undersøgelse er det også i højere grad de unge biseksuelle kvinder og transpersoner, som lider af smerter og ubehag, hvilket stemmer nogenlunde overens med den svenske undersøgelse, hvor de lesbiske og biseksuelle kvinder havde svære smerter i større udstrækning end de øvrige grupper og den øvrige befolkning.

Ser vi på sociale relationer, så viser vores undersøgelse, at LGBT-gruppen er dårligere stillet end den øvrige befolkning – særligt transpersoner og biseksuelle, som har sjældnere kontakt til familie end de andre grupper. LGBT-gruppen angiver også i høj grad at være uønsket alene. Det er også i tråd med den svenske undersøgelse, hvor det at savne emotionel støtte var mere udbredt blandt seksuelle minoriteter end blandt den øvrige befolkning.

Ser vi på fundene fra vores kvalitative analyse af transpersonernes fritekstsvar, så er disse i tråd med det norske ligestillingscenters kvalitative undersøgelse fra 2013. Den norske undersøgelse har haft tre fokusområder; 1) at 'komme ud' som transkønnet, 2) oplevelser med det offentlige sundhedssystem, og 3) børn og unges transerfaringer i skole- og familieliv. Undersøgelsen viste, at der er en generel mangel på

viden om og anerkendelse af transpersoner i samfundet, særligt i skole- og sundhedssystemet. Dette stemmer overens med vores fund, der også peger på et manglende kendskab til transkønnet i skole, arbejds- og sundhedskontekster. Som den norske undersøgelse peger vores også på, at konsekvenserne heraf kan være diskrimination og stigmatisering af transpersoner, hvilket påvirker transpersoners mulighed for at kunne leve åbent i samfundet negativt. Det andet centrale fund i den norske undersøgelse omhandler adgangen til kønskorigerende behandling, som ligesom i Danmark er betinget af udredning for diagnosen transeksualisme. Som i vores undersøgelse, er denne betingelse et centralt kritikpunkt i den norske undersøgelse, da det kan få konsekvenser for de transpersoner, som ikke kan få adgang her til.

Som i andre undersøgelser på området, er der også i nærværende nogle styrker og svagheder ved den måde hvorpå undersøgelsen er tilrettelagt metodisk. Et væsentligt forbehold er, at antallet af deltagere i undersøgelsen er forholdsvist lille. Det betyder, at der kan være en række forskelle mellem grupperne, som ikke er statistisk sikre og derfor ikke fremhævet. Derfor skal denne undersøgelse ses i sammenhæng med andre undersøgelser på området. Et særligt forbehold gælder transpersonerne, som er rekrutteret gennem organisationer og derfor ikke er en tilfældig stikprøve. Dette betyder bl.a. at der i denne gruppe er meget få ældre, hvilket gør, at vi ikke direkte kan sammenligne med de andre grupper. Den særlige rekrutteringsmetode kan også have haft betydning for, hvilke transpersoner som vi er kommet i kontakt med. Dette kan betyde, at de transpersoner som har deltaget adskiller sig fra transpersoner i almindelighed. Der kan derfor ikke siges noget sikkert om, hvordan vores respondenter repræsenterer transpersoner i almindelighed. En af styrkerne ved denne undersøgelse er, at vi har haft lejlighed til at stille transpersonerne et fritekstspørgsmål, som behandles i den kvalitative analyse. De kvalitative data har givet en vigtig indsigt i nogle af de årsagsforklaringer, som måske skal findes i forskellene mellem

transpersoners sundhed og de øvrige grupper og befolkningen, og dermed også en viden om, hvordan man på sigt kan fremme det fysiske helbred og psykisk trivsel blandt transpersoner. Da vores undersøgelse er baseret på data fra sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2013, er der på sigt mulighed for at følge LGBT-personers sundhed over tid, idet sundheds- og sygelighedsundersøgelserne er tilbagevende nationale undersøgelser. Nærværende undersøgelse har, med tillægsspørgsmål omkring kønsidentitet, også givet os en helt central viden om, hvordan vi fremadrettet bedst spørger til kønsidentitet i sundhedsundersøgelser, og dermed bliver bedre til at inkludere transpersoner i spørgeskemaundersøgelser.

Behovet for videre studier

Vores undersøgelse giver anledning til flere spørgsmål, og vi peger i dette afsnit her på nogle af de områder, som vi med afsæt i undersøgelsens resultater mener, at der er behov for, at man fremadrettet undersøger med henblik på at fremme lesbiske, bøsser, biseksuelle og transpersoners helbred og trivsel.

Som beskrevet indledningsvist kræver den rettighedsbaserede tilgang til sundhed, at man er opmærksom på, hvordan man bekæmper de forhold, der giver ulighed i sundhed for LGBT-personer, samt iværksætter indsatser der fremmer lighed i sundhed for disse grupper, herunder LGBT-venlige sundhedsindsatser. Implementeringen af sådan en tilgang til sundhed bør hvile på et vidensfundament, der dokumenterer og belyser karakteren af ulighed samt årsagerne hertil. I denne undersøgelse har vi ikke haft lejlighed til at undersøge årsagerne til de forskelle i sundhed, som vi dokumenterer. Kun i den kvalitative analyse af transpersonernes fritekstbesvarelser får vi en indikation af, hvilke årsager der bl.a. ligger til grund herfor.

På baggrund af de forskelle i sundhed, der er dokumenteret i denne rapport, mener vi, at der er behov for at undersøge:

- Årsagerne til forskellene i sundhedsadfærd og sygelighed i LGBT-gruppen i forhold til den øvrige befolkning.
- Årsagerne til forskellene i psykisk trivsel i LGBT-gruppen i forhold til den øvrige befolkning, herunder omfang og karakteren af selvskadende adfærd og selvmordstanke og -forsøg.
- Udbredelsen og årsagerne til minoritetsstress og sammenhængen med indikatorer for helbred, trivsel og sociale relationer for LGBT-personer.
- LGBT-personers møde med sundhedssystemet og sundhedsprofessionelles kendskab til LGBT-sundhed og erfaringer hermed.
- Hvordan kønskorregerende behandlingsforløb for transpersoner i udlandet adskiller sig fra forløb i Danmark, samt hvilken betydning adgangen til behandling har for transpersoners psykiske trivsel.

Litteratur

- Althof, S. E. (2002). Quality of life and erectile dysfunction. *Urology*, 59(6), 803-810.
- Bauer, G. R., Hammond, R., Travers, R., Kaay, M., Hohenadel, K. M., & Boyce, M. (2009). "I don't think this is theoretical; this is our lives": How erasure impacts health care for transgender people. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20(5), 348-361.
- Bernard, H. R. (2011). *Research methods in anthropology: Qualitative and quantitative approaches*: Rowman Altamira.
- Bochenek, M., & Knight, K. (2012). Establishing a third gender category in Nepal: process and prognosis. *Emory Int'l L. Rev.*, 26, 11.
- Bockting, W. O. (1999). From construction to context: Gender through the eyes of the transgendered. *Sexualities Report*, 28(1), 3.
- Bockting, W. O. (2009). Transforming the paradigm of transgender health: A field in transition.
- Boellstorff, T. (2004). The emergence of political homophobia in Indonesia: Masculinity and national belonging. *Ethnos*, 69(4), 465-486.
- Bogart, L. M., Revenson, T. A., Whitfield, K. E., & France, C. R. (2014). Introduction to the Special Section on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Health Disparities: Where We Are and Where We're Going. *Annals of Behavioral Medicine*, 47(1), 1-4.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA, USA: Harvard University Press.
- Bränström, R., & van der Star, A. (2013). All inclusive Public Health—what about LGBT populations? *The European Journal of Public Health*, 23(3), 353-354.
- Byne, W. (2014). A New Era for LGBT Health. *LGBT Health*, 1(1), 1-2.
- Christensen, A. I., Ekholm, O., Davidsen, M., & Juel, K. (2012). Sundhed og sygelighed i Danmark. *National Institute of Public Health*.
- Christensen, A. I., Ekholm, O., Kjølner, M., Davidsen, M., Hesse, U., Eriksen, L., & Grønbaek, M. (2007). *Sundhed og sygelighed i Danmark & udviklingen siden 1987*: Syddansk Universitet. Statens Institut for Folkesundhed.
- Christensen, A. I., Severin, M., Holmberg, T., Eriksen, L., Toftager, M., Zachariassen, A., . . . Curtis, T. (2009). *KRAM-undersøgelsen i tal og billeder*: Syddansk Universitet. Statens Institut for Folkesundhed.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 385-396.
- Coulter, R. W., Kenst, K. S., Bowen, D. J., & Scout. (2014). Research funded by the National Institutes of Health on the health of lesbian, gay, bisexual, and transgender populations. *Am J Public Health*, 104(2), e105-112. doi: 10.2105/ajph.2013.301501
- Dahl, U. (2005). *Det viktigaste är inte vad extremisterna tycker utan vad den stora majoriteten gör: från hatbrott och homofobi till heteronormativitet och intersektionalitet: en kunskapsinventering och situering av forskning*.
- De Berardis, G., Franciosi, M., Belfiglio, M., Di Nardo, B., Greenfield, S., Kaplan, S. H., . . . Valentini, M. (2002). Erectile Dysfunction and Quality of Life in Type 2 Diabetic Patients A serious problem too often overlooked. *Diabetes care*, 25(2), 284-291.
- Dean, L., Meyer, I. H., Robinson, K., Sell, R. L., Sember, R., Silenzio, V. M., . . . White, J. (2000). Lesbian, gay, bisexual, and transgender health: Findings and concerns. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 4(3), 102-151.
- DeSalvo, K. B., Bloser, N., Reynolds, K., He, J., & Muntner, P. (2006). Mortality Prediction with a Single General Self-Rated Health Question. *Journal of general internal medicine*, 21(3), 267-275.
- Due, P., & Holstein, B. (1999). Sociale relationer og sundhed. *Forebyggende sundhedsarbejde*, 4, 210-219.
- Dutta, A. (2014). Contradictory Tendencies: The Supreme Court's NALSA Judgment on Transgender Recognition and Rights. *J. Indian L. & Soc'y*, 5, 225.

- Fallin, A., Goodin, A., Lee, Y. O., & Bennett, K. (2015). Smoking characteristics among lesbian, gay, and bisexual adults. *Preventive Medicine*, 74(0), 123-130. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.11.026>
- Feinberg, L. (1996). *Transgender warriors: making history from Joan of Arc to Dennis Rodman*: Beacon Press.
- Fish, J., & Bewley, S. (2010). Using human rights-based approaches to conceptualise lesbian and bisexual women's health inequalities. *Health & social care in the community*, 18(4), 355-362.
- Folkhälsoinstitut, S. (2005). Homosexuella, bisexuella och transpersoners hälsosituation. *Återrapportering av ett regeringsuppdrag undersöka och analysera hälsosituationen HBT Bland Ö personer, Östersund: FHI*, 21.
- FRA. (2014a). Being Trans in the European Union. Comparative analysis of EU LGBT survey data. Vienna: FRA – European Union Agency for Fundamental Rights.
- FRA. (2014b). EU LGBT Survey. European Union lesbian, gay, bisexual and transgender survey. Main results. Luxembourg: European Union Agency for Fundamental Rights.
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Cook-Daniels, L., Kim, H.-J., Erosheva, E. A., Emlen, C. A., Hoy-Ellis, C. P., . . . Muraco, A. (2014). Physical and mental health of transgender older adults: An at-risk and underserved population. *The Gerontologist*, 54(3), 488-500.
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Simoni, J. M., Kim, H.-J., Lehavot, K., Walters, K. L., Yang, J., . . . Muraco, A. (2014). The health equity promotion model: Reconceptualization of lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) health disparities. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(6), 653.
- Frisch, M., & Brønnum-Hansen, H. (2009). Mortality among men and women in same-sex marriage: a national cohort study of 8333 Danes. *American Journal of Public Health*, 99(1), 133.
- Frisch, M., Lindholm, M., & Grønbæk, M. (2011). Male circumcision and sexual function in men and women: a survey-based, cross-sectional study in Denmark. *International journal of epidemiology*, 40(1), 104-111.
- Goffman, E. (2009). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*: Simon and Schuster.
- Gransell, L., & Hansen, H. (2009). Equal and unequal?
- Graugaard, C., Giraldo, A., Frisch, M., Eplöv, L. F., & Davidsen, M. (2015). Self-reported sexual and psychosocial health among non-heterosexual Danes. *Scandinavian journal of public health*, 43(3), 309-314.
- Graugaard, C., Pedersen, B., & Frisch, M. (2012). Seksualitet og Sundhed. En rapport fra vidensråd for forebyggelse.
- Groth, M. F., S. (2007). Kost. In M. J. Kjølner, K.; Kamper-Jørgensen, F. (Ed.), *Folkesundhedsrapporten Danmark 2007*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Grønbæk, M. (2008). Alkohol: Syddansk Universitet. Statens Institut for Folkesundhed København.
- Hagger-Johnson, G. (2014). Commentary: Disparities in Tobacco Use by Sexual Orientation Among High School Students. *Preventive Medicine*, 69, 312-313.
- Hagger-Johnson, G., Taibjee, R., Semlyen, J., Fitchie, I., Fish, J., Meads, C., & Varney, J. (2013). Sexual orientation identity in relation to smoking history and alcohol use at age 18/19: cross-sectional associations from the Longitudinal Study of Young People in England (LSYPE). *BMJ open*, 3(8), e002810.
- Harcourt, J. (2006). Current issues in lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) health: introduction. *J Homosex*, 51(1), 1-11. doi: 10.1300/J082v51n01_01
- Hegna, K., Kristiansen, H., & Moseng, B. (1999). Living conditions and quality of life among lesbian women and gay men. *Oslo: Nova*.
- Hetrick, E. S., & Martin, A. D. (1987). Developmental issues and their resolution for gay and lesbian adolescents. *J Homosex*, 14(1-2), 25-43.
- Hunt, P., & Backman, G. (2008). Health systems and the right to the highest attainable standard of health. *Health and Human Rights*, 81-92.
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of health and social behavior*, 21-37.
- IMR. (2011). Hadforbrydelser i Danmark - vejen til en effektiv beskyttelse *Udredning nr. 8*. Skive: Institut for Menneskerettigheder.

- Iversen, L., Kristensen, T. S., Holstein, B. E., & Due, P. (2002). *Medicinsk sociologi. samfund, sundhed og sygdom*: Handelshøjskolens Forlag.
- Juel, K., & Koch, M. B. (2013). Social ulighed i dødelighed i Danmark gennem 25 år. *Betydningen af rygning og alkohol*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Juel, K., Sørensen, J., & Brønnum-Hansen, H. (2006). *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark*: Syddansk Universitet. Statens Institut for Folkesundhed.
- Juul Jørgensen, S. (2005). Kronisk sygdom. patient, sundhedsvæsen og samfund. *Sundhedsstyrelsen, Kbh.*
- Katz, A., Lønne, D. M., Markussen O. M. LGBT Liv. Rapport om behovet for viden og indsatser for lesbiske, bøsser, biseksuelle og transpersoner. København: StopAids.
- Koh, A. S., & Ross, L. K. (2006). Mental health issues: A comparison of lesbian, bisexual and heterosexual women. *J Homosex*, 51(1), 33-57.
- Kruse, M., & Helweg-Larsen, K. (2004). Kønsforskelle i sygdom og sundhed. Statens Institut for Folkesundhed for Minister for Ligestilling. 1. udgave.
- LeBreton, M. (2013). The Erasure of Sex and Gender Minorities in the Healthcare System.
- Lick, D. J., Durso, L. E., & Johnson, K. L. (2013). Minority stress and physical health among sexual minorities. *Perspectives on Psychological Science*, 8(5), 521-548.
- Lindhardt, M. (1960). Sygdomsundersøgelsen i Danmark af 1950. København.
- Lombardi, E. (2001). Enhancing transgender health care. *American Journal of Public Health*, 91(6), 869-872.
- Mayer, K. H., Bradford, J. B., Makadon, H. J., Stall, R., Goldhammer, H., & Landers, S. (2008). Sexual and gender minority health: what we know and what needs to be done. *American Journal of Public Health*, 98(6), 989.
- Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of health and social behavior*, 38-56.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*, 129(5), 674.
- Nielsen, M. V., Holme Hansen, E., Rasmussen, N. K. (2002). Medicinforbrug og social position i den danske befolkning. *Lægemiddelforskning*.
- Nielsen, N. H., & Kristensen, T. S. (2007). *Stress i Danmark-hvad ved vi?* : Sundhedsstyrelsen.
- Organization, W. H. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*: World Health Organization.
- Organization, W. H. (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva*: World Health Organization.
- Pedersen, P. V., Johansen, K. B. H., Ekholm, O., & Juel, K. (2014). Sundhed og trivsel i et kønsperspektiv: Statens Institut for Folkesundhed, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet.
- Poteat, T., German, D., & Kerrigan, D. (2013). Managing uncertainty: a grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Social Science & Medicine*, 84, 22-29.
- Pyne, J. (2011). Unsuitable bodies: Trans people and cisnormativity in shelter services. *Canadian Social Work Review/Revue canadienne de service social*, 129-137.
- Roth, N., Boström, G., & Nykvist, K. (2006). *Hälsa på lika villkor?: hälsa och livsvillkor bland HBT-personer*: Statens folkhälsoinstitut.
- Sløk-Andersen, B. (2012). Køn som infrastruktur. *Kvinder, Køn & Forskning*(2).
- Statens Folkhälsoinstitut, F. (2005). Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation: återrapporering av regeringsuppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen bland HBT-personer. *Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut*.
- Tamayo-Fonseca, N., Quesada, J. A., Nolasco, A., Melchor, I., Moncho, J., Pereyra-Zamora, P., . . . Barber, X. (2013). Self-rated health and mortality: a follow-up study of a Spanish population. *Public health*, 127(12), 1097-1104.
- Tønnesen, H., Søndergaard, L., Jørgensen, T., Overgaard, D., Kristensen, I., & Barfod, S. M. (2005). Terminologi. forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed: Sundhedsstyrelsen.
- Wagner, G., Fugl-Meyer, K., & Fugl-Meyer, A. (2000). Impact of erectile dysfunction on quality of life: patient and partner perspectives. *International journal of impotence research*, 12, S144-146.

- Ward, B. W., Dahlhamer, J. M., Galinsky, A. M., & Joestl, S. S. (2014). Sexual orientation and health among US adults: National Health Interview Survey, 2013. *National health statistics reports, 15*, 1-10.
- Ware Jr, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical care, 34*(3), 220-233.

Bilag 1

Følgende organisationer, foreninger og væresteder blev kontaktet i forbindelse med udbredelsen af transpersonundersøgelsen:

T-gruppen, LGBT Danmark
Aids Fondet
Homoparnasset
Out & About
Copenhagen Pride
Homo TV
XQ28.dk
Uro I Jernet
QueerKraft
Homotropolis
HSF - Nationalt
Boyfriend/Girlfriend.dk
Fatid
Kristen og Homo
HIV Danmark
Mix Copenhagen
Panidræt
TiD
LGBT Biblioteket
Sabaah
Jailhouse Cph.
Cosy Bar
Centralhjørnet
Nattens Dronning
Oscar
Reden
Lambda
HoBiT
Profil
SLM – Scandinavian Leather Men Aarhus & København
G-Bar
GayNord
Tribaderne
Café Sappho
Kvinde Informations Café
Danish Dlite
Hobi Bornholm