



# LGBT+

# I EN HETERONORMATIV

# VERDEN

En undersøgelse  
af sygeplejerskers  
erfaring med  
LGBT+ patienter



# TITELBLAD

Specialet er udarbejdet af:  
Anders Emil Yttesen (20175443)  
Emilie Pfeiffer-Ross (20174618)  
Sidsel Hagen Rieder (20175545)

AAU CPH - Specialeafhandling i Kommunikation

Gruppe nr. 25

Vejleder: Camilla Dindler

Antal anslag: 253.780

Antal normalsider: 105,7



# Indholdsfortegnelse

Abstract .....	4
Forord .....	6
Kapitel 1 - Introduktion .....	7
Introduktion.....	8
Problemfelt .....	10
Problemformulering .....	11
Projektets opbygning .....	11
Kapitel 2 – Litteraturreview & casebeskrivelse.....	13
Litteraturreview.....	14
Heteronormativt sundhedssystem .....	14
Afsløring af seksuel- og kønsidentitet .....	15
Diskrimination og stigmatisering udøver selvdiskrimination.....	17
Kategoriseringer af patienter .....	19
Minoritetsstress .....	20
Kommunikative kompetencer .....	22
Løsningsforslag .....	23
Opsummering .....	26
Casebeskrivelse .....	28
Kapitel 3 - Metode .....	30
Metode .....	31
En metodisk tilgang til litteratursøgning.....	31
Systematisk litteratursøgning .....	32
Valg af søgedatabaser .....	32
Udvalgte søgeord .....	33
Den anvendte søgemetode.....	35
Inklusions- og eksklusionskriterier .....	35
Udvælgelsesprocessen - trin for trin .....	36
Casestudiet som undersøgelsesmetode .....	38
Det komparative element.....	39
Interviewmetode.....	39

Den kvalitative tilgang .....	40
Think-Aloud metoden i praksis .....	40
Etiske overvejelser .....	42
Interpersonel Kommunikation .....	43
Behandling af data .....	47
Transskribering .....	47
Tematisk opdeling gennem kodning .....	48
Kvalitetskriterier .....	49
Kapitel 4 – Poststrukturalistisk analysestrategi & teori .....	50
Poststrukturalistisk analysestrategi .....	51
En situeret versus kategoriseret virkelighed .....	52
En kategoriseret verden .....	53
Rollen iscenesættes i sundhedsvæsenet .....	53
Relationen mellem den sundhedsprofessionelle og patienten .....	55
Sammenstødet mellem objekt og subjekt .....	56
Iscenesættelse gennem forskellige praksisser .....	56
Repertoiret påvirker dynamikken .....	58
En situeret verden .....	59
Et performativt subjekt .....	60
Sproget påvirker kønsidentiteten .....	61
Alternativt interpellationsbegreb .....	62
Heterocentrisk forudindtagethed i samfundet .....	64
Andethed som kontrasten til normalitet .....	66
Kapitel 5 – Tematisk analyse .....	70
Analyse .....	71
Tema 1 - Differentierende viden om LGBT+ ses i sproget .....	71
Forståelsesproblemer .....	71
En hensynsfuld terminologi .....	73
Et spørgsmål om normalitet .....	75
Irettesættelse fra patienten .....	76
Sprogets betydning for subjektforståelsen .....	78
Perspektivering til litteraturreview .....	83
Tema 2 - ISV'en leder ikke naturligt til en snak om kønslig- eller seksuel identitet .....	84
"Ikke aktuelt for indlæggelsen" .....	84
Seksualitetens relevans er en individuel vurdering .....	86
Tilfælde hvor seksualitet og køn bliver italesat .....	87
Seksualitet er et grænseoverskridende emne .....	88
Aktualitetens problematik .....	89
Perspektivering til litteraturreview .....	93

Tema 3 - Sygeplejerskerne vil ikke stå alene med ansvaret for at italesætte seksualitet og køn.	93
Samtalen om seksualitet er et fælles ansvar .....	94
Afsløring eller tilbageholdelse .....	95
En god relation .....	98
Seksualitet som proces.....	99
Perspektivering til litteraturreview .....	104
Tema 4 - Sygeplejerskernes uddannelse har ikke forberedt dem til at tale om seksualitet og køn med LGBT+ personer .....	105
Egen erfaring som grundstenen for viden .....	105
Alder har en betydning for samtalen om kønslig- og seksuel identitet.....	108
Sygeplejerskernes erklærede mål for lige behandling .....	109
Et paradoks om opmærksomhed .....	110
Hensyntagen overskygger intentionen om lige behandling .....	111
Perspektivering til litteraturreview .....	114
Opsamling på analysen .....	114
Kapitel 6 – Kritisk refleksion & konklusion .....	118
Kritisk refleksion .....	119
Konklusion.....	122
Litteraturliste .....	126

# Abstract

The aim of this thesis is to investigate the experiences of healthcare professionals regarding LGBT+ patients in the Danish healthcare system. By doing so, we want to call attention to the problems associated with gender and sexuality through the initial nurse assessment.

In this thesis our investigated subjects are eight nurses working as practitioners in the capital region of Denmark. All eight nurses work in different sections of the healthcare sector, which gives an insight into different perceptions of the meeting with LGBT+ patients. The thesis examines the following problem statement:

*What are nurses' experiences with LGBT+ patients in the Danish healthcare system, and what problems regarding gender and sexuality become apparent in the nurses' descriptions of the initial nurse assessment?*

The thesis has a poststructuralist approach to knowledge, with a theoretical foundation in the fields of health, gender, and power. Our perspective on the healthcare system is viewed through Mol's (2002) ethnographic study of the day-to-day diagnosis and treatment in the hospital practice. We also explore the meaning of gender, sexuality, and power through Butler (1990, 1993, 1997, 2004) and Foucault (1978, 1982). The combination of the two, makes it possible to view both historical and performative perspectives. The methodical approach of the thesis is qualitative and examines the problem statement through eight interviews. These qualitative interviews include elements of a semi structured interview and the think-out-loud method. Furthermore, the purpose is to conduct a thematic analysis. The interviews are the empirical basis of which we identify patterns and recurring themes through the nurses' statements.

The thesis clarifies that the nurses operate within a heterocentric bias. The heterocentric bias testifies that the healthcare system, as an institution, is structured according to binary pairs of opposites. At an operational level, these structures affect how nurses navigate their practice when treating patients. If patients differ from the

regular patient, which we have identified as cisgender and heterosexual, the challenges arise for the nurses in their stated goal of equal treatment. By contributing and reproducing the same standard for all patients, the aim to perform an individual and respectful treatment becomes overshadowed by regulating gender, repression, or excessive attention towards LGBT+ patients. Through their language we see that some nurses operate with a considerate terminology that integrates LGBT+ patients as part of normality. Whereas others demonstrate a limited repertoire rooted in a heteronormative understanding. We can therefore conclude that the LGBT+ patients' gender and sexuality will be addressed differently, depending on which nurse they are treated by. The thematic analysis has clarified a paradox regarding the excessive attention and consideration towards LGBT+ patients. On one hand, it testifies to recognition and respect, and on the contrary, it determines that the LGBT+ patients differ from normality. From this we can conclude that the nurses are placed in a difficult position where recognition and attention towards gender and sexuality must be balanced if they want to normalize the patient.

## Forord

Tak til vores specialevejleder Camilla Dindler for din kyndige vejledning og engagement i specialet. Vi har følt os i trygge hænder hos dig gennem hele processen.

Dette speciale er dedikeret til alle LGBT+ personer i Danmark med ønsket om et mere inkluderende og individualiserende sundhedsvæsen, der anerkender os alle, uanset hvordan man identificerer sig.





# KAPITEL 1

## INTRODUKTION

## Introduktion

I Danmark bryster vi os af at have et stærkt sundhedsvæsen, hvor sundhedsloven fastsætter, at alle borgere har let og lige adgang til behandling af høj kvalitet (Sundhedsloven, 2022, §2). Samtidig er det et krav, at sundhedsvæsenet efterlever en norm om borgerinddragelse og sikrer, at det enkelte menneske, og dennes integritet, behandles respektfuld (Sundhedsloven, 2022, §2). Men er det alle patienter, der bliver mødt med denne respekt for deres person? Eller er der nogle patientgrupper, som bliver overset i et system, der centrerer sig om at behandle fysiske symptomer? Ilan Meyer (2003) beskriver, hvordan flere LGBT+ personer lider af minoritetsstress, da manglende anerkendelse af et individs eksistensgrundlag kan medføre psykiske konsekvenser. Meyer (2003) opererer med minoritetsstress som et paraplybegreb, der ikke blot anvendes på minoritetspatienter i sundhedsvæsenet, men også på minoriteter i andre institutionelle lag i samfundet. Dette skyldes, da minoritetsstress-teorien, i sin simpleste forstand, omhandler den psykosociale stress, som afledes af individers minoritetsstatus på baggrund af deres seksuelle orientering og kønsidentitet (Meyer, 1995, s. 38). Ifølge Meyer (1995) er der evidens for, at en kontinuerlig social ulighed konstruerer et rum, hvor stigmatisering, diskrimination og andre stressmarkører fra samfundsmæssige institutioner har en betydelig påvirkning på minoritetsindividet og dennes selvopfattelse (Meyer, 1995, s. 38). En rapport fra 2019, der er udarbejdet for Sundhedsstyrelsen, undersøger danske LGBT+ personers møde med almen praksis og dokumenterer, at denne patientgruppe oplever udfordringer i mødet med det danske sundhedsvæsen (Egede et al, 2019). En grundlæggende problematik, der bliver fremhævet i rapporten, er den unægtelige forventning om, at alle mennesker er ciskønnede og heteroseksuelle. Denne forståelse er, ifølge de interviewede LGBT+ personer, genstand for megen frustration, da den bidrager til misforståelser, kommunikationsproblemer, utryghed og stress (Egede et al, 2019). Rapporten fastslår, at for størstedelen af de interviewede LGBT+ personer er det væsentligt, at lægen kender til deres kønsidentitet eller seksuelle orientering. Bevidstheden skaber et mulighedsrum for, at alle problemstillinger kan blive diskuteret og tillader, at de føler sig respekterede og trygge i mødet med det sundhedsfaglige personale (Egede et al, 2019). Rapportens adspurgte fagpersoner præciserer samtidig, at for at kunne forstå

patientens sundhedstilstand til fulde, er det essentielt, at de forstår hele patienten. Set ud fra dette perspektiv, hænger patienternes behov og fagpersonalets forståelse fint sammen. Dog fremsætter rapporten, at sundhedspersonalet på et generelt plan ikke finder køn og seksualitet mere vigtigt at italesætte end andre baggrundsfaktorer, og berører kun emnet, hvis behandlingsforløbet vedrører køn, sex og samliv.

Vi finder det derfor interessant at få viden om, hvornår sundhedspersonalet vurderer, at køn og seksualitet er relevant at tale om. Der er et dokumenteret behov fra LGBT+ personers side om, at der bliver taget højde for kønslig- og seksuel identitet i samtalen med sundhedspersonale. Hertil italesætter personalet selv, at denne viden er central for at forstå det hele menneske. Samtidig er vi bevidste om, at LGBT+ personer kan opleve minoritetsstress på baggrund af manglende anerkendelse og respekt for deres identitet. Så hvornår er det ikke relevant at adressere kønsidentitet og seksuel orientering i et behandlingsøjemed? Og ser vi flere potentielle problematikker, der relaterer sig til italesættelsen af seksualitet eller manglen på samme?

## Problemfelt

Over de seneste to år har vi dedikeret vores kandidatuddannelse, og dertilhørende semesterprojekter, til at undersøge de udfordringer, som kønslige- og seksuelle minoriteter står over for. Forudgående projekter har ledt os til at udforske, hvordan denne befolkningsgruppe fremstilles og behandles i forskellige institutioner, samt hvad det har af betydning for individet og det helhedsbillede, der reproduceres i det danske samfund omkring LGBT+ personer. Her har vi blandt andet taget udgangspunkt i den danske folkeskole som institution, og hvordan en heteronormativ seksualundervisning påvirker forståelsen af LGBT+. Vi har samarbejdet med et feministisk undertøjsbrand, hvori vi har analyseret, hvordan de forsøger at afstigmatisere seksualitet gennem repræsentation af alle køn og kroppe. Heraf hvordan det står i kontrast til den generelle fremstilling af minoriteter i et reklameøjemed. Ligestilling, feminisme og tabubelagte emner, har gennem hele uddannelsen været noget, vi har været opdaget af og nysgerrige på. Vi var dermed bevidste om, at specialet skulle være en forlængelse af alle disse forudgående projekter.

Det falder os derfor naturligt at undersøge en af de vigtigste institutioner i det danske samfund, sundhedsvæsenet. Modtager borgeren ikke den optimale behandling fra sundhedsvæsenet, kan det påvirke både helbred og livskvalitet, hvilket gør det til en magtfuld instans. Samtidig er vi bevidste om, at sundhedsvæsenet er medskabende til minoritetsstress, hvilket yderligere understøtter vores forventning om, at der heri eksisterer nogle problematikker vedrørende kønslige- og seksuelle minoriteter. Vores tilgang til specialet bliver derfor at undersøge sundhedsvæsenet indefra, hvor vi ønsker at se på fagpersoners italesættelse af LGBT+ personer. Her udvælger vi sygeplejerskerne som det sundhedsfaglige personale, vi vil fokusere specialet omkring. De udfører den indledende sygeplejevurdering, ISV'en, hvor de sammen med patienten gennemgår vedkommendes baggrundsfaktorer herunder køn og seksualitet. Vi vurderer derfor, at der i dette møde kunne udspille sig nogle interessante problematikker.

## Problemformulering

Ovenstående interesse og undren leder os til følgende problemformulering:

*Hvad er sygeplejerskers erfaring med LGBT+ patienter i det danske sundhedsvæsen, og hvilke problemer i relation til køn og seksualitet bliver tydelige i sygeplejerskers beskrivelser af den indledende sygeplejevurdering?*

## Projektets opbygning

Når vi i specialet omtaler kønslige- og seksuelle minoriteter, vælger vi primært at anvende betegnelsen LGBT+. Termen betyder 'lesbian, gay, bisexual, transgender+', hvori anvendelsen af '+' omfavner alle andre identitetsforståelser inden for queer spektret. Denne betegnelse benyttes af LGBT+ Danmark, der er Danmarks ældste og største politiske organisation for individer, der bryder med normerne for køn og seksualitet ([www.lgbt.dk](http://www.lgbt.dk)). Vi vurderer derfor, at denne terminologi er respektfuld, samt indrammer den de minoritetspersoner, som indeværende speciale centrerer sig omkring.

Vi vil i specialet indlede med et litteraturreview over relevant litteratur indenfor vores felt, samt forholde denne indsamlede viden til vores danske genstandsfelt. Efterfølgende foreligger specialets casebeskrivelse. Dernæst vil vi præsentere vores metodiske valg i forbindelse med litteraturindsamling, specialet som casestudie, vores udvalgte interviewmetode, behandlingen af data samt vores analysemetode. Herefter klarlægger vi specialets videnskabsteoretiske ståsted, og gennemgår derefter vores to teoretiske fokuspunkter - Den situerede versus kategoriserede virkelighed. Dernæst følger analyseafsnittet, hvor vi præsenterer vores fire overordnede tematikker. Hver af de fire tematikker forgrener sig i tre dele: En indledende analyse, der gennem undertematikker, belyser de fundne problemstillinger. Hertil vil disse problemstillinger efterfølgende blive behandlet ud fra vores teoretiske grundlag samt en perspektivering til vores litteraturreview. Dernæst følger en kritisk refleksion over egen fremgangsmåde. Endelig vil vores analysefund

være genstand for en sammenfattende konklusion, der forsøger at besvare vores problemformulering.



KAPITEL 2  
LITTERATURREVIEW  
& CASEBESKRIVELSE

## Litteraturreview

Vi vil i dette afsnit kortlægge forskningen indenfor det felt, vi opererer i. Her er hensigten at indfange viden, der tilvejebringer indsigter til vores grundforståelse. Nedenstående litteraturreview rammesættes gennem viden fra internationale studier, der beskæftiger sig med mødet mellem den sundhedsprofessionelle og minoritetspatienter. Hertil anvender vi et dansk studie, som vi præsenterede i introduktionen til specialet, der har undersøgt LGBT+ personers møde med almen sundhedspraksis. Litteraturreviewet baserer sig primært på internationale studier, da der gennem vores litteratursøgning ikke fremgik artikler fra danske studier. Vi har derfor udvalgt en rapport udarbejdet af Sexologisk Forskningscenter, Klinisk Institut og Aalborg Universitet for Sundhedsstyrelsen (Egede et al, 2019), for at kunne tilegne os viden inden for de problematikker, der er til stede ud fra en dansk kontekst. Afslutningsvis vil vi opsummere de væsentligste pointer, som fremgik undervejs i vores litteraturreview, samt præciserer relevansen af disse for indeværende speciale.

### Heteronormativt sundhedssystem

Det er blevet os bekendt, at LGBT+ personer oplever en forudindtagetethed i mødet med sundhedsvæsenet, når det kommer til deres kønslige- og seksuelle identitet (Soinio 2020; Rossman et al 2017; Fuzzell et al 2016; Dichter et al 2019). Dette gør sig gældende, da sundhedssystemet i vestlige lande, i sin grundform, arbejder ud fra en forudindtaget, heteronormativ tilgang. I et studie fra Finland undersøges det, hvordan lesbiske og biseksuelle kvinder ikke bliver anerkendt på baggrund af deres seksualitet (Soinio, 2020, s. 96). Soinios (2020) studie eksemplificerer, hvordan den heteronormative forudindtagetethed demonstreres i praksis, når en partner til en lesbisk eller biseksuel patient ofte bliver italesat som en mand. Vi ser en generel tendens på tværs af artiklerne, hvor den heteronormative tilgang afspejler sig i den sundhedsprofessionelles sprogbrug, hvilket kan skabe en utryghed hos LGBT+ patienten (Fuzzell et al, 2016, s. 1468). Ifølge Rossman et al (2017) kan dette ses som en barriere i den interpersonelle situation mellem patient og behandler (s. 1392). Det bliver derfor tydeligt, at der er et udtalt behov for at skabe klare linjer for kommunikationen, der kan øge kvaliteten af samtalerne omkring køn og identitet



(Fuzzell et al, 2016, s. 1467). I Fuzzell et als (2016) studie fastslår de, at det sundhedsprofessionelle personale føler sig inkompetente i forhold til at diskutere seksuel orientering med patienter. Derfor fastslår Fuzzell et al (2016), at der er et tydeligt behov for forskning i kommunikationen mellem unge minoritetspersoner og sundhedsudbydere. Dette er for at øge kvaliteten af samtalerne omkring seksualitet og identitet (s. 1467). Konsekvensen af ikke at imødekomme kønslige- og seksuelle minoriteter i sundhedsvæsenet kan tilvejebringe, at behandlingerne ikke bliver udført i et tilstrækkeligt niveau (Dichter et al, 2019). Dette medfører ikke blot stigmatisering og diskrimination under selve behandlingen, men det er samtidig blevet påvist i studierne, hvordan det udmønter sig i helbredsmæssige problematikker. Disse problematikker vedrører risici forbundet med eksempelvis seksuelt overførte sygdomme, selvmord, selvskade, depression, angst og misbrug (Soinio 2020; Rossman et al 2017; Fuzzell et al 2016; Dichter et al 2019).

#### Afsløring af seksuel- og kønsidentitet

Vi har fået et indblik i en helbredsmæssig problematik vedrørende LGBT+ patienters tilkendegivelse af kønslig- og seksuel identitet, når de skal modtage behandling af sundhedsprofessionelle. En problematik hvor frygt for stigmatisering, stereotypificering og fobi prioriteres over behovet for en nødvendig behandling, velvidende at det kan have en kompromitterende effekt på behandlingsforløbet (Rossman et al 2017; Sutherland 2021; Soinio 2020). Det uddyber Rossman et al (2017), der i sit studie har adspurgte unge om, hvorvidt de ønsker at tilkendegive eller tilbageholde deres LGBT+ identitet i et behandlingsforløb. Studiet viser, at den sundhedsprofessionelles kendskab til patientens kønslige- eller seksuelle identitet er essentiel for at udøve en tilstrækkelig behandling. Ydermere vil det have en positiv effekt på ulighed i sundhedsvæsenet for de individer, der identificerer sig som LGBT+ (Rossman et al, 2017, s. 1391). Endvidere er det ifølge studiet kun 35% af deltagerne, som vælger at afsløre deres kønslige- eller seksuelle identitet over for den sundhedsprofessionelle (Rossman et al, 2017, s. 1392). En gennemgående faktor for dette er, at flere af deltagerne har oplevet diskriminerende og grov adfærd, eller er blevet nægtet behandling på baggrund af deres seksuelle orientering eller kønsidentitet (Rossman et al, 2017, s. 1392). Det samme gør sig gældende i Soinios (2020) studie, hvor det også påvises, hvordan LGBT+ patienter vælger ikke at

tilkendegive deres seksuelle orientering, selvom det kan have konsekvenser for behandlingen og være en afgørende faktor for helbredet (s. 95). Samtidig illustreres det, hvordan den medicinske behandling af LGBT+ patienter bliver bedre, når de vælger at tilkendegive deres identitet over for den sundhedsprofessionelle. Dette er på bekostning af, at når risici for fejlbehandling og forkert medicinering formindskes, så øges risikoen for kulturel stigmatisering og stereotypificering. Heraf stilles LGBT+ patienter overfor et valg om, hvorvidt de ønsker tilstrækkelig behandling eller at undgå stigmatisering.

Nair et al (2021) har undersøgt, hvilke problematikker der opstår, når seksuelle minoriteter skal behandles i sundhedsvæsenet. Det estimeres, at 5-10% af den amerikanske befolkning repræsenterer LGBT+ individer. Nair et al (2021) tydeliggør, at LGBT+ befolkningen udgør en begrænset mængde af populationen, hvorfor at der i sundhedsvæsenet er en tendens til at antage, at alle patienter er ciskønnede og heteroseksuelle (s. 417). Nair et al (2021) uddyber, at der vil være en heteronormativ forudindtagethed i sundhedsvæsenet, som skaber et behov for, at LGBT+ patienter offentliggør deres kønslige- eller seksuelle identitet. Studiet tydeliggør, at underrepræsentationen tilvejebringer en frygt for stigmatisering og en negativ forskelsbehandling, når minoritetspatienter er nødt til at tilkendegive sin LGBT+ status (s. 418). Derfor foretrækker flere minoritetsindivider at udfylde indskrivningsblanketten, SOGI, på forhånd, så de undgår at skulle konfronteres med de sundhedsprofessionelles reaktion (s. 418).

I rapporten udarbejdet af Sexologisk Forskningscenter, Klinisk Institut og Aalborg Universitet for Sundhedsstyrelsen forsøger Egede et al (2019) at kortlægge, hvilken ulighed der ses i det danske sundhedsvæsen i relation til LGBT+ personer (s. 5). Egede et al (2019) oplyser, at 82% af LGBT+ personer i en dansk kontekst rutinemæssigt bliver mødt med en heteronormativ forudindtagethed. Dette betyder, at de i samtalen er nødsaget til at tilkendegive deres seksuelle identitet, da denne bliver fejlvurderet (s. 44). Heri oplever respondenterne en usynliggørelse. Op imod 15% af respondenterne har tidligere tilbageholdt information omkring kønslig- og seksuel identitet, da de har en frygt for, at det vil påvirke behandlingsforløbet negativt (Egede et al, 2019, s. 44).

Ydermere er vores bekendtskab til afsløring af kønslig- og seksuel identitet hos LGBT+ patienter blevet nuanceret gennem Sutherlands (2021) studie. Her beskrives, hvordan det er vanskeligt at dokumentere, hvor mange der identificerer sig selv om transseksuelle og transkønnede. Dette skyldes, ifølge Sutherland (2021), at der foregår en institutionel diskrimination af disse patienter i sundhedsvæsenet, hvilket medfører, at færre ønsker at oplyse deres kønslige- og seksuelle identitet (s. 1). Sutherland (2021) beskriver, hvordan manglen på en nuanceret og moderne behandling af LGBT+ patienter gør, at kun én ud tre ønsker at afsløre sin kønsidentitet til sundhedspersonalet (s. 3). Diamond et al (2021) understreger, at LGBT+ patienter skal være påpasselige i forhold til at tilkendegive deres seksuelle orientering. Dette skyldes, at LGBT+ patienter har en tendens til at internalisere afvisningen, da den er forårsaget af længere tids stigmatisering (s. 13). Dette er dog ikke generelt for alle LGBT+ patienter, men for nogle kan stigmatiseringen medføre et traume, som igangsætter en frygt for at tilkendegive deres seksualitet over for de sundhedsprofessionelle. Modsat fremgår det også, hvordan homoseksuelle patienter, der trodser frygten for stigmatisering og vælger at tilkendegive sin seksuelle orientering over for behandleren, i højere grad modtager en skræddersyet behandling (Kashaf et al, 2018, s. 943).

Selvom ikke alle behandlinger kræver, at man som patient oplyser sin kønslige- eller seksuelle identitet, beskriver Sutherland (2021) problematikken i, at LGBT+ patienter holder sig tilbage på baggrund af deres kønsidentitet. Dette reflekterer tilbage på de sundhedsprofessionelles kompetencer, som i flere tilfælde er oplevet som mangelfuld (s. 3). Dog vidner litteraturen om, at der er en sammenhæng mellem tilstanden af LGBT+ patienters mentale sundhed, og hvorvidt de taler åbent om deres seksuelle identitet. Ifølge Kashaf et al (2018) har LGBT+ patienter, der vælger at tilkendegive deres seksuelle orientering generelt en bedre mental sundhed end de, der vælger ikke at gøre det (s. 943).

Diskrimination og stigmatisering udøver selvdiskrimination

Diskrimination og stigmatisering er to uundgåelige dynamikker relateret til LGBT+ patienters oplevelser med sundhedsvæsenet (Cipollina & Sanchez 2021; Sutherland 2021; Ditcher et al 2019; Nair et al 2021; Diamond et al 2021; Kattari et al 2015).

Omkring én ud af fem LGBT+ personer har været udsat for diskriminerende adfærd på baggrund af seksualitet, køn eller etnicitet (Kattari et al, 2015, s. 73). I en undersøgelse fra USA illustreres korrelationen mellem stigmatiserende tilfælde i sundhedsvæsenet af LGBT+ patienter, og deres oplevelser af ubehag ved at kommunikere med sundhedspersonale (Sutherland, 2021, s. 14). Dichter et al (2019) beskriver korrelationen vedrørende frygten for at diskriminere og frygten for at blive diskrimineret. Disse er to modsætningsforhold, der har en signifikant betydning for, hvordan mødet mellem patienten og personalet udspiller sig. Dette er samtidig en faktor, der katalyserer en ulighed i sundhedsvæsenet (Dichter et al, 2019, s. 617). Hertil opstilles der tre primære problemstillinger til, at LGBT+ patienter ikke modtager en tilstrækkelig behandling. Disse består af personalets personlige bias, følelsen af ubehag og manglen på viden (s. 618). Cipollina og Sanchez (2021) tydeliggør, hvordan tidligere oplevelser med stereotypificering og stigmatisering af seksuelle minoriteter i sundhedsvæsenet har medført, at LGBT+ patienter på forhånd forventer at blive udsat for stigmatiserende adfærd fra personalet. Dermed bliver der skabt et forbehold, hvor LGBT+ patienter forsøger at camouflere eller skjule deres kønslige- eller seksuelle identitet (Cipollina & Sanchez, 2021, s. 2). Nair et al (2021) fremhæver, hvordan de sundhedsprofessionelles stigmatisering og diskrimination både kan være intentionel og ubevidst. Ifølge Nair et al (2021) er det de sundhedsprofessionelles manglende kompetencer og viden, der gør, at de potentielt ubevidst skaber et sundhedsvæsen, hvor LGBT+ patienter efterligner heteroseksuelle patienter for at få en bedre behandling (s. 419).

Ydermere fremlægges det, hvorfor LGBT+ patienter fortsat diskrimineres og stigmatiseres. Kneale et al (2020) argumenterer, at en årsag til den vedvarende stigmatisering og diskrimination skyldes, at samfundet fastholder en fjendtlighed imod kønslige- og seksuelle minoriteter. Dette er på trods af, at der har været en afkriminalisering af LGBT+ individer i 1970. Dette understøttes af, at der er nogle konkrete sygdomskarakteristika, der gennem tiden har været tilknyttet LGBT+ patienter, herunder HIV, besværet mentalt helbred og stofmisbrug. Med 2500 LGBT+ partcipanter har Kneale et al (2020) identificeret en sammenhæng mellem LGBT+ individer og lavere livskvalitet. Heri opstår en risiko for langtidssygdom, selvmord samt en generel forværring af både fysisk og psykisk helbred (s. 1763).

Det eksemplificeres, hvordan diskriminationen rækker ud over køn og seksualitet, da det også indebærer race og etnicitet (Kattari et al, 2015, s. 69). Dette demonstreres ved, at forskelsbehandlingen ud fra race generelt tilgodeser flere kaukasiske minoriteter end minoriteter med mørkere hudfarve (Kattari et al, 2015, s. 77). Dermed sammenfattes det af Kattari et al (2015), at når individet indgår i LGBT+ akronymet, er man udsat for sundhedsrisici. Dette skyldes, at diskriminationen udtrykkes gennem trans- og homofobi. Hertil er det nævneværdigt, at sundhedsvæsenets diskrimination mod LGBT+ patienter også påvirker de pårørende, hvor der er en frygt og bekymring for at afsløre patientens kønslige- og seksuelle identitet (Kattari et al, 2015, s. 70).

### Kategoriseringer af patienter

I et forsøg på at behandle seksuelle minoriteter på et kvalitetssikret og tilstrækkeligt niveau, arbejder internationale sundhedsvæsener med en kategorisering af minoritetspatienter, hvoraf dette konceptualiseres efter prædikater (Baldwin et al, 2017; Hsieh & Shuster 2021, Kaestle & Ivory 2012). Disse prædikater kommer oftest som følge af en indlejring af kønsidentiteter og seksuelle overbevisninger i binære kategorier (Baldwin et al, 2017). Det er paradoksalt, at vesten, som fremsætter sig selv som progressiv, ikke følger med i samme udvikling, når det kommer til sundhedsvæsenet og behandlingen af LGBT+ patienter. Ifølge Hsieh og Shuster (2021) anskues kønslige- og seksuelle minoriteter som én kategori, hvilket er forårsaget af historikken, sociale normer, juridisk praksis og medicinske retningslinjer, der alle har været medvirkende faktorer til, at minoriteter oplever utilstrækkelig behandling udført af sundhedsvæsenet (s. 318).

Kaestle og Ivory (2012) fremsætter, at samfundets behov for konceptualisering af seksualitet og køn er dualistisk og binær, og især biseksuelles placering i samfundet skaber en usynlighed i sundhedsvæsenet (s. 36). Netop accepten af den flydende og dynamiske tilgang er mangelfuld, hvad kvindelige, biseksuelle patienter i sundhedsvæsenet angår. Dette uddyber Baldwin et al (2017) ved, at homofobi bruges til at beskrive den stigmatiserende adfærd, seksuelle minoriteter hyppigt udsættes for. Hertil er bifobi et særskilt fænomen, der bruges til at beskrive den ulighed, som biseksuelle minoriteter oplever. Ifølge Baldwin et al (2017) er det i særdeleshed bifobi, som gør sig gældende i sundhedsvæsenet, da en stigende

tendens til mangel på anerkendelse af biseksualitet gør, at biseksuelle patienter vil blive tildelt prædikatet 'homoseksuel' eller 'heteroseksuel' (s. 1183).

Kaestle og Ivory (2012) beskriver, hvordan denne usynlighed er gældende i det medicinske curriculum. Den historiske medikalisering af homoseksuelle har en enorm påvirkning på, hvordan biseksuelle bliver anskuet i det medicinske fag. Hsieh og Shuster (2021) beskriver, hvordan man ud fra et sundhedsfagligt perspektiv ser en tendens til, at kønslige- og seksuelle minoriteter kategoriseres som et medicinsk problem, der også refereres til som medikalisering. Medikalisering medfører en begrænsning af køn og seksualitet, når man forsøger at kategorisere minoriteter inden for den biomedicinske forståelsesramme (s. 320). Ifølge Hsieh og Shuster (2021) har disse forståelsesrammer vist sig at patologisere forskelle frem for at behandle ligeligt. Dette medfører, at kønslige- og seksuelle minoriteter ikke bliver anset som en naturlig kategori i sundhedsvæsenet (s. 320). Det skyldes, ifølge Kaestle og Ivory (2012), at intersektionalitet ikke anerkendes af medicinsk litteratur, hvoraf nuancer og diversitet ikke anerkendes blandt patienter.

Sundhedsvæsenets forsøg på at sætte prædikat på kønslige- og seksuelle minoriteter kritiseres af Baldwin et al (2017), da prædikaterne er kulturelle produkter med forskellige sociale værdier, der både kan være statiske og dynamiske (s. 1182). Køn og seksualitet er social konstrueret, flydende og dynamiske, samt er de oftest indbyrdes konstitueret ifølge Hsieh og Shuster (2021, s. 319). Dette eksemplificeres ved, at samfundet har en tendens til at kategorisere feminine mænd som homoseksuelle baseret på kønsbestemte udtryk. Dermed tydeliggøres det, hvordan kønsbestemte formodninger om identitet og seksualitet er en katalysator for ulighed i sundhedsvæsenet (Hsieh & Shuster, 2021, s. 319). Ydermere understreges det, hvordan kategorisering i sundhedsvæsenet både har fordele og ulemper for personale og patienter. Heraf hvordan prædikater kan tilbyde et fællesskab og bedre forståelse for ukendte sygdomme (s. 320). Dog er prædikaterne oftest til fordel for dem, der kan kategoriseres inden for de heteronormative forståelsesrammer.

## Minoritetsstress

Vi er blevet bekendte med dette begreb gennem de forskellige studier, hvilket vi berørte under introduktionen. Begrebet kortlægges ud fra både mentale og fysiske

karaktistika, der forekommer hos kønslige- og seksuelle minoriteter, hvortil det placeres under den fælles betegnelse: minoritetsstress (Steel et al 2017; Liu et al 2017; Kaestle & Ivory 2012; Sutherland 2021; Cipollina & Sanchez 2021). Teorien om minoritetsstress præsenterer de uligheder, som befinder sig mellem LGBT+ og heteroseksuelle individer. Endvidere har teorien tilegnet sig flere perspektiver, og benyttes blandt andet til at anskue fysiske og psykiske forskelligheder (Kneale et al, 2020, s. 1760). Forestillingen om at stress er relateret til sociale strukturer, er på den ene side intuitivt og på den anden konceptuelt vanskeligt. Det kan være problematisk at objektivisere stress, da dette afhænger af individets egen opfattelse og vurdering af hændelser. Ydermere beskriver Meyer (2003), hvordan det håndgribeliggøres ved, at man tilhører en sociosocial klasse, hvor der er behov for ændringer i perceptionen af ens eksistensgrundlag. Heraf kan dette konceptualiseres som stressfuldt, hvor det kan have både fysiske og psykiske konsekvenser (Meyer, 2003, s. 3) I forhold til det mentale helbred pointerer Steel et al (2017), at der i USA er blevet påvist et værre mentalt helbred hos transkønnede, homoseksuelle, lesbiske og biseksuelle individer i forhold til heteroseksuelle. Dette kan eksempelvis udtrykkes gennem en forhøjet risiko for depression, angst, isolation, afvisning og frygt for behandling (Sutherland 2021; Steel et al 2017; Kaestle & Ivory 2012). Effekten tærer også på det fysiske helbred hos minoritetspersoner, og ifølge Kaestle og Ivory (2012) er der også en forhøjet risiko for selvskade, misbrug, selvmord og vold. Selvom tilstanden af fysisk helbred hos minoritetsindivider er individuelt betinget, beskriver Meyer (2003), hvordan der kan opstå en sammenhæng mellem graden af minoritetsstress og hvilken del af LGBT+ akronymet, minoritetsindividet identificerer sig med. Hertil uddyber Meyer (2003), at der er større sandsynlighed for, at homoseksuelle kan opleve en højere grad af minoritetsstress end biseksuelle (s. 678).

Egede et al (2019) studie påpeger, at der også i en dansk kontekst er signifikant forskel i livsstils-, trivsels- og sundhedsmæssige udfordringer blandt kønslige- og seksuelle minoriteter sammenlignet med ciskønnede og heteroseksuelle. Egede et al (2019) problematiserer, hvordan LGBT+ personer af ovenstående årsager ikke benytter de tilbud, som kommer fra det offentlige sundhedssystem. Dog er det paradoksalt, at disse tilbud har en selvforstærkende effekt, da netop dét at modtage behandling som LGBT+ person kan være ubehageligt, usikkert og fremtvinge

symptomer på minoritetsstress. Heriblandt at sundhedspersonalet anvender forkerte pronominer, kommer med upassende ytringer og nedværdigende kommentarer om patientens seksuelle oplevelser og livsstil (Sutherland, 2021, s. 2). Dette afføder, at LGBT+ patienter i højere grad udsættes for minoritetsstress, da manglen på anerkendelse af deres kønslige- og seksuelle identitet påvirker deres eksistensberettigelse (Sutherland 2021; Kaestle & Ivory, 2012). Manglen på korrekt tiltale frembringer en barriere mellem kønslige- og seksuelle minoriteter og sundhedspersonalet. Netop denne barriere er, ifølge Sutherland (2021), evidens for, at personalet mangler den rette kommunikative træning for at yde en tilstrækkelig behandling (s. 2). I situationer som disse, vil det have konsekvenser for relationen mellem patienten og den sundhedsprofessionelle. Samtidig vil LGBT+ patientens antagelser om den sundhedsprofessionelles bias i forhold til minoriteter være problematisk for relationen. I Sutherlands (2021) undersøgelse tydeliggøres det, hvad betydningen af et positivt møde med sundhedspersonalet gør for transseksuelle individer. Når disse i sundhedsvæsenet oplever imødekommenhed og åbenhed fra sundhedsprofessionelle, kan dette have en positiv indflydelse på både psykisk og fysisk helbred, interpersonelle relationer og livskvaliteten (s. 1).

### Kommunikative kompetencer

Den interpersonelle kommunikation mellem behandler og patient har en afgørende rolle, når det kommer til at tilvejebringe et rum, hvor lige behandling, anerkendelse og positive oplevelser faciliteres. I en undersøgelse fra 2020 tydeliggjorde Pratt-Chapman og Phillips, at medicinstuderende i USA mangler kommunikativ træning og undervisning, der forbereder dem på mødet med kønslige- og seksuelle minoritetspatienter. For nuværende er der i gennemsnit fem timers undervisning omhandlende helbredet af kønslige- og seksuelle minoriteter i det amerikanske curriculum. For at understrege problematikken af dette, adspurgte Pratt-Chapman og Phillips (2020) 138 medicinstuderende om, hvorvidt de følte, at de havde konkret viden og kommunikative værktøjer til at imødekomme minoritetspatienters behov. Hertil var det blot én ud af fem, der følte sig tilstrækkeligt forberedt (Pratt-Chapman & Phillips, 2020, s. 419). Dermed understreger Pratt-Chapman og Phillips (2020), at en ændring er nødvendig for, at fremtidigt sundhedspersonale kan udøve en tilstrækkelig behandling af LGBT+ patienter. Dette vil samtidig bidrage til en



samfundsmæssig ændring, hvor minoritetsindivider i mindre grad vil opleve minoritetsstress fra social stigmatisering og diskrimination (s. 420). Egede et al (2019) peger i deres danske rapport på, hvordan manglende uddannelse er en barriere i forhold til at behandle LGBT+ patienter i almen praksis. Dette skyldes, at de praktiserende læger ikke føler sig kvalificerede til at skabe gode vilkår for LGBT+ patienten (s. 93).

I behandlingen af transseksuelle og non-binære individer mener forskere, at der i højere grad skal være fokus på behandlerens kulturelle kompetencer frem for dennes evidensbaserede kvalifikationer (Holt et al, 2020, s. 1). Dette skyldes, ifølge Holt et al (2020), at behandlingen af LGBT+ patienter opererer i et krydsfelt mellem fysisk og psykisk pleje (s. 2). Det påvises yderligere af Pharr et al (2019), hvordan behandlingen af LGBT+ patienter kræver, at personalet skal være sensitive i forhold til mentalt helbred (s. 727). Dermed understøttes det, hvordan behandleren skal have en vis kulturel kompetence for at yde en tilstrækkelig behandling. Det betragtes som kulturel kompetent omsorg, når en behandler kan facilitere et rum, hvor LGBT+ individer føler sig trygge nok til at tilkendegive deres seksuelle orientering (Kashaf et al, 2018, s. 943). Ydermere er det kun halvdelen af praktiserende læger, der rutinemæssigt adspørger deres patienter om seksuel orientering (Kashaf et al, 201, s. 944). Størstedelen af LGBT+ patienter viser interesse for at have en samtale med deres læge omkring seksuel identitet, dog er den gennemgående holdning, at disse patienter ikke ønsker formodningerne om deres seksualitet fra lægens side (Kashaf et al, 2018, s. 944). Den interpersonelle kommunikation bliver også et vigtigt led i det danske sundhedsvæsen for at kunne udføre en behandling på kønslige- og seksuelle minoriteter. Heri er en åben og fordomsfri tilgang essentiel for at opnå tilstrækkelig behandling (Egede, 2019, s. 38). Egede et al (2019) pointerer, at forskningen mangler at belyse særligt interkønnede og biseksuelle, da der er grundlag for yderligere forskning omkring disse minoriteter (s. 39).

## Løsningsforslag

Vi lever i et samfund med diversitet i seksuelle interesser, adfærd og identiteter, og der er derfor et behov for fleksibilitet fra sundhedsvæsenets side (Fuzzell et al, 2016, s. 1467). For særligt de unge, kan lægerne spille en signifikant rolle i at uddanne om seksuel lyst og -identitet. Et amerikansk studie fra 2016 tydeliggør, at en læge i

gennemsnit bruger 36 sekunders konsultationstid på at diskutere emner omhandlende seksualitet med unge patienter, selvom de unge udviser interesse i disse samtaler (Fuzzell et al, 2016, s. 1467). Ifølge Fuzzell et al (2016) vil det hovedsageligt gavne yngre minoritetspersoner at tale med en læge omkring seksualitet, da de i højere grad lider af fysiske og følelsesmæssige sundhedsproblemer sammenlignet med yngre, ikke-minoritetspersoner (Fuzzell et al, 2016, s. 1467). Da det er langt fra alle unge minoritetspersoner, der modtager nødvendig støtte hjemmefra, ville det være gavnligt at kunne betro sig til en læge omkring seksualitet, velvidende at samtalen ville være fortrolig (Fuzzell et al, 2016, s. 1467)

Dichter et al (2019) påtaler også kommunikation som et vigtigt redskab for tilstrækkelig behandling. Heri vil træning gennem brugen af kommunikative værktøjer øge behandlingens kvalitet og sikre et rum for LGBT+ patienten uden frygt for diskriminerende adfærd. Dermed tydeliggøres det, at manglen på disse samtaler i kombination med den svingende kvalitet er problematisk for behandlingen. Fuzzell et al (2016) demonstrerer i sin undersøgelse, at de yngre minoritetspersoner har et behov for, at der bliver skabt et fortroligt og behageligt rum, hvor de bliver mødt med respekt og korrekt retorik. På denne måde elimineres den berøringsangst, der kan være hos LGBT+ patienten, når det kommer til samtalen om seksuel orientering og kønsidentitet. Det er helt essentielt, at disse problematikker løses, da det påvirker måden, hvorpå de unge opfatter sig selv og sundhedsvæsenet som helhed (Fuzzell et al, 2016, s. 1471).

Når personalet møder patienten, er det ifølge Kattari et al (2015) væsentligt, at man inkluderer og inddrager intersektionalitet i sit perspektiv og tilgang som sundhedsprofessionel. Kattari et al (2015) præsenterer vigtigheden af intersektionalitet i mødet med patienten, da den intersektionelle teori hævder, at ethvert individ har flere identiteter, både i grupper med social dominans, og i grupper der er socialt marginaliserede. Intersektionalitet skal derfor, ifølge Kattari et al (2015), tages højde for i mødet med en patient, da dette kan afgøre hvilket socialt miljø, der skal navigeres i som sundhedsprofessionel.

Noonan et al (2021) præsenterer et standardiseret patient-scenarie, der har til formål at skulle styrke medicinstuderendes egenskab til at udøve en anerkendende

behandling for minoritetspatienter. Heraf beskriver Noonan et al (2021), hvordan en bekræftende behandling af særligt transseksuelle patienter ikke bare har betydning for deres fysiske velvære, men også det psykiske aspekt af at føle sig anerkendt. Med et udgangspunkt i minoritetsstress, kombinerer Liu et al (2017) ofte dette med intersektionalitet for at påvise, hvordan ulighed blandt minoritetspatienter stadig eksisterer i samfundet, men især i sundhedsvæsenet i USA (s. 636). Selvom der tilføjes et bredere, fagligt pensum på medicinuddannelsen omkring behandling af LGBT+ patienter, vurderer både studerende og undervisere, at dette i sig selv ikke vil være fyldestgørende (Liu et al, 2017). De studerende efterlyser førstehånds, klinisk erfaring med minoritetspatienter. Dermed skal det standardiserede patient-scenarie ske i kombination med klinisk erfaring, hvorved sundhedspersonalet vil være bedst muligt forberedt på mødet med en minoritetspatient (Liu et al, 2017). Det kan accelerere den positive samfundsudvikling, hvis studerende allerede under deres uddannelse har adgang til et videreudviklet pensum af tidssvarende, fagligt indhold om minoritetspatienter. Samtidig med at der også tilbydes et rum, hvor de studerende kan opnå klinisk erfaring. Dette understøttes af Noonan et al (2021), da studier viser, at studerende, der får lov til at behandle og være i kontakt med LGBT+ patienter, i højere grad har en ændret tilgang og perception af kønslige- og seksuelle minoriteter (s. 120).

Liu et al (2017) opfordrer til, at behandlingssteder og sundhedsvæsenet indfører en politik, der skal sikre lige behandling for minoritetspatienter. Der skal dermed integreres forskellige instanser, som sikrer minoriteter mod diskriminerende adfærd (Liu et al, 2017, s. 634). Et mere konkret initiativ fremlægges af Nair et al (2021), som foreslår en standardisering af indskrivningsblanketten, SOGI. Sundhedspersonalet skal ifølge Nair et al (2021) på forhånd tilkendegive, om de som behandlere er komfortable og kompetente til at udøve behandling på LGBT+ patienter. Dette kan blive paradoksalt, da sundhedspersonalet, i dette løsningsforslag, kan stille krav til, hvem de vil udøve behandling på udelukkende baseret på egen, individuelle overbevisning. Heraf om dette blot konstruerer en større barriere mellem minoritetspatienter og sundhedspersonalet, eller om det i virkeligheden formindsker uligheden af behandlingskvalitet (Nair et al, 2021, s. 420).

Dichter et al (2019) foreslår en anden integreret rutine, der skal indsamle data om patienters seksuelle overbevisning og kønsidentitet (s. 617). For nuværende mangler der en standardisering, der kan indsamle denne information, hvilket blandt andet skyldes, at LGBT+ patienter tilbageholder informationer for at undgå stigmatisering.

Det understreges i flere forskningsartikler, at det ikke blot er sundhedsvæsenet, der kan få gavn af at implementere en standardiseret rutine for minoritetspersoner. Noonan et al (2021) beskriver, hvordan andre institutioner i samme grad burde tilføje en tilsvarende standardisering, da en øget disponering af, hvordan individer skal forholde sig til kønslige- og seksuelle minoriteter, vil kunne trække samfundet i en mere progressiv retning (s.118). Ydermere fremhæves det, at et imødekommende og liberalt sundhedsvæsen vil medføre, at trans-patienter vil have nemmere ved at navigere i andre samfundsmæssige institutioner, da sundhedsvæsenet udgør en fundamental struktur for samfundet (Sutherland, 2021, s. 18). Ulighederne i sundhedsvæsenet kan og skal derfor også imødegås gennem ændring og normalisering i politik, forskning og sundhedspraksis, der tilgodeser LGBT+ individers behov. Det er en nødvendighed, at det sundhedsfaglige personale tilegner sig mere viden om LGBT+ patienters sundhed, hvor dette, kombineret med strukturelle ændringer og forståelse, kan skabe et sundhedsvæsen, der rummer alle individer uagtet deres seksuelle orientering og kønslige identitet (Zeeman et al, 2019, s. 974). Dog er normalisering ikke opnået endnu, hvorfor Noonan et al (2021) beskriver, at minoriteter stadig skal være varsomme med at opgive sin seksualitet og kønsidentitet i indskrivningsblanketten. På den måde undgår LGBT+ patienten uforudsigelige og ubehagelige oplevelser i mødet med den sundhedsprofessionelle.

## Opsummering

Gennem ovenstående er det blevet os bekendt, at en heteronormativ forudindtagethed bliver anset for at være en drivkraft for uligheden i sundhedsvæsenet for kønslige- og seksuelle minoriteter. Der opstår en strukturel undertrykkelse, når det heteronormative sundhedsvæsen opererer ud fra et binært kønssystem, hvor forudindtagethed og kategoriseringer skal forsøge at få LGBT+ personer til at efterligne majoriteten.

Ovenstående litteraturreview har tydeliggjort, at LGBT+ patienter står overfor et valg, når de opsøger sundhedsvæsenet. Minoritetspatienter skal afgøre, hvorvidt de ønsker at tilkendegive deres kønslige- og seksuelle identitet til den sundhedsprofessionelle. LGBT+ patienten skal dermed forholde sig til, om de ønsker at modtage en korrekt og tilstrækkelig behandling, men risikere at udsætte sig selv for stigmatisering og diskrimination. Dermed skabes der et forbehold for at tilkendegive sin kønslige- og seksuelle identitet baseret på frygt, hvor dét at efterligne majoriteten, for at passe ind i det heteronormative sundhedsvæsen, giver den letteste adgang til en diskriminations- og stigmafri behandling.

Dét at afgive prædikater, der taler ind i heteronormativiteten, er med til at styrke den patologiserende diskurs, som den medicinske verden har sit udgangspunkt i. Diskursen understøttes af, at der har været en historisk betingethed i sundhedsvæsenet, hvor sundhedsprofessionelle forsøger at medikalisere ved at intervenere med kønslig- og seksuel identitet. Dette kan have konsekvenser for patienten, hvis den sundhedsprofessionelle forsøger at gøre et individs eksistensgrundlag til et symptom, der skal behandles. En hyppig konsekvens af dette vil eksempelvis være minoritetsstress, hvor manglen på anerkendelse af patientens identitet kan manifestere sig i det mentale helbred. Derudover kan konsekvenserne af minoritetstress også påvirke det fysiske helbred, hvor længere tilstedeværelse i social ulighed øger risikoen for selvskade, depression, misbrug, selvmord og vold. Dermed er patologiseringen yderst problematisk, når sundhedsvæsenet forsøger at pålægge patienten en fejlagtig kategorisering, der udkommer fra et binært kønssystem. Herigennem vil den mangelfulde repræsentation fungere som en katalysator for minoritetsstress hos LGBT+ patienter. For at formindske patologiseringen er det nødvendigt, at der skabes et mulighedsrum, hvor der fokuseres på en forbedring af den kommunikative træning af sundhedspersonale, mere fleksibilitet samt standardiserede patient-scenarier, så de sundhedsprofessionelle har konkrete erfaringer at trække på.

Det er et komplekst krydsfelt, hvor forsigtighed og hensyntagen over for minoritetspatienter kan have en positiv effekt - eller den komplet modsatte. Det kræver en kulturel og social kompetence for at kunne navigere mellem den psykiske og fysiske omsorg, som størstedelen af minoritetspatienter efterstræber.

Minoritetspatienter vil oftest have været udsat for diskriminering og stigmatisering i det gængse, heteronormative samfund, hvorfor dette kan manifestere sig som et iboende traume hos patienten, før denne overhovedet søger behandling. Dermed skaber dette yderligere en barriere, hvortil man kan diskutere, om den sundhedsprofessionelle overhovedet kan udøve en tilstrækkelig behandling, eller om patienten allerede har givet behandleren et stigmatiserende prædikat.

## Casebeskrivelse

Det empiriske grundlag for indeværende speciale består af otte interviews med sygeplejersker i det danske sundhedsvæsen, der repræsenterer forskellige afdelinger på hospitaler i Region Hovedstaden. Vi vælger at interviewe sygeplejersker fra forskellige praksisser for at kunne se, hvordan forskellige problematikker opstår ud fra hver sygeplejerskes individuelle praksis. Vi anskuer sygeplejerskerne som repræsentanter for det danske sundhedsvæsen, og de bidrager dermed til et lille udsnit af et helhedsbillede. Ved at have otte interviewpersoner fra forskellige afdelinger, kan vi sammenholde sygeplejerskernes oplevelser og forståelser med deres specifikke, faglige ekspertise. Dette gøres med henblik på at få et indblik i deres erfaringer med LGBT+ patienter. Kontakten til vores otte sygeplejersker blev etableret gennem Facebook-gruppen 'Jeg er sygeplejerske', der har 29.000 medlemmer. En forudsætning for medlemskab i gruppen er, at man skal være færdiguddannet sygeplejerske. Et kriterie for at deltage i interviewet var, at sygeplejerskerne skulle være færdiguddannede og arbejde i Region Hovedstaden, da vi er interesseret i deres praksiserfaring. Dermed fravælger vi sygeplejersker under uddannelse. Vi vælger at fokusere på færdiguddannede sygeplejersker, da de har mere patienterfaring end en sygeplejerskestuderende, hvortil vi forventer, at de har mødt og behandlet flere LGBT+ patienter. Her udsendte vi en invitation til interview med en kort forklaring om, hvad specialet centrerer sig om (Bilag 3). For at sikre vores interviewpersoners anonymitet, vil de fremgå ud fra initialer (Bilag 4).

- **SA** på Neurologisk akutmodtagelse.
- **JA** på Infektionsmedicinsk afdeling.
- **HE** på Hjertemedicinsk afdeling.
- **EM** på Gastroenheden.

- **CH** på Blodprøve- og testtagning.
- **AM** på Gynækologisk akutmodtagelse.
- **AN** på Børne- og ungdomspsykiatrien.
- **AA** på Børne- og ungeafdelingen, sengeafsnit.



KAPITEL 3  
METHODE



## Metode

I følgende afsnit vil vi redegøre for specialets metodevalg og de metodiske overvejelser, vi har gjort os i forbindelse med vores litteratursøgning, valg af undersøgelses- og interviewmetode samt i behandlingen af vores data.

### En metodisk tilgang til litteratursøgning

Vi vil i følgende afsnit præsentere vores metodiske tilgang til litteratursøgning, herunder hvilke databaser samt inklusions- og eksklusionskriterier vi har anvendt i vores søgning. Hertil vil vi gennemgå søgeprocessen fra start til slut, samt hvilke resultater denne gav os. Vores udvalgte artikler er tilgængelige i Bilag 1g, hvor vi tydeliggør vores tematiske opdeling af artiklerne for at skabe et overskueligt litteraturreview. Alle disse elementer gik forud for selve fremstillingen af litteraturreviewet, og var helt essentielle for at sikre et stærkt vidensgrundlag at basere vores review på. Vi ønsker at give et transparent indblik i vores søgeproces og litteraturudvælgelse. Vi er dermed bevidste om, at vores fremstilling af processen uundgåeligt vil beskrive dele af processen mere fyldestgørende end andre. Derfor findes hele vores litteratursøgning, trin for trin, i Bilag 1.

Grant og Booth (2009) definerer review som følgende: "To view, inspect, or examine a second time or again" (s. 92). Der findes adskillige metoder for, hvorledes man kan foretage et review, herunder litteraturreviewet som indeværende speciale arbejder med. Et litteraturreview eftersøger at indsamle og undersøge udgivet materiale i form af nyere eller aktuel litteratur (Grant & Booth, 2009, s. 97). Vi arbejder med et litteraturreview, så vi kan indsamle viden omkring vores felt og kortlægge landskabet over den eksisterende forskning. Dette hjælper os til at forstå, hvad tidligere forskning allerede har afdækket, og hvor der er eventuelle mangler (Grant & Booth, 2009, s. 97). Ved at summere forskningen inden for feltet, undgår vi eventuelle overlap, samt får vi en bevidsthed om, hvordan vores speciale kan bidrage til feltet. Ydermere er hensigten at blive klogere på, hvordan problemstillinger, der er lig vores, tidligere er blevet grebet an, herunder hvilken metode og teori der er blevet arbejdet ud fra.

Litteraturreviewet som metode sætter ikke mange begrænsninger for forskeren, da man med denne metode kan afdække et utal af emner, hvor både kvalitative og kvantitative artikler kan anvendes. Med denne metode benyttes der som oftest 'peer reviewed' artikler for at sikre, at det udvalgte materiale er af en vis kvalitet (Grant & Booth, 2009, s. 97). Ifølge Grant og Booth (2009) har litteraturreviewet typisk en narrativ opbygning, omend den er kronologisk, tematisk eller konceptuel (s. 94). I indeværende speciale vælger vi at arbejde med en tematisk opdeling, hvilket skal skabe overblik og sammenhæng i vores litteraturreview.

### Systematisk litteratursøgning

I arbejdet med vores litteraturreview foretager vi en systematisk litteratursøgning. Med denne tilgang går man struktureret til værks, og udformer evidensbaserede retningslinjer for at finde frem til de mest velegnede artikler (Grewal et al, 2016, s. 635). I denne del af processen udvælger vi relevante databaser, søgeord og søgemetoder, hvor vi fortsat har specialets problemstilling for øje. Litteratursøgning kan være en overvældende og tidskrævende proces, hvortil det kan være en fordel at anvende søgemodeller eller værktøjer, der overskueliggør processen (Grewal et al, 2016, s. 636). Nedenfor vil vi udfolde vores valg af søgedatabaser, søgeord samt søgemetode, hvortil vi vil begrunde vores beslutninger.

### Valg af søgedatabaser

Vi startede vores søgeproces ved at tilgå Aalborg Universitetsbiblioteks hjemmeside (aub.aau.dk). Når vi begynder søgeprocessen gennem AUB, får vi muligheden for at anvende vores AAU-login, hvilket giver adgang til akademiske tekster i fuld længde samt databaser, vi ikke ville kunne tilgå uden et universitetslogin. På denne måde bliver vores søgemuligheder udvidet og chancen for at finde kvalitetsartikler større. AUB tilbyder samtidig et overblik over alle de databaser og udbydere, de har abonnement på. Det er værd at tage sig tid til at vælge den korrekte database, da disse indeholder referencer ud fra veldefinerede og afgrænsede emneområder (Buus et al, 2008, s. 3). Det var derfor relevant at anvende AUB's funktion, da vi her fik muligheden for at vurdere de forskellige databaser op mod hinanden, og derfra vælge den der var mest relevant for vores problemformulering. Her kan man vælge at gennemgå databaserne efter navn, type eller emne, hvortil vi valgte emnet 'idræt,

medicin og sundhed', der kom nærmest vores interessefelt omhandlede sygeplejerskers behandling af minoriteter i sundhedsvæsenet. Under dette emnefelt kunne vi vælge mellem 57 forskellige databaser, hvorfra vi udvalgte Academic Search Premier, en database indekseret i EBSCOhost. Grundlaget for dette valg er, at vi her får en tværfaglig database, der tilbyder artikler i fuldttekst fra mere end 3.100 tidsskrifter, herunder 2.750 peer-reviewed tidsskrifter. Den videnskabelige information, Academic Search Premier tilbyder, er omfangsrig, og vi kan derfor finde akademiske undersøgelser inden for et utal af felter, såsom biologi, videnskab, psykologi og sundhed. Derudover er det unikke for denne database, at man her finder megen kritisk information, hvorved vi kan anskue vores emner ud fra et nuanceret perspektiv (AUB, 2022, ¶Databasesøgning). Vi finder dette nuancerede perspektiv nødvendigt, da feltet, vi undersøger, er komplekst, og bliver anskuet ud fra flere paradigmer. Vi ønsker ikke at adskille det sociale og identitetsmæssige aspekt fra det biologiske, men i stedet vil vi betragte, hvordan de spiller sammen og påvirker hinanden.

### Udvalgte søgeord

En essentiel del af søgeprocessen er at kortlægge, hvilke søgeord man vil benytte ved at tage udgangspunkt i sin problemstilling. Grewal et al (2016) anser søgeordene som fundamentet for en fyldestgørende litteratursøgning, da det er disse, resultaterne baserer sig på (s. 637). For at komme vores søgeord nærmere, stillede vi os selv spørgsmålet: Hvad vil vi gerne have viden omkring? Dette spørgsmål affødte tre overordnede kategorier, der centrerer sig om vores problemformulering og det emnefelt, vi opererer indenfor. De tre kategorier vores søgning skulle indeholde, lyder som følger:

- 1) Sundhedsvæsenet
- 2) Ulighed
- 3) Repræsentation af minoriteter

Herefter nedfældede vi søgeord, der lægger sig under ovenstående kategorier. Dertil fandt vi synonymer, samt associationsord, for vores søgeord. Dette gjorde vi for at sikre os, at vi foretager en skarp søgning, og får indfanget så mange relevante

artikler som muligt. Ved at anvende synonymer for de enkelte søgeord, udvider vi vores søgning, da vi finder artikler, som referer til enten det oprindelige søgeord eller ét af synonymerne (Grewal et al, 2016, s. 638). Vi valgte kun at anvende engelske søgeord, da dette vil resultere i et større søgeresultat, end hvis vi havde valgt udelukkende danske søgeord. Da et abstract, og som oftest keywords, er skrevet på engelsk, udelukker den engelske søgning ikke muligheden for at finde danske artikler. Vores tre kategorier, og deres dertilhørende søgeord, er indskrevet i skemaet nedenfor:

SUNDHEDSVÆSENET søgeord	ULIGHED søgeord	REPRÆSENTATION søgeord
Health care	Health disparity	Minority
Treatment	Inequality	Representation
Patient	Discrimination	Identity
Health Care Professional	Stigma	Sexuality
Procedure	Taboo	Gender
Culture		Sex
Hospital		LGBTQ
Relation		Homosexual
		Trans
		Gay
		Lesbian
		Binary

Skema 1: søgeord

## Den anvendte søgemetode

For at sikre en effektiv og overskuelig søgning, valgte vi at benytte søgemetoden *struktureret bloksøgning* (Grewal et al, 2016, s. 638). Her indsætter man sine udvalgte søgeord i en database, så man kan finde litteratur inden for et særligt område. Hertil kan man anvende de tre booleske operatører 'AND', 'OR' og 'NOT' til at skabe en defineret søgning, der rammer det emnefelt, man ønsker at undersøge (Grewal et al, 2016, s. 638). Man benytter 'AND', når et søgeord skal være at finde i teksten, 'OR' placeres mellem de ord, der er synonyme for hinanden og 'NOT' tilføjes før et ord, man ønsker at undgå i sin søgning (Grewal et al, 2016, s. 638). I indeværende speciale anvender vi PICO modellen. Denne er for at foretage vores strukturerede bloksøgning ved at opbygge en søgematrice, der er udgjort af tre facetter (Stern et al, 2014, s. 54). Første facet repræsenterer vores udvalgte 'Population', andet facet udgør 'phenomenon of Interest' og det tredje facet indrammer 'Context' (Stern et al, 2014, s. 54). Stern et al (2014) beskriver, hvordan PICO modellen er relevant for dem, der ønsker at undersøge menneskelige erfaringer og sociale fænomener (s. 54). I vores tilfælde vil vi se nærmere på sygeplejerskers oplevelser i mødet med patienter, der tilhører en kønslig- og seksuel minoritetsgruppe, hvortil vi fandt denne model særligt anvendelig. I afsnittet 'udvælgelse af litteratur' vil vi udfolde, hvordan PICO modellen bliver benyttet i dette speciale, samt illustrerer vores søgematrice.

## Inklusions- og eksklusionskriterier

For at beslutte hvilke artikler, der skal indgå i litteraturreviewet, kan man opsætte inklusions- og eksklusionskriterier for publikationerne. Ved at sætte klare kriterier op, fastsætter man både reviewets fokus og begrænsninger, samt kan det overskueliggøre antallet af litterært materiale, der skal inddrages (Stern et al, 2014, s. 56). I dette speciale har vi derfor valgt at opstille egne inklusions- og eksklusionskriterier. Inklusionskriterierne er, at de publikationer, der anvendes, skal være peer reviewed for, at materialet gennemgår en kvalitetssikringsproces. Vi er bevidste om, at blot fordi en artikel ikke er peer reviewed, er det ikke ensbetydende med, at den er ugyldig eller af dårlig kvalitet. Vi finder dog en tryghed i, at de publikationer, vi anvender, er bedømt af fagfæller for at sikre litteraturreviewets akademiske kvalitet. Samtidig inddrager vi kun danske og engelske tekster, da

indeværende speciale hverken har tiden eller de økonomiske ressourcer til at få litteraturen oversat. Vi vælger at ekskludere materiale, der centrerer sig om ikke-vestlige lande og samfund. Dette gør vi, da specialet arbejder med kønslige- og seksuelle minoriteter, der bliver behandlet og omtalt meget forskelligt alt afhængigt af, om det er vestlige eller ikke-vestlige lande, der fokuseres på. Da dette speciale fokuserer på det danske sundhedssystem, valgte vi at sætte en begrænsning her. Vi fravælger ydermere artikler, hvis centrale fokus er på ulighed i forbindelse med stofmisbrug, HIV, rygning, selvmord og etnicitet. Dette gør vi, da disse emner ligger for langt fra specialets hovedfokus på sygeplejerskers erfaringer med LGBT+ patienter i forhold til køn og seksualitet. Omend vi fravælger disse emner, tilbyder artikler med ovenstående fokus stadig relevant viden for os gennem tilstedeværelsen i søgningen. Disse artikler, og særligt det høje antal af dem, cementerer feltets kompleksitet og tydeliggør, hvordan minoritetsstress er et perspektiv, der undersøges i flere henseender.

#### Udvælgelsesprocessen - trin for trin

I dette afsnit vil vi udfolde vores søgeproces, fra indledende til endelig søgning, og de resultater vi fik derfra. Da vi havde udvalgt både database, søgeord samt søgemetode, foretog vi vores indledende søgning. Den første søgning resulterede i 58 hits, hvoraf 45 artikler var peer reviewed, og én af disse var skrevet på fransk. Vi stod derfor med 44 resultater. Ved blot at gennemgå overskrifter, blev vi hurtigt opmærksomme på, at en stor del af artiklerne fokuserede på HIV, stofmisbrug og etnicitet, hvilket var tre af vores eksklusionskriterier. Vi besluttede derfor at foretage en ny og udvidet søgning for at sikre, at vi havde nok relevante artikler at arbejde med, når vores inklusions- og eksklusionskriterier får materialet afgrænset. Dette ledte til vores anden og endelige søgning, der er fremvist i skemaet nedenfor, præcis som det er søgt frem.

	Health care AND minorit*	
AND	"Health disparit*" OR Inequalit* OR Discriminat* OR Stigma* OR Taboo OR Relation* OR treatment* OR Patient OR "health care professional" OR Procedure OR Culture OR hospital	KW author- Supplied keywords
AND	Representat* OR Identit* OR Sexualit* OR Gender OR Sex OR Igbtq OR homosexual OR trans OR binary OR gay OR lesbian OR "sexual health"	KW author- Supplied keywords

Skema 2: den endelige søgning

I denne søgning repræsenterer første facet vores udvalgte population: minoriteter. Andet facet udgør de fænomener, vi er interesserede i at undersøge, nemlig repræsentation af køn, ulighed og stigmatisering indenfor vores kontekst. Denne kontekst er sundhedsvæsenet, som illustreres i tredje facet. Her valgte vi, at søgeordene under andet facet skulle være at finde i artiklernes keywords. Det gjorde vi med henblik på at finde artikler, der ikke blot benævnte disse søgeord som et sekundært emne, men hvor søgeordene var helt centrale for artiklens fokus. Med denne søgning fik vi 238 hits, og da vi havde selekteret efter sprog, samt hvorvidt publikationen var peer reviewed, stod vi tilbage med 230 resultater. Herfra organiserede vi vores søgeresultater ved at samle alle overskrifter, og dertilhørende links, i et excel-ark (Bilag 1g, Proces 1). Som det næste led i udvælgelsesprocessen, gennemgik vi alle overskrifter, og fravalgte artikler, vi allerede her kunne se, ikke levede op til vores kriterier (Bilag 1g, Proces 2). Var der usikkerhed omkring, hvorvidt en artikel var relevant eller ej, valgte vi at beholde den i denne del af processen. Efter at have selekteret på baggrund af overskrifter, endte vi på 88 resultater (Bilag 1g, Proces 3). De blev derefter vurderet ud fra abstract, og udvælgelsesprocessen ledte til 27 endelige resultater, som alle kan tilgås i Bilag 1g under proces 4.

## Casestudiet som undersøgelsesmetode

Til at undersøge og belyse indeværende speciales problemfelt og problemformulering, vælger vi at arbejde med et casestudie. Yin (2014) beskriver, hvordan casestudiet som undersøgelsesmetode bidrager til forståelsen af individuelle, gruppeorienterede, organisatoriske, sociale og politiske fænomener (s. 4). Casestudiet har sin berettigelse, når der er et behov for dybdegående undersøgelser af komplekse fænomener i den kontekst, hvori de eksisterer (Yin, 2014, s. 4). I dette speciale ønsker vi at afdække fænomenet, der er sygeplejerskens erfaringer og oplevelser med LGBT+ patienter i det danske sundhedsvæsen. Casestudiet defineres som en dybdegående empirisk undersøgelse af et nutidigt fænomen og dennes virkelighed samt kontekst, hvor grænserne mellem fænomen og kontekst kan anses som uklare (Yin, 2014, s. 16). Vi er bevidste om, at vi opererer i et komplekst felt, da sundhedsvæsenet i sin grundessens arbejder ud fra en heteronormativ tilgang. LGBT+ personer har gennem tiden oplevet megen diskrimination og stigmatisering, da de ikke tilfalder det heteronormative system, og præmissen om køn som en binær instans forkastes. Vi har derfor også en formodning om, at vi fra sygeplejerskernes side kan opleve en vis berøringsangst og usikkerhed omkring emnet. Vi fandt det derfor relevant at undersøge fænomenet gennem et casestudie, hvor vi i mødet med sygeplejerskerne kan skabe et tillidsfuldt rum, som muliggør en mere dybdegående og detaljerig vidensindsamling. Hermed får vi en mere indgående viden omkring fænomenet, end hvis vi eksempelvis havde udsendt en survey til et højt antal sygeplejersker, hvor vores spørgsmål var blevet besvaret mere overfladisk.

Casestudiet som undersøgelsesmetode har været genstand for megen kritik, da det ikke anses som et generaliserbart grundlag, der kan bidrage til den videnskabelige viden. Dette skyldes, at det indbyder til for megen bias fra forskerens side. Hertil produceres der her kun kontekstafhængig viden, der, i forskningsøjemed, ikke er lige så værdifuldt som kontekstafhængig viden. Ifølge Flyvbjerg (1991) er dette en unuanceret forståelse af, hvad casestudiet kan tilbyde. Flyvbjerg (1991) argumenterer for, at der i studiet af mennesker og samfund ikke eksisterer en regulær kontekstafhængig viden, hvilket er forudsætningen for den epistemiske teoridannelse (s. 142). Forudsat at mennesker kun blev oplært i den



kontekstafhængige viden, ville vores læringsproces stagnere på et begynderniveau (Flyvbjerg, 1991, s. 142). Som forsker er casestudiet vigtigt for at opnå en nuanceret opfattelse af virkeligheden og den menneskelige adfærd, der ikke kan anskues meningsfuldt, hvis den blot reduceres til fakta og regelstyrede handlinger (Flyvbjerg, 1991, s. 143). Vi finder belæg for at anvende casestudiet som undersøgelsesmetode, da vi netop er interesserede i den konkrete, praktiske og kontekstafhængige viden, som casestudiet tilvejebringer, for at kunne opnå en bedre forståelse af vores fænomen.

### Det komparative element

Som forklaret i casebeskrivelsen, baserer indeværende speciale sig på kvalitative interviews med sygeplejersker i det danske sundhedsvæsen fra forskellige afdelinger, hvortil vores undersøgelsesmetode indebærer komparative elementer. Et komparativt studie karakteriseres ved, at man anvender den samme forskningsmetode til at undersøge et fænomen i to eller flere miljøer. Formålet med dette er, at man ved at sammenligne dem med hinanden får en yderligere indsigt og et nyt perspektiv på det fænomen, man undersøger (Bryman, 2016, s. 64). Specialet centrerer sig om at indfange viden om vores givne fænomen. Samtidig er vi interesserede i at undersøge, om sygeplejerskernes tilgang til LGBT+ patienter er anderledes grundet en forskellighed i deres sundhedsfaglige baggrund og praksis. Bryman (2016) argumenterer for, hvordan det netop er i sammenligningen mellem to kontrastfulde situationer, at man får en bedre forståelse for et socialt fænomen (s 65). Vi betragter vores undersøgelse som ét overordnet casestudie, hvori der indgår et komparativt element, og finder det interessant at undersøge, hvor meget den sundhedsfaglige kontekst påvirker sygeplejerske erfaringer med LGBT+ patienter.

### Interviewmetode

Vi vil i dette afsnit præsentere, hvilken interviewmetode indeværende speciale anvender til at indfange vores empiriske materiale, samt redegøre for vores overvejelser i forbindelse med denne dataindsamling.

## Den kvalitative tilgang

I indeværende speciale arbejder vi ud fra en kvalitativ tilgang, idet specialets datagrundlag er kvalitative forskningsinterviews. Vi undersøger sundhedsvæsenets forståelse og behandling af LGBT+ patienter gennem sygeplejerskernes oplevelser med denne patientgruppe. Vi er interesserede i at undersøge, hvilke problematikker der opstår, når dette fænomen finder sted i det danske sundhedsvæsen. Vi eftersøger at belyse fænomenet, og de forekomne problematikker, for at tillægge os ny viden om fænomenet, hvilket placerer os i en kvalitativ tilgang (Justesen & Mik-Meyer, 2010. s. 17). Kvalitative interviews kan være nyttige, når man ønsker at få viden om menneskers holdninger, meninger og oplevelser eller få en indgående forståelse for en given livssituation (Tanggaard & Brinkmann, 2010, s. 29). Tanggaard og Brinkmann (2010) hævder, at interviewforskningen, såfremt denne udføres kompetent, er en af de mest effektive måder at forstå vores medmennesker på (s. 30). Når vi arbejder ud fra den kvalitative tilgang, har vi hverken et ønske om eller mulighed for at opnå en generaliserbar undersøgelse, der fungerer som en endegyldig objektiv sandhed (Justesen & Mik-Meyer, 2010. s. 23). Vi anvender derimod den kvalitative interviewmetode for at få viden omkring sygeplejerskernes oplevelser. Dette sker i et forsøg på at forstå, hvordan betydningsdannelse omkring LGBT+ personer opstår i det danske sundhedsvæsen.

## Think-Aloud metoden i praksis

I indeværende speciale har vi valgt at anvende *Think-Aloud metoden* til at den indledende del af vores interviews (Eccles & Arsal, 2017; Kjærgaard et al, 2018). Med denne metode beder man interviewpersonerne om at 'tænke højt', mens de udfører en given opgave, eller genkalde deres tanker øjeblikkeligt efter at have færdiggjort en opgave (Eccles & Arsal, 2017; Kjærgaard et al, 2018). Vi anvender metoden ved, at vi begynder vores interviews med at præsentere sygeplejersken for et billede af ISV'en, der omhandler emnet seksualitet (Bilag 2). Her beder vi dem om at fortælle deres umiddelbare tanker om denne del af ISV'en, hvad de gør med den, hvis noget, samt forklare, hvilke oplevelser de har med den. Ved at knytte vores interview op på et for dem kendt værktøj, forsøger vi at skabe et mulighedsrum for, at de kan genkalde konkrete situationer og oplevelser, hvor de har anvendt ISV'en i deres praksis. Vi ønsker at skabe disse associationer med henblik på at tilgå

information, der muligvis var blevet udeladt under et klassisk 'spørgsmål-og-svar' interview (Eccles & Arsal, 2017, s. 514). Think-Aloud kan anvendes med flere mål for øje, hvor Kjærgaard et al (2018) opstiller tre paradigmer, der alle anskuer og benytter metoden forskelligt: Det objektive studie af kognitive processer, undersøgelser af usability og at skabe effektiv strategisk kommunikation (s. 97). Vi arbejder med Think-Aloud metoden ud fra det tredje paradigme. Dette er med henblik på at få viden om menneskers holdninger, oplevelser og forståelser (Kjærgaard et al, 2018, s. 99). Når vi anvender Think-Aloud ud fra et poststrukturalistisk perspektiv, er vi både interesserede i at undersøge interviewpersonens erfaring og oplevelse med ISV'en, samt er konteksten, hvori den anvendes, særlig relevant (Kjærgaard et al, 2018, s. 99). Vi ser ISV'en som adgangsgivende, da vi herigennem sætter scenen for interviewet, og får sygeplejerskernes erfaringer og oplevelser i spil. Eccles og Arsal (2017) argumenterer for, at Think-Aloud metoden kan benyttes i sammenspil med mere traditionelle interviewmetoder for, at en bedre og mere detaljeret forståelse for interviewpersonernes oplevelser, forestillinger og erfaringer imødekommes (s. 528).

I indeværende speciale anvender vi derfor Think-Aloud metoden til den indledende del af interviewet, og vælger derefter at sammenkoble metoden med et semistruktureret interview. ISV'en bliver en vej ind til at forstå, hvordan sygeplejersker tænker om deres rolle i forhold til LGBT+ patienter, og hvad de har af forestillinger om LGBT+, køn og seksualitet. Ved at kombinere de to tilgange, sikrer vi, at vores empiriske materiale kan besvare den problemstilling, vi har opsat, da vi kan påvirke samtaleens omdrejningspunkt ud fra interviewguiden. Interviewet vil derfor tage udgangspunkt ISV'en, hvortil samtalen vil blive foldet ud gennem spørgsmål om erindringer, erfaringer, oplevelser, tanker og forestillinger. I den indledende del af interviewet vil vi lade sygeplejerskerne tale frit ud fra billedet af ISV'en, og det bliver derfor en vurderingssag, under hvert enkelt interview, hvornår det er meningsfuldt at byde ind med et uddybende spørgsmål.

Det empiriske grundlag for specialet vil, som tidligere nævnt, være otte interviews med sygeplejersker i det danske sundhedsvæsen. Tanggaard og Brinkmann (2010) argumenterer for, at færre gennemførte interviews, der udleder en nuanceret og grundig analyse, er at foretrække over flere interviews med en dertilhørende mere

overfladisk behandling (s. 32). Hvis vi valgte at gennemføre markant flere interviews, kunne vi risikere at drukne i datamængden, og dermed ende med en analyse der ikke er teoretisk nuanceret (Tanggaard & Brinkmann, 2010, s. 32). Når vi overvejer de ressourcer, vi har til rådighed samt det tidsmæssige perspektiv for specialet, vurderer vi, at otte interviews tilbyder specialet en væsentlig substans og samtidig muliggør, at vi kan udføre en dybdegående analyse. Her er det vigtigt at have in mente, at vi interviewer for at få adgang til sygeplejerskernes oplevelser med LGBT+ patienter, hvor hensigten er at påvise problematikker. Hertil er det væsentligt at påpege, at dette ikke er generaliserbart, dog er det enkeltstående interviews, der giver situationelle indsigter i det danske sundhedsvæsens sociale og medicinske behandling af LGBT+ patienter.

### Etiske overvejelser

Tanggaard og Brinkmann (2010) belyser, hvordan menneskelige relationer er en helt essentiel del af interviewforskning, og at interaktionen mellem interviewpersonen og interviewer derfor er altafgørende for interviewets udfald (s. 33). Vi er interesserede i at tilegne os viden om menneskelig erfaring, fortalt med sygeplejerskernes egne ordvalg. Derfor er en lyttende og empatisk interviewstil at foretrække for at opnå dette (Tanggaard & Brinkmann, 2010, s. 33). Vi er bevidste om, at vi opererer inden for et komplekst område, hvor der kan være en vis usikkerhed forbundet med, hvordan man bedst, og mest politisk korrekt, udtaler sig om emnet. I et forsøg på at skabe et trygt og afslappet rum for interviewet, vil vi indlede med en påmindelse om, at der ikke findes rigtige eller forkerte svar i denne forbindelse. Vi gør det samtidig klart, at hvis vi under interviewet stiller yderligere spørgsmål til deres svar, skal det ikke ses som en indvending mod det, de siger, men blot som et opklarende spørgsmål. Ydermere gør vi det tydeligt for sygeplejerskerne, at de fremgår anonyme i specialet.

Vi vil så vidt muligt undgå, at sygeplejerskerne føler sig forpligtede til at sige det, de tror, vi gerne vil høre, da vi er interesserede i deres tanker og oplevelser uden forbehold. Derfor er vi også særdeles opmærksomme på, hvilket sprogbrug vi selv anvender overfor sygeplejerskerne. Indledningsvis vil vi anvende udtrykket LGBT+, såfremt vi refererer til vores population af kønslige- og seksuelle minoriteter, hvilket

kan ses i Bilag 2. Når eller hvis interviewpersonen anvender en anden term for populationen, vil vi forsøge at implementere dette i den resterende del af interviewet. Dette gør vi for at imødekomme sygeplejerskerne, så de ikke føler sig tvunget til at benytte særlige termer, samt for at få et indblik i det sprogbrug, de normalvis bruger om LGBT+ personer. Det er relevant for os at fastholde deres umiddelbare måde at tænke på gennem sproget, da vi ud fra dette interviewmateriale skal undersøge, hvilke problematikker der eksisterer.

### Interpersonel Kommunikation

For at udvinde empiri til vores kvalitative interviews, er vi bevidste om den relation, vi skal opbygge til sygeplejerskerne. Ved at se nærmere på interpersonel kommunikation, kan vi tilvejebringe en indsigt i, hvordan dynamikkerne i en kommunikationssituation udfolder sig. Herunder vil vi præsentere væsentlige perspektiver i forhold til, hvordan og hvilken empiri vi kan få igennem kvalitative interviews. Dette da en kommunikationssituation i sig selv indebærer muligheder og begrænsninger.

I forhold til den kommunikation som foregår mellem mennesker, er der tale om interpersonel kommunikation. I definitionen kan begrebet være flydende, dog vælger vi at afgrænse os til den foreløbige definition, som Alrø & Kristiansen (1997) præsenterer. Denne indebærer kommunikation mellem to eller flere mennesker, som er i direkte kontakt med hinanden, der producerer og udveksler betydning (s. 1). Flere begrebsapparater bliver præsenteret, hvilket henholdsvis er intrapersonel kommunikation og envejskommunikation. Grænserne mellem de tre begreber kan være flydende og have tilnærmelsesvis samme afgrænsninger, dog er de hver især med til at kunne tilbyde en måde at begribe virkeligheden på (Alrø & Kristiansen, 1997, s. 1). Gennem deres præsentation af kommunikationsformer, definerer vi vores tilgang ud fra den interpersonelle kommunikation. Dette da vores kvalitative interviews har til hensigt at vidensdele samt forhandle en fælles forståelse gennem udvekslingen af betydning.

Dét, der karakteriserer interpersonel kommunikation, er tovejskommunikation, hvor mennesker, der deltager i kommunikationen, har et fælles nu. Der er derfor flere elementer, som har sin tilstedeværelse herunder det visuelle og auditive. Der vil

også være flydende overgange mellem afsender og modtager, hvor hver person der deltager i samtalen vil skiftes om disse positioner, hvorfor de deltagende kaldes for kommunikatorer (Alrø & Kristiansen, 1997, s. 1). Alrø og Kristiansen (1997) forklarer, at der ikke er en grænseværdi, hvad angår bidrag til samtalen. Derfor vil kommunikatorerne i fællesskab være med til at formgive samtalen. Den kommunikationssituation, vi opstiller, bærer præg af, at vi guider samtalens forløb gennem metoderne: Think-Aloud og semistruktureret interview. Dette er med til at give samtalen struktur og form, da metoderne påvirker de positioner, som Alrø og Kristiansen (1997) opstiller for kommunikatorerne, da afsender-modtagerforholdet primært beror sig på interviewer (os) og respondent (sygeplejerske).

Alrø & Kristiansen (1997) fremsætter, at det er umuligt for mennesker ikke at kommunikere i det øjeblik, der er kontakt. Hvad end det er bevidst eller ubevidst handling, vil der udøves en form for kommunikation, som udtrykkes verbalt eller nonverbalt. Denne kommunikationsform bliver anset for at være intersubjektiv, da der kan opstå metakommunikation, hvor den samtale, der forløber, kan blive italesat. Derfor bliver interpersonel kommunikation en dynamisk proces, hvor begge parter kollektivt deltager, og har et ansvar for at fastholde tilblivelsen af den: "Det er i samværet, samspillet, konfrontationen med andre, at vi danner vores selvbillede, vores identitet og vores forestilling om omverden" (Alrø & Kristensen, 1997, s. 5). I mange tilfælde kan samtalens karakter derfor have betydelig påvirkning på individer, og på sin vis blive en fundamental rolle i at udvise personlighed, adfærd og karakter. Disse forholdsregler har vi taget hensyn til i ovenstående afsnit: 'Ethiske overvejelser', hvorfor vi anlægger en interviewstil, hvor vi lægger vægt på at være lyttende og empatiske.

I den centrale kommunikationsform, vi kender fra vores hverdag, danner samtaler ramme for samhørighed imellem os (Alrø et al, 2016, s. 7). I en relation mellem patient og sundhedsprofessionel er samtalen en essentiel del af medicinsk praksis, for at forstå de symptomer der skal behandles. I forhold til vores undersøgelse vil vi benytte kommunikation til at få indsigt i sygeplejerskernes konstruerede virkeligheder. Dette sker ved at adspørge dem om deres oplevelser og erfaringer med LGBT+ patienter i deres specifikke praksisser.

Alrø et al (2016) forklarer, at relationer og kontekster er rammesættende for samtalen, og at disse samtaler gør noget ved os og situationen. Samtalen beror sig derfor på mere end det, vi umiddelbart kan identificere, da der både sker udvikling og dynamikker, som ikke umiddelbart kan italesættes. Alt det der sker udover samtalen, betragtes af Alrø et al (2016) som den største ressource og største begrænsning (s. 8). En ressource da vi i samtalen har til hensigt at forstå hinanden, og en begrænsning fordi vi ikke forstår hinanden, hvorfor den dermed bremser udviklingen, samtalen har til hensigt at frembringe. For at forstå egenskaberne ved samtaler betragtes de som flygtige, spontane, dynamiske og nuancerede. Der opstår derfor et komplekst samspil i måden, sproget håndteres mellem kommunikatorerne, som kommer til udtryk gennem samtalens form (Alrø et al, 2016, s. 9). Vi tilgår vores interviews med hensigten om at skabe de bedste forudsætninger i kommunikationssituationen. Vi kan derfor først anslå, hvilke begrænsninger som kommer til udtryk i situationen retrospektivt, hvorfor dette vil blive udfoldet under afsnittet: 'Kritisk refleksion'

Alt det som er usagt, bliver givetvis også en væsentlig del af samtalens dynamik, og disse indsigter er med til at bidrage til en fælles forståelse. Samtalens intention eller drivkraft står derfor bag udviklingen, hvori begge parter skal tage del i at skabe forståelse og grundlag for udvikling (s. 10).

Den professionelle samtale kan ses både som formel og uformel, da indhold og relationer er bestemt af et arbejdsklima (Alrø et al, 2016, s. 16). Samtalen beskrives som følgende:

“En samtale kan i sin grundform forstås som en ansigt-til-ansigt-kommunikationsproces mellem mindst to mennesker, der er i direkte kontakt med hinanden i samme tid og rum, og som udveksler betydning og producerer mening” (Alrø et al, 2016, s. 16).

Med en fælles nutid og tilstedeværelse, skabes der derfor et mulighedsrum for aktion og reaktion mellem kommunikatorerne. De forskellige bidrag til samtalen driver denne videre, indtil samtalen er gennemført. Heri er det både ord, krop og stemme, som anlægger en mening til de ord, der ytres, hvor kommunikatorerne hver skal

kode og afkode den mening, som skabes heri (Alrø et al, 2016, s. 17). I forbindelse med vores kvalitative interviews etablerer vi et fælles her-og-nu med sygeplejersken, velvidende om at de vil bidrage med deres tidligere oplevelser og erfaringer. På denne måde kan vi kun anskue samtalen ud fra deres perspektiv. I vores position som interviewer, vil vi derfor være opmærksomme på deres sprogbrug, da det er her, vores fortolkning kan anlægges.

Intrapersonel kommunikation er alt det, som foregår inde i det enkelte individ, dette skal ses som eksempelvis tanker, indre monologer og dagdrømme, hvoraf dette anskues som en psykisk karakteristik (Alrø & Kristiansen, 1977, s. 6). Den psykiske del af kommunikationen får en væsentlig rolle overfor individets selvbillede, da det er her, at der enten verbalt eller sensorisk bliver dannet visualiseringer, narrativer og ræsonneringer af forestillinger fra hverdagen. Det er inde i individet, at handlemuligheder opstår, og gennem intrapersonel kommunikation at personligheden får lov til at udvikle sig (Alrø & Kristiansen, 1977, s. 6). Det er også gennem intrapersonel kommunikation, at der bliver dannet et positivt eller negativt selvbillede, samt vil følelser som mindreværd, selvhad og skyld manifesteres i individet (s. 6). Hovedsageligt foregår denne proces ubevidst, og har en stor styring i forhold til individets udvikling og vækst. Mens den interpersonelle kommunikation kan observeres, er den intrapersonelle kommunikation ikke direkte genstand for iagttagelse. I forhold til at der er to kommunikatorer, vil der altid indgå en personlig fortolkning af den andens adfærd, og denne fortolkning kan være umulig at håndgribeliggøre, hvis ikke selve oplevelsen bliver italesat (Alrø & Kristiansen, 1977, s. 7). Intra- og interpersonel kommunikation skal derfor ses som uadskillelige, da der er en stærk sammenhæng mellem det sagte og usagte. I et forsøg på at tilnærme os grænseværdien for den intrapersonelle kommunikation hos sygeplejerskerne, beder vi dem italesætte umiddelbare tanker om oplevelser og erfaringer (Bilag 2). Gennem Alrø og Kristiansen (1977) er vi bevidste om, at vi ikke kan adskille intra- og interpersonel kommunikation fra hinanden i situationen, hvorfor vi i transskriptionen vil markere sygeplejerskernes betoning og latter for at få en indikation på deres mentale tilstand i interviewsituationen. Samt får vi en indikation om deres personlige holdninger og forståelser gennem deres sprogbrug.



Envejskommunikation anses for en proces, som forløber fra afsender til modtager, og karakteriseres ved, at modtager og afsender ikke er i direkte kontakt med hinanden (Alrø & Kristiansen, 1977, s. 8). Al form og indhold bestemmes derfor af afsender, og kan betragtes som en monolog. Modtagerens fortolkning af dette bliver derfor uvæsentlig for afsenderen, da budskabet blot skal opfattes, forstås eller undgås af modtageren. Alrø & Kristiansen (1977) beskriver det som en overførsel af information fra en instans til en anden. Heri vil der dog kunne opstå en flydende grænse ved eksempelvis forelæsninger, der ikke er direkte reaktioner fra studerende, men muligheden for feedback i form af applaus, håndsoprækning, spørgsmål og kommentarer, der kan forekomme (Alrø & Kristiansen, 1977, s. 8). Situationen tilvejebringer et fælles nu, som også karakteriserer interpersonel kommunikation. Den interpersonelle kommunikation er derfor en kompleks og dynamisk størrelse, som har en bred variation for udvikling over både intrapersonel- og envejskommunikation. Vi er interesserede i sygeplejerskernes erfaringer og oplevelser, hvor vi heri i ønsker detaljerige forklaringer. Dermed kan vi risikere, at der i vores kvalitative interviews kan forekomme længere passager, hvor sygeplejerskerne styrer samtalen gennem monologer. Her vil vi forsøge at lade sygeplejerskerne uforstyrret færdiggøre monologen, før vi igen etablerer dialogen og styrer samtalen i en motiveret retning. Vi, som interviewer, kommer ikke selv til at bidrage med besvarelser i samme omfang, hvortil muligheden for meningsudveksling er begrænset. I den forbindelse kan sygeplejerskerne opleve, at der kommer en begrænset mængde feedback fra os, da vi ikke eksplicit vil reagere på deres udtalelser, men blot opfølge med yderligere spørgsmål, som kan tilvejebringe et nuanceret billede af deres svar

## Behandling af data

Nedenstående afsnit vil berøre vores opstillede regelsæt i forbindelse med transskribering af interviews, samt hvordan vi arbejder med vores empiriske materiale gennem kodning, tematisering og meningskondensering.

## Transskribering

I nærværende speciale har vi valgt at udføre en grov-transskribering af vores interviews. Disse transskriptioner er nødvendige for at kunne skabe et overblik over

vores empiri, og derfra kunne kortlægge, hvilke tematikker, der gennem mønstre, bliver tydelige i empirien. De transskriptionsregler, vi benytter, er følgende:

- (0.3) indikerer en pause på eksempelvis tre sekunder.
- To versaler, eksempelvis "AY", indikerer den personer, der taler.
- \*\* omkring ordet indikerer markant emfase på ordet.

Vi vil i transskriptionen kun markere pauser på tre sekunder eller derover, da vi ser få sekunders pause som en naturlig overgang mellem spørgsmål og svar. Vi vælger at fremskrive betoning, da det kan have en helt særlig betydning for det sagte. Når vi kommunikerer med hinanden, gør vi brug af særlige prosodiske virkemidler: "fx ekstra volumen på det, der siges, intonation, betydning, med latter og med nonverbale midler som gestik, blik og lignende" (Kjærbeck, 2014, s. 176). Disse virkemidler anvendes ofte til at understøtte vores argumenter, men der kan samtidig opstå en situation, hvor betoning og gestik frembringer en mening, der er modstridende med det sagte, eksempelvis ved ironi (Kjærbeck, 2014, s. 176). Derfor finder vi det relevant at tydeliggøre særlig betoning, pauser og latter, såfremt det har betydning for forståelsen af vores interviews. For at gøre vores transskription læsevenlig, vil vi anvende punktum og komma, når vi finder det nødvendigt. Disse har ingen yderligere betydning for transskriptionen.

### Tematisk opdeling gennem kodning

Formålet med vores transskriptionsproces er at strukturere vores empiriske materiale, for dernæst at kunne påføre kodning og tematisering. Vi vil i dette speciale gøre brug af Brymans (2016) definition af tematisk analyse. Analysemetoden har ikke et specifikt videnskabeligt ophav, men er bredt anvendt som et analytisk og metodisk værktøj (Bryman, 2016, s. 584). Den tematiske analyse er et metodeværktøj, som med fordel kan anvendes til at analysere kvalitative datasæt, da man herigennem kan udlede tematikker gennem kodning af den indsamlede empiri (Bryman, 2016, s. 584). Den tematiske analysemetode bidrager med et overblik gennem systematiseringer, hvoraf vi kan udfolde vores udledte tematikker og anskue det ud fra vores teoretiske grundlag. I indeværende speciale arbejder vi med tre analysetrin, hvortil det første trin er den basale kodning, hvor vi markerer interessante nøgleord og passager i interviewmaterialet (Kjærbeck, 2014, s. 164).

Det vælger vi at gøre gennem farvekoder, som indikerer, at det markerede er interessant, samt hvornår i interviewet denne udtalelse finder sted. Dette gøres for, at vi er bevidste omkring, hvilken kontekst udtalelsen bliver italesat i, da det er væsentligt for betydningsdannelsen. Denne proces leder ud i tematisering, hvor man søger efter mønstre, og organiserer centrale udtalelser efter temaer (Kjærbeck, 2014, s. 164). Det sidste trin, vi benytter, er meningskondensering, hvor vi gennem vores tematisering kan påvise problematikker og fortolke disse ud fra vores teoretiske grundlag. For at sikre at vores kodnings- og kategoriseringsproces er transparent, er denne vedlagt i Bilag 5.

### Kvalitetskriterier

For at sikre kvaliteten af vores tematiske analyse, anvender vi Dahler-Larsens (2008) regelsæt omkring kodning af kvalitativt arbejde. Ifølge Dahler-Larsen (2008) muliggør en åben tilgang til det empiriske datasæt, at man kan belyse tematikker, man ikke tidligere havde kendskab til (s. 38). For at kvalitetssikre vores tematiske analyse, indskrives de observerede koder i et display, da Dahler-Larsen (2008) beskriver dette som et mulighedsrum for at skabe overskuelighed. I indeværende speciale vil vores display bestå af en farvekodet transskription, for at vi kan bevare et overblik over de forskellige mønstre, vi identificerer i empirien. Dahler-Larsen (2008) opstiller tre regler: autenticitets-, inklusions- og transparensreglen, der skal efterleves for at kvalitetssikre kodningsprocessen (s. 43). Vi forsøger at opretholde det korrekte helhedsbillede ved at farvekode vores data, og hvor udtalelserne dermed fremgår uændret. Dette medfører, at vi behandler og bevarer vores empiri i den oprindelige form, hvilket skal sikre udtalelsernes autenticitet. Inklusionsreglen består af, at al empirisk relevans i henhold til problemformulering indskrives i displayet, så der ikke selekteres i empirien (Dahler-Larsen, 2008, s. 46). For at understøtte denne regel, vælger vi at farvekode alle de udtalelser og ord, i deres oprindelige kontekst, der har relevans for vores problemformulering. For at efterleve transparensreglen vil vi tydeligt og eksplicit fremlægge vores markerede farvekoder. Disse vedlægges dermed i Bilag 5. Dette skaber en gennemsigtighed samt et overblik for læseren, hvortil tilgængeligheden yderligere tilføjer et lag til autenticiteten.



KAPITEL 4  
POSTSTRUKTURALISTISK  
ANALYSESTRATEGI  
& TEORI

## Poststrukturalistisk analysestrategi

Med udgangspunkt i vores problemformulering, vil vi i dette afsnit kortlægge den analysestrategi, vi har valgt at anvende. For at tydeliggøre hvordan vi applicerer en poststrukturalistisk tilgang, anvender vi Anders Esmark, Carsten Bagge Laustsen og Niels Åkerstrøm Andersens (2014) analysestrategi, da deres retning har et stort fokus på anvendelighed i det empiriske materiale: "Analysestrategi er vores navn for den praksis, der består i at skabe det videnskabelige blik, så det sociale emergens bliver iagttagelig" (Esmark et al, 2014, s. 7). Sådan beskrives det konkrete blik på, hvordan der skabes en anvendelighed, formning og konditionering for det analytiske blik, der gør undersøgelsesgenstanden synlig. Esmark et al (2014) forklarer, hvordan de har iagttaget flere lighedspunkter for sondringen mellem socialkonstruktivismen og poststrukturalismen. Disse traditionsbundne paradigmer anerkender de som hver deres videnskabelige og filosofiske tradition. Vi vil i dette speciale trække på Michel Foucault (1978; 1982) og Judith Butler (1990, 1993, 1997, 2004) i vores teoriafsnit, som arbejder indenfor det poststrukturalistiske felt. Hermed bliver Esmarks et als (2014) analysestrategi interessant, da denne kan gennemføres inden for vores anvendte teoretiske ramme.

I vores anvendelse af denne analysestrategi, er vi bevidste på os selv som iagttager. Inden for den poststrukturalistiske tradition skal man netop være bevidst om sin egen tilstedeværelse, som iagttager, for at kunne iagttage andre og dermed sit genstandsfelt (Esmark et al, 2014, s. 8). Vores betingelse for at forstå sygeplejerskernes verden er vores erkendelse af, at vi emergerer i den. Den erkendelsesinteresse, vi opererer i, er funderet i vores anvendte teorier, hvortil vi vil explicitere vores position i forhold til anskuelsen af vores teoretiske grundlag.

Det gennemgribende kendetegn for poststrukturalismen er at se på det enestående og singulære, hvor der er særlig interesse for det socialt situerede og samtidig være bevidst om det historiske perspektiv (Esmark et al, 2014, s. 10). Det, der yderligere kendetegner poststrukturalismen, er erkendelsen af, at den sociale virkelighed opererer inden for det symbolske (Esmark et al, 2014, s. 11). Esmark et al (2014) påpeger, hvordan der i vesten opstår et binært system af det reelle (det virkelige) og

imaginære (det metafysiske), som ikke tager det symbolske med i ligningen. Dette bliver således forklaret:

“Det reelle er det virkelige eller “det værende”, og metafysikken antager herefter, at den imaginære verden – dvs. mentale billeder, tanker og forestillinger – er en verden præget af forsøget på at opnå erkendelse af eller indsigt i det reelle” (Esmark et al, 2014, s. 13).

Sondringen mellem det virkelige og det metafysiske bliver derfor en eftersøgning på at opnå en erkendelse af, hvad der er virkeligt. Hertil er sproget et vigtigt redskab til at søge med, da sproget placerer sig i midten af de to. Kritikken af sproget, forklarer Esmark et al (2014), er forsøget på at gengive virkeligheden, hvilket kan være mere eller mindre korrekt, men altid vil være en efterligning. Dertil kommer spørgsmålet om verden i virkeligheden er skabt af det reelle eller imaginære, og om sproget som redskab kan bidrage til at få indsigt i begge. Vi ser på sproget som et skabende og konstituerende redskab, som hjælper os med at kunne italesætte verden og dermed bevæge os mod indsigter, som vi ikke havde før vores kvalitative interviews.

Når vi interviewer sygeplejerskerne om deres oplevelser og erfaringer med LGBT+ patienter, er dette vores mulighed for at få indsigt i de mønstre, som beror sig på historiske, strukturelle og kulturelle indlejring. Isoleret set vil sproget være genstanden for vores analytiske blik, da det netop er her, vi har muligheden for at se på, hvordan magtstrukturer udtrykkes som et element af fastholdelse og frigørelse. I sygeplejerskernes erindringer tager vi højde for, at det er en gengivelse af hændelser og oplevelser. Vi har derfor ikke været til stede, da dette blev erfaret, hvilket vi også vil være bevidste om. Vores erkendelse af viden opstår derfor af en forhandling mellem os og sygeplejerskerne, hvortil dette er et forsøg på en fælles produktion af viden gennem fortolkninger af den.

## En situeret versus kategoriseret virkelighed

I følgende afsnit vil vi præsentere specialets teoretiske ramme. Først vil vi undersøge, hvordan køn og seksualitet udspiller sig i vores kvalitative interviews, vil vi kortlægge, hvordan køn iscenesættes ud fra et poststrukturalistisk ståsted, samt

hvilken rolle det spiller i en sundhedsfaglig kontekst. I afsnittet 'En kategoriseret verden' vil vi inddrage Annemarie Mols (2002) observationsstudie af sundhedsvæsenets praksisser, hvor hun præsenterer, hvordan multiple virkeligheder i sundhedsvæsenet sætter subjekter i spil. Under afsnittet 'En situeret verden' vil vi udfolde Michel Foucaults (1978, 1982) beskrivelse af magtstrukturer og dets påvirkning af subjektet. I forlængelse sætter vi denne beskrivelse op imod Judith Butlers (1990, 1993, 1997, 2004) forståelse af køn og seksualitet som performativt. Afslutningsvis vil vi afsøge, hvordan samfundets normer er med til at påvirke regulativer, i forhold til kønlig- og seksuel identitet, der begrænser LGBT+ personers placering inden for normen.

## En kategoriseret verden

I følgende afsnit vil vi benytte "The body multiple: ontology in medical practice" af Mol (2002) for at få en indsigt i, hvordan patienter kategoriseres gennem faste strukturer i sundhedsvæsenet. Ud fra Mols (2002) observationer kan vi identificere, hvordan rollen som sygeplejerske kan variere ud fra multiple virkeligheder. Gennem Mols (2002) observationer kan vi opnå en forståelse af autonomien i sundhedsvæsenet, samt hvordan de differentierede multiple virkeligheder har betydning for, hvordan den medicinske krop bliver vedtaget. Afslutningsvis vil Mol (2002) give anledning til at se på samspillet mellem subjekt og objekt i den kategoriserede verden.

Essensen af Mols (2002) studie er at skitsere kompleksiteten mellem objekter og dynamikkerne i deres tilblivelse. Hertil illustrerer Mol (2002), at ingen objekter, sygdomme eller kroppe er enestående, og hvis ikke de fjernes fra den virkelighed, som opretholder dem, er virkeligheden mangfoldig (s. 6). Mol (2002) stiller sig kritisk overfor den epistemologiske reference, hvor fokus på repræsentation og realiteten er nøjagtig. Man bliver nødt til at anskue kroppen som noget, der bliver til og vedtaget i praksis (s. 6).

Rollen iscenesættes i sundhedsvæsenet

At noget bliver til, sammenlignes og sættes i relief til Butlers (1990) performativitet, som ekspliciteres under afsnittet 'Et performativt subjekt'. Hertil kortlægger Mol

(2002) en teatralisk metafor ud fra et rolle-perspektiv, hvor de sundhedsprofessionelle er skuespillere i den realitet, der iscenesættes. Metaforen kan illustreres ved, at de sundhedsprofessionelle har et manuskript, de følger, hvor de sætter scenen. Sygeplejersken påtager sig den specifikke rolle, som den, der skal hjælpe, hvor patienten modsvarende, per automatik, spiller rollen, som den der skal hjælpes. Dette ligger implicit i dynamikken mellem den sundhedsprofessionelle og patienten, at rollerne mellem de to på forhånd er givet og performes, når mødet opstår (Mol, 2002, s. 28). Mols (2002) teatraliske metafor trækker derfor på Butlers (1990) beskrivelser af, hvordan identitet performes. Dette tydeliggøres ved Mols (2002) etnografiske observationerne, hvor patienter giver indsigt i, hvordan deres specifikke identitet performes, når de opsøger sundhedsvæsenet. Mols (2002) beskrivelse af, at sundhedsprofessionelle arbejder ud fra et manuskript i mødet med en patient, er særligt interessant for indeværende speciale. På baggrund af denne beskrivelse, vil vi undersøge, om dette manuskript, i den kontekst det udspiller sig, er indlejret i en heteronormativ forudindtagetethed, og i så fald om det er foreneligt med at behandle og vurdere LGBT+ patienter.

Mol (2002) beskriver, hvordan den 'gode' sundhedsprofessionelle forsøger at inkludere patientens emotionelle kapacitet, selvom følelser som frygt, angst eller glæde ikke er af relevant karakter for den sundhedsprofessionelle. Modsat har dét faktum, at patienten besluttede sig for at opsøge sundhedsvæsenet betydning for den sundhedsprofessionelle. Med andre ord, så ligger det ikke fast i manuskriptet, at den sundhedsprofessionelle skal påtage sig rollen, som den lyttende, overbærende og trøstende karakter, hvorfor det er mere sjældenhed end selvfølge. Sundhedsprofessionelle fokuserer i højere grad på at fikse såret frem for at høre, hvad det betyder for patienten at være såret (s. 9). Mol (2002) beskriver, hvordan dét at anskue kroppen som et isoleret væsen gør, at kroppen bliver en uafhængig enhed, der er en realitet i sig selv. Mol (2002) beskriver, hvordan hun observerer, at når kroppen isoleres, så vil de sundhedsprofessionelle udelukkende beskæftige sig med kroppen uden den emotionelle del. Her illustreres altså en kompleksitet, hvor individets performance som patient bliver mere relevant end performativiteten omkring køn og seksualitet i en sundhedsfaglig kontekst.



## Relationen mellem den sundhedsprofessionelle og patienten

Det etnografiske perspektiv er et interessant aspekt, når det kommer til relationen mellem sundhedsprofessionelle og patienter, da læger har råderummet til at give en patient en sygdom, som de ikke havde, før de opsøgte lægen (Mol, 2002, s. 22). Dermed har sundhedsprofessionelle muligheden for og evnen til at virkeliggøre sygdomme i praksis. Dette skaber derfor en uundgåelig relation mellem lægen og patienten, for uden patienten kan lægen ikke diagnosticere, og uden lægen kan patienten ikke blive diagnosticeret. Dermed er disse to uafhængige variabler, der ikke kan eksistere uden hinanden (s. 23). Endvidere er det relevant at inddrage Mols (2002) praksisografiske forståelsesramme, der efterstræber at undersøge, sammenhænge i sociale kontekster, hvori et objekt vedtages gennem forskellige praksisser.

Mol (2002) illustrerer, hvordan hospitalet er en institution, der givetvis gengiver samfundets sammenspil i opbygningen af sine afdelinger. Afdelinger der i fællesskab arbejder sammen, men samtidig udgør sin egen del, får institutionen til at løbe rundt. Dermed er det første møde mellem den sundhedsprofessionelle og patient fundamental for det hospitale samfund, da dette er begyndelsen af og tilstanden for alt andet - diagnosticering, operationer og behandling. Akkurat som i det omkringliggende samfund, er der nogle uskrevne regler, der bør efterleves. Dette bliver i særdeleshed tydeligt, når patienter antager, hvad der er relevant for den sundhedsprofessionelle at vide, eller hvad der ikke er. Når en patient tilbageholder informationer af signifikant betydning for behandlingsforløbet, er det, at patienten udfordrer opbygningen af det hospitale samfund (Mol, 2002, s. 41). Det hospitale samfund er komplekst og samtidig lige til. Lige til når sundhedsprofessionelle undersøger patienter ud fra en objektiviserende tilgang, hvor det er fysiske karakteristika, der dominerer. Der opstår en kompleksitet, når patientens identitet ikke stemmer overens med det, der fysisk kan observeres og diagnosticeres. Dermed skal de kategoriseringer, som hospitalsvæsenet opererer med, som udgangspunkt tages med det forbehold, at de både kan være repræsentative eller modsætte sig patientens identitetsfølelse (Mol, 2002, s. 51). Her understreger Mol (2002), hvor stor en rolle den indledende samtale mellem sygeplejerske og LGBT+ patient, samt dertilhørende vurdering, egentlig spiller. Opstår der allerede

problematikker ud fra det første møde, kan det påvirke den resterende del af patientens forløb negativt.

Sammenstødet mellem objekt og subjekt

I den kategoriserede verden, som sundhedsvæsenet opererer i, observerer Mol (2002), at der opstår et paradoks, når der ikke er sammenhæng mellem den behandling eller diagnose, som den sundhedsprofessionelle opstiller, og patientens følelser eller smerter. Med andre ord vil der være et sammenstød mellem objektet og subjektet. For at råde bod på denne situation, er en af de to nødsaget til at blive taget ud af ligningen, før den kan gå op. For når sammenstødet opstår, er det ikke muligt for begge at sameksistere i enighed. Mol (2002) kortlægger, at når sygdomme ikke bliver anskuet som et universelt objekt, vil der ud fra en praksisografisk tilgang opstå en multipliceret funktionalitet. Når kroppe bliver undersøgt på hospitalet, vil funktionen af hospitalets praksis blive multipel. Dette sker, da en sygdom ikke længere er en specifik tilstand, tilknyttet en specifik praksis.

Mol (2002) beskriver, hvordan man i sundhedsvæsenet tillægger sygdomme et yderligere lag: social kategorisering. Her vurderer sundhedsvæsenet om en invasiv behandling vil påvirke patientens sociale tilværelse, og hvorvidt patienten er motiveret til at blive opereret. Mol (2002) beskriver, hvordan man først og fremmest kategoriserer patientens sygdom, hvorefter det skal gøres op, hvorvidt yderligere indgreb kan retfærdiggøres i forhold til det økonomiske aspekt, der samtidig eksisterer i sundhedsvæsenet. Dermed bliver sygdomme gjort op i, om det er økonomisk fordelagtigt for hospitalet at foretage yderligere indgreb hos patienten, hvis dennes sociale realitet ikke opfylder kravene, der befinder sig i det sociale lag (Mol, 2002, s. 71).

Isscenesættelse gennem forskellige praksisser

Overordnet set har sundhedsvæsenet en universel baggrundsviden, hvad sygdomme og behandling af disse angår. Ydermere er der forskel på, hvordan *man gør* sygdomme (Mol, 2002, s. 91). Den teatraliske metafor foreskriver derfor, at selvom to sundhedsprofessionelle har det samme manuskript, kan der være forskellige måder at spille scenen på. Med andre ord, forskellige praksisser kan

udføres forskelligt. Dette medfører, at sundhedsvæsenet er relativt, da måden at *gøre noget til* afhænger af, hvem der gør. Mol (2002) beskriver dette, som "There is more than one - but less than many" (s. 55). For nogle afdelinger vil en sygdom være en *tilstand* og for andre vil det være en *proces* (Mol, 2002, s. 102). Mol (2002) har observeret, at sundhedsvæsenet har en tendens til at se kroppen, objektet, men ikke patientens identitetsforståelse, subjektet (s. 110). Tilgangen til patienten afhænger af, hvilken praksis der er involveret. Ydermere har de forskellige måder at arbejde på, men dog en ting til fælles: Den heteronormative forudindtagethed. Det biologiske køn har betydning for patientens behandling, da kroppens fysiologi er en væsentlig faktor, når det kommer til diagnosticering, operationer og behandlinger. Dermed tydeliggøres det, hvordan sundhedsvæsenet tager udgangspunkt i en binær køns kategorisering, der består af sociale strukturer i den kategoriserede verden, som de sundhedsprofessionelle enten bevidst eller ubevidst er underlagt. Når sundhedsprofessionelle forsøger at kortlægge, hvordan sygdomme har betydning for den enkelte patients dagligdag, tydeliggøres de sociale strukturer, som reducerer dét at være en mand og dét at være en kvinde. Mol (2002) beskriver, at det i situationer med konsultation kan observeres, hvordan den sundhedsprofessionelle vil adspørge den mandlige patient, om hvordan sygdommen påvirker hans arbejdsliv, hvorimod den kvindelig patient vil blive adspurgt om, hvordan sygdommen påvirker hende i husholdningen (s. 145).

Der er flere variabler, der har betydning for, hvordan sundhedsvæsenet inddeler sin vidensdeling. Sundhedsvæsenets arkitektoniske opbygning, i metaforisk forstand, er funderet i forskellige ekspertiseområder, der på sin vis samarbejder, men samtidig konkurrerer mod hinanden. Dette skyldes, at sundhedsvæsenets fundament er at helbrede, forbedre og behandle patienter, men når en afdeling mister sit ekspertisemærkat, fordi forskningen fører sygdommen til en anden afdeling, eller at medicinering minimerer udbredelse af sygdommen, medfører det, at afdelingen mister sin betydning. Derfor er der konsensus om, at sygdomme brydes op i fragmenter, der blandt andet passer ind i det kategoriserede system, sundhedsvæsenet opererer med, og på den måde sikrer den enkelte afdeling i hospitalets arkitektoniske landskab altid at forblive kampdygtig (Mol, 2002, s. 117).

Mol (2004) beskriver en episode, der tydeliggør, hvordan sundhedsvæsenet opererer med en binær kønsforståelse:

“With their fingers the radiologists point out the details: *“Here, he has a bad stenosis, here 90 procent I’d say.”* And so on. They keep on saying “he”. One image after another. Only he. After the talking is over I walk to the files and check. Some of them are marked with an F, for female” (Mol, 2002, s. 146).

Dette illustrerer, at det for sundhedsvæsenet er enklere at anskue kroppen som et biologisk objekt, da processen ved at inddrage subjektet vanskeliggøres, når biologien og sociologien ikke stemmer overens (s. 150).

Repertoiret påvirker dynamikken

Mol (2002) beskriver udtrykket ‘The reality of the patient’, der indikerer sundhedsprofessionelles evne til at skifte mellem deres repertoire, når de kommunikerer med patienten som subjekt og objekt. Når sundhedsprofessionelle kommunikerer med patienter, iscenesættes der en realitet, hvor der er fokus på opbygningen af relationen mellem de to, subjekt til subjekt. Modsat er der tale om en komplet anden realitet, når den sundhedsprofessionelle kommunikerer til patienten som objekt. Her bliver det følelsesmæssige aspekt fjernet fra ligningen, hvor den sundhedsprofessionelle ikke ser mennesket, men udelukkende kroppen (Mol, 2002, s. 125). Sker skiftet mellem repertoiret, mens patienten overværer dette, kan det have betydning for dynamikken, samt medføre afvigelser fra det manuskript, som både patient og sundhedsprofessionel udfører. Når vi anvender repertoire i indeværende opgave, er det i forbindelse med, om sygeplejerskerne demonstrerer et udviklet eller et begrænset repertoire. Heri henviser vi til Butlers (1990, 1993, 1997, 2004) perspektiv omkring køn og seksualitet, hvorved det udviklede repertoire henviser til det situationelle og performative, hvori der ikke udøves en heterocentrisk forudindtagethed. Modsat vil det begrænsede repertoire henvise til de udtalelser, som er underlagt en heterocentrisk forudindtagethed, der er bundet til historiske konstellationer om køn ud fra et binært kønssystem.

Når man anskuer patienter som en helhed, skal der ifølge Mol (2002), inddrages det sociologiske aspekt af, hvordan patienten lever med sygdommen. Den praksisografiske tilgang vil ikke anskue det enkelte individs perspektiv af objektet, men i højere grad hvordan objektet bliver manipuleret af de forskellige praksisser. Derfor anskuer man det som et fænomen. Fænomenet 'politics of who', som Mol (2002) beskriver, er derfor interessant at inddrage, da det tydeliggør problematikken om autonomi i sundhedsvæsenet. Herunder hvem der er beslutningstageren, samt om patienten selv er i stand til at træffe en beslutning om, hvad der er fordelagtig for behandlingsforløbet. (Mol, 2002, s. 169). Ved at anvende autonomi i vores analyse, kan vi identificere, hvor autonomien placeres ud fra sygeplejerskerne udtalelser om deres erfarede virkeligheder.

I indeværende speciale vil Mol (2002) anvendes til at identificere, hvordan sygeplejerskerne konstruerer multiple virkeligheder, samt hvordan de aktivt italesætter den indledende sygeplejevurdering og mødet med LGBT+ patienter. Dette gøres med henblik på at forstå, hvordan et manuskript kan medvirke til at opbygge eller modvirke sygeplejerskernes relation til patienten. Ydermere vil autonomibegrebet bidrage med en indsigt i at forstå de dynamikker, som placerer patienten som henholdsvis subjekt eller objekt. Vi vil samtidig benytte disse begreber til at se på, om oplevelser og erfaringer kan forene subjekt- og objektperspektivet for at se på patienten som helhed. For at forstå patientens subjekt som en proces inddrager vi Butler (1990, 1993, 1997, 2004) og Foucault (1978, 1982), som bliver præsenteret i følgende afsnit.

## En situeret verden

I følgende afsnit vil vi belyse begreberne seksualitet, magt, performativitet og subjektivering. Denne teoretiske ramme tilvejebringer en forståelse af køn og magt ud fra et poststrukturalistisk perspektiv. Vores teoretiske udgangspunkt tager afsæt i den anerkendte queerteoretiker Judith Butler gennem teksterne 'Gender Trouble' (1990), 'Imitation and Gender Insubordination' (1993), 'Excitable Speech' (1997) samt 'Undoing gender' (2004), hvor vi udfolder deres poststrukturalistiske forståelse for køn som en social konstruktion. Ydermere anvender vi Michel Foucaults tekster 'Viljen til viden - Seksualitetens historie 1' (1978) og 'The subject and power' (1982)

til at undersøge de magtforhold, der subjektiverer individet.

Et performativt subjekt

Foucault (1982) har i sit forskningsfelt undersøgt, hvordan mennesket bliver gjort til et subjekt inden for seksualitetens domæne, hvor han har været optaget af spørgsmålet omkring den magt, der knytter sig hertil. Ifølge Foucault (1982) lever vi under en gældende magt, som tilknyttes individets egen identitetsforståelse. Hermed pålægges individet en sandhedslov, der både skal genkendes af individet selv, og som omverdenen skal genkende i vedkommende. Det er netop denne magt, der gør individer til subjekter (s. 781). Foucault (1978, 1982) arbejder ud fra den forståelse, at de magtstrukturer, der eksisterer inden for seksualitetens domæne, både dannes og opretholdes af diskurser. Dermed bliver magt, seksualitet, køn og diskurs anset som afhængige forhold, da de har en påvirkende effekt på hinanden. Foucault (1978) beskriver, hvordan kønnet og seksualiteten er sprogligt forankrede enheder, der konstrueres gennem sproglige handlinger (s. 41). Hertil supplerer han, at der ikke hersker en overordnet diskurs om køn og seksualitet, men i stedet eksisterer der en mangfoldighed af diskurser, der operationaliseres i forskellige institutioner. Alt afhængigt af hvilke magtforhold, der knytter sig til den diskursive handling, vil opfattelsen af køn og seksualitet være forskellig (Foucault, 1978, s. 42).

Butler (1990) følger Foucaults (1978) forestilling om, at subjektpositioner ikke er naturligt givne, men er et produkt af en omliggende magt, der skabes diskursivt. Butler (1990) splitter begrebet 'køn' i to: Det biologiske køn 'sex', som man tildeles ved fødslen, og det sociale køn 'gender', som er kulturelt konstrueret og forudsætningsvis ikke fastlåst som det biologiske (s. 6). Hvor det biologiske køn syner binært i sin konstruktion og morfologi, argumenterer Butler (1990) for, at der ikke er noget grundlag for, at det sociale køn skulle forblive ved to (s. 6). I det binære kønssystem eksisterer der en forudindtaget forventning om, at det biologiske køn og sociale køn afspejler hinanden, men denne forventning taler Butler (1990) ikke ind i. I stedet præsenteres det sociale køn som flydende og uafhængigt fra det biologiske køn. Her præciserer de, at en person med biologisk køn som mand kan demonstrere feminitet på lige fod med en person, hvis biologiske køn er kvinde (Butler, 1990, s.

6). Vi applicerer Foucault (1978) og Butlers (1990) teorier med henblik på at belyse, hvordan heteronormative forestillinger figurerer i sundhedsvæsenet. Vi har gennem vores forudgående litteraturreview kunne dokumentere, at der i det danske sundhedsvæsen eksisterer en heteronormativitet, hvortil det er interessant at undersøge, om vores interviewpersoner anticiperer en bestemt kønslig- og seksuel identitet fra deres patienter.

### Sproget påvirker kønsidentiteten

Et helt centralt element i konstruktionen af det sociale køn er sproget. Det er netop gennem sproglige repetitioner, at vi reproducerer de normer og forståelser, der knytter sig til et givent køn. Butler (1997) tager udgangspunkt i Austins teori om talehandlinger, hvor det ikke er et enkeltstående tilfælde, der er signifikant, men gentagelsen og det rituelle element i vores sproglige handlinger, der betyder noget (Butler, 1997, s. 3). Butler (1997) demonstrerer dette med eksemplet om, at når en læge tager imod et nyfødt barn, og ud fra biologien erklærer, at barnet er en pige, så begynder en langvarig proces af interpellationer, hvor barnet kontinuerligt vil blive "girded" (s. 49). Idet lægen proklamerer det biologiske køn, bliver der skabt en forventning om, at dette vil genspejle sig i det sociale køn. I de situationer hvor der er en uoverensstemmelse mellem det biologiske og sociale køn, som det ofte ses med LGBT+ personer, kan individet ikke imødekomme de normer, kønnet tillægger sig. Dette kan være et grundlag for svigt (Butler, 1997, s. 49). Denne proces gør det klart for os, at man som udgangspunkt altid vil forvente, at individet identificerer sig som ciskønnet, hvilket yderligere cementerer forståelsen af vores samfund som heteronormativt. Ligesom Butler (1997) tillægger Foucault (1978) også de sproglige handlinger stor betydning i forhold til subjektets fremstilling af køn og seksualitet. I sin beskrivelse af tilhørsforholdet mellem kønnet og magten belyser Foucault (1978) sin antagelse om *talerens fordel*. Idet at kønnet er knyttet op på en *repressionsterminologi*, der aspirerer til skam og fortielse, bliver den blotte italesættelse betydningsfuld. Foucault (1978) forklarer repressionsbegrebet gennem forståelsen af børn som kønsløse:

"Om børnene, for eksempel, ved man meget vel at de ikke har noget køn - hvilket bliver grunden til at forbyde dem det seksuelle, grunden til at forhindre dem i at tale

om det, grunden til at lukke øjnene i og stoppe ørene til overalt hvor de kunne komme til at vise det, grunden til at pålægge dem en indstuderet tavshed" (s. 12).

Repression skal dermed forstås som en tavshedspålæggelse på individet, og en forståelse af at det, der ligger under for repression, ikke eksisterer: "(...) om alt det der kan intet siges, intet kan ses, intet kan vides (Foucault, 1978, s. 12). Hvis subjektet derfor går imod den normative forståelse af, hvilken måde man må tale om køn og seksualitet på, modsætter vedkommende sig den herskende 'lov'. På denne måde kan et subjekt gennem sproget sætte sig uden for magten, hvorved subjektet kan tage forskud på en mulig fremtidig frihed (s. 14). Vi finder Butler (1997) yderst relevant til vores undersøgelse, da det netop er sproget, vi er interesserede i at studere. Ud fra vores interviews med sygeplejerskerne, kan vi ikke sige noget om LGBT+ patienternes kønshandlinger, men vi kan observere det sprogbrug, der anvendes om kønslige- og seksuelle minoriteter, og dermed tilegne os viden omkring de forståelser, der hersker i det danske sundhedsvæsen. Vi vil undersøge den magt, der ligger i sproget ud fra Foucaults (1978) begreber om talerens fordel og repressionsterminologi, og hvad dette har af betydning ud fra sygeplejerskernes udtalelser og sprogbrug.

### Alternativt interpellationsbegreb

I et opgør mod interpellation har Butler (1997) en kritisk tilgang til selve processen. I subjektiveringsprocessen er der, ifølge Foucault (1978), tale om, at subjektet er indlejret i historisk betingede konstellationer og ikke kan isoleres herfra. Butler (1997) ser det dog som situationsbetinget og dermed som en del af det performative. Der bliver derfor skabt et rum, hvor det performative i lige så høj grad kan formgive et subjekt. På denne vis får interpellationsprocessen sin berettigelse i og med, at det performs, og først dér bliver subjektet formet. En vigtig skelnen fra Foucaults (1978) subjektiveringsproces, som netop sætter subjektpositionen i relief, er, at der ifølge Butler (1993) er positioner, som aldrig vil være komplette eller stabile, da formgivningen finder sted i diskursen (s. 18). Hermed erklærer Butler (1993), at de historiske konstellationer, som førhen har haft en magtfuld placering i formgivelsen af subjektet, er reviderbar. For indeværende speciale betyder det, at der er skabt et mulighedsrum for at se på subjekter ud fra en situeret og en historisk konstitueret



position. Kombinationen af dette tillader os at se på, hvordan der opstår interpellation set ud fra to forskellige perspektiver. I interpellationen udspilles der et magtforhold, hvor sygeplejersken kan anskues som anonym, identitetsløs og autoritær i forhold til patientens position, der i situationen kan blive reduceret til sin anatomi. Dette så vi ekspliciteret i Mols (2002) observationsstudie. I den situation vil hver position virke generel og arbitrær, samt vil der opstå et udtalt magtforhold, hvor sygeplejersken interPELLerer patienten. Butler (1993) italesætter, hvordan ordet queer kommer ud af interpellation, og har opereret som et begreb, der engang havde til formål at udskamme subjekter (s. 19). Da begrebet har opereret i et felt af anklager, patologisering og fornærmelser, ved at blive benyttet netop i disse sammenhænge, har ordet queer en historisk konstitueret fastsættelse netop her. LGBT+ samfundet tog begrebet til sig, og begyndte at benytte det i en ny bekræftende sammenhæng, og begrebet blev derfor anvendt i en ny situeret kontekst. Begrebet formår derfor at lave et scenskift, hvilket også yder en demokratiserende og kollektiv effekt, da ordet aldrig vil være forankret i en betydning, men hele tiden være i en proces på trods af, at intentionen bag ordet ikke forsvinder (Butler, 1993, s. 18). Selve intentionen mobiliserer derfor hvilke magtstrukturer, som er bagvedliggende for interpellationen (Butler, 1993, s. 23). Butler (2004) forklarer, at sundhedsvæsenet forsøger at opnå en normalisering, hvad interkønnede børn angår. Når børn fødes uden at kunne blive tildelt et biologisk køn, fordi begge biologiske køn er til stede i fysiologien, vil det påbegynde en proces, hvor sundhedsvæsenet forsøger at normalisere ud fra faste, heteronormative kategoriseringer. Sundhedsvæsenet tilbyder derfor korrigerende operationer for at tilvejebringe en følelse af, at individet kan passe ind og være tilpas. Følelsen af at blive normaliseret er et forsøg på at passe ind i samfundsstrukturer, som er historisk opstillet, hvortil man som subjekt kan få en tilhørsfølelse, og dermed ikke ligge uden for en normalværdi (Butler, 2004, s. 53). Her træder den regulerende håndhævelse af køn i kraft. Dog vil effekterne af disse efterlade store konsekvenser for subjektet i forsøget på at opnå det idealiserede, kønslige mål. Dette rækker ud over sundhedsvæsenet, da denne konstruerede normalværdi også vil kunne genkendes i andre samfundsinstitutioner. I et forsøg på at opstille køns kategorier, tager sundhedsvæsenet ikke hensyn til det sociale køn, som Butler (2004) mener, ikke er en naturlig forlængelse af det biologiske.

## Heterocentrisk forudindtagetethed i samfundet

Butler (1990) præsenterer begrebet den heteroseksuelle matrix, der er en forudsætning for, hvordan vi forstår det samfund, vi lever i. Samfundets forventninger til individet er skabt ud fra indlejrede normer og værdier, hvor vi som udgangspunkt altid vil definere en person som heteroseksuel, indtil andet er bevist (Butler, 1990, s. 44). Ud fra dette begreb fastsættes en heterocentrisk forudindtagetethed, hvor heteroseksualiteten er det normaliserede, og hvor vi anskuer mand og kvinde som værende i binær opposition til hinanden. Hermed sagt at samfundet generelt handler ud fra, at der eksisterer to køn, mand og kvinde, som står i kontrast til hinanden (Butler, 1990, s. 45). I det binære kønssystem hersker den heterocentriske diskurs, der foreskriver, hvordan individet skal handle og agere for at blive socialt accepteret. Denne diskurs udspiller sig også i forståelsen af menneskets begær, hvor samfundet antager, at en mand begærer en kvinde og omvendt (Butler, 1990, s. 45). Butlers (1990) forståelse af samfundet som heteronormativ, ser vi også afspejlet i Foucaults (1978) skildring af seksualitetens historie. Ud fra et historisk perspektiv beskriver Foucault (1978), hvordan seksualitet kun har været værdifuldt at italesætte i forbindelse med forplantning. Al anden seksualitet skal nedtones og anses som unormal at tale om i en social kontekst, hvortil de afvigende seksualiteter har måtte eksistere i det skjulte (Foucault, 1978, s. 12). Foucault (1978) forklarer, hvordan seksualiteten ligger under for repression, hvor subjektet pålægges en indstuderet tavshed. Denne repression er svær at afsværge, da den er historisk og politisk forankret, hvilket fastholder undertrykkelse (s. 13-14). Ifølge Foucault (1978) er det en særligt langsommelig proces at nå til et sted, hvor seksualiteten ikke fremstilles som skamfuld, da det at tale frit og åbent om lyst og seksualitet er fremmed for den historiske gang, og modstrider den repressive magt (s. 18).

Et andet scenarie, der tydeliggør den heterocentriske diskurs i samfundet, ser vi ud fra det faktum, at LGBT+ personer forventes at 'springe ud' og afsløre deres seksualitet - noget der aldrig ville være nødvendigt for en heteroseksuel person (Butler, 1993, s. 309). Butler (1993) argumenterer for, at det at 'springe ud' ikke er en enkeltstående episode, men en proces der kontinuerligt finder sted i LGBT+ personens liv. Dette sker i kraft af mødet med nye bekendtskaber eller institutioner, hvor du skal verificere din seksuelle identitet (s. 309). Selvom du lever som åbent,

erklæret LGBT+ person, vil du alligevel opleve scenarier, hvor det bliver antaget, at du definerer dig som heteroseksuel, og derfor skal oplyse, at du ikke identificerer dig på denne måde. Samtidig beskriver Butler (1993), at den blotte handling at 'springe ud' medfører en ny gennemsigthed for individet, hvor man bliver vurderet anderledes end før handlingen, og fratager sig selv kontrollen over, hvordan man bliver mødt i samfundet (Butler, 1993, s. 309). Ifølge Butler (1993) bliver den obligatoriske heteroseksualitet opstillet i samfundet som det originale og sande, hvortil individer med en anden seksualitet end normen bliver anset som en efterligning eller kopi af heteroseksualiteten (s. 312). Butler (1993) argumenterer for, at heteroseksualiteten altid vil fejle i sin tilnærmelse som værende idealet, og hvis vi stoppede med at anskue homoseksualiteten som en kopi, ville der ikke være en konstruktion af heteroseksualiteten som original (s. 312).

I sine studier omhandlende magtens påvirkning af subjektet har Foucault (1978) forsøgt at: "(...) opsøge instanserne for produktion af tale (der selvfølgelig også indordner tavshed), for produktionen af magt (som nogle gange har til opgave at forbyde), og for produktion af viden (som ofte sætter systematiske fejltagelser og udeladelser i omløb)" (s. 21). I forlængelse af denne forståelse for vidensproduktion, præsenterer Foucault (1978) samtidig konceptet om 'viljen til viden' (s. 21). Her beskriver han, at der er mange nedslagspunkter i historien, hvor subjektets vilje til viden ikke har ladet sig bremse af ubrydelige tabuer. På seksualitetens område ses dette, når subjekter gentagende gange har forsøgt at konstituere en videnskab om en mangleformet, polymorf seksualitet, der står i kontrast til det herskende heteronormative system (Foucault, 1978, s. 21).

Foruden at belyse den heteronormative forudindtagethed, tydeliggør Butler (1993) samtidig en problematik, vi kunne dokumentere gennem vores litteraturreview: Om man skal erklære sin kønslige- eller seksuelle identitet. Butler (1993) er således relevant for os at anvende til at undersøge, hvilke områder som kan anses for at være problematiske i forhold til, hvordan køn og seksualitet erfares af sygeplejerskerne. Butler (1990) er særligt anvendelig, da vi arbejder kvalitativt og ønsker at undersøge, hvordan oplevelser og erfaringer sprogligt konstruerer en virkelighed. Ydermere kan disse problematikker, ud fra Foucaults (1978) perspektiv

om seksualitetens domæne, gengive, hvordan historiske konstellationer er med til at fastholde køn og seksualitet i binære oppositioner.

Andethed som kontrasten til normalitet

Andethed vil som begreb i indeværende opgave blive anvendt til at beskrive 'det andet', altså det som ligger uden for normen. På den måde har vi et begrebsapparat til at beskrive en særlig fremmedgørelse og diskriminerende adfærd. Andethed er derfor et anvendt begreb som favner disse ord, da vi ikke kan sige, om der er tale om intentionel diskrimination af LGBT+ personer.

I vores kvalitative interviews har vi netop forsøgt at få italesat særlige oplevelser og erfaringer, samt hvilken adfærd sygeplejerskerne anvender, hvilket bidrager med et subjektivt perspektiv. Andetheden skal derfor ikke forstås som forankret i verden, men som en situationel episode i samtalen. Når man taler om andethed, så er der også tale om normen. Dette kan kun lade sig gøre på betingelse af, at der er tale om binære oppositioner. Da vi vil tale om 'det normale', er vi nødt til at lave afgrænsninger begrebsmæssigt, hvilket skaber rum for, at der er tale om 'det andet'. I et forsøg på at træde ud af det binære betydningssystem, har vi dermed også muliggjort en gråzone, hvor der er plads til at tale om elementer, som ikke kan afgrænses i et binært system. I vores forståelse af køn og seksualitet har vi derfor også måtte tilegne os et binært betydningssystem, med mulighedsrum for afvigelser, der stadig kan ligge inden for binær betydningsdannelse.

For at forstå begrebsapparatet andethed, som vi anvender i opgaven, er det væsentligt at pointere, hvordan køn er blevet reguleret. Når Butler (2004) italesætter regulering af køn, er dette samtidig en anerkendelse af den institutionaliseringsproces, hvor subjekter forsøges at gøres regulære, og dermed bliver underlagt 'det normale' inden for et område. Dette er også en konstitueret anerkendelse af de konkrete love, regler og politikker, som udgør den instrumentale proces, hvori subjekter reguleres (Butler, 2004, s. 40). Når der tales om køn og seksualitet, mener Butler (2004), at der ikke udelukkende kan være tale om eksterne og institutionelle reguleringer. Hvortil de sætter kompleksiteten op om, hvorvidt disse reguleringer afføder flere muligheder for kønslig- og seksuel identitet.

Begrænsningerne i samfundets regulering af køn skaber denne andethed, som netop ligger uden for dét, der anerkendes som regulært køn i et binært betydningssystem.

Til at forstå subjektets tilblivelse gennem regulering, trækker Butler (2004) på Foucaultiansk videnskab, og fremsætter disse to forbehold (s. 41):

1. De regulatoriske instanser har ikke blot magt over det eksisterende subjekt, men formgiver også subjektet i en igangværende proces.
2. For at blive et subjekt til en regulation, bliver man også subjektiveret af selve processen.

Disse hænger unægteligt sammen, og er en proces, som finder sted sideløbende med hinanden. Foucault (1978) mener derfor, at køn i sig selv udspringer af en regulatorisk magt, der trækker paralleller til historiske konstellationer. Butler (2004) udtrykker sin uenighed, da drivkraften bag køn og seksualitet overskrider historien ved også at være reguleret af sociale- og kulturelle normer i samfundet, hvorved dette bliver en større operation af magt (s. 41).

Når vi anvender begrebet norm, opererer vi indenfor et felt af sociale praksisser, som den implicitte standard. Normer fungerer oftest implicit, men kan også vise sig som eksplicite i forbindelse med de praksisser, de anvendes i, især hvis konteksten er inden for et normaliseringsprincip (Butler, 2004, s. 42). Normer inden for køn og seksualitet kan kun afgøres ud fra den sociale kontekst, hvori det figurerer. Når noget ligger uden for normen, udspilles der et paradoks, da normen gør sig forståelig i den sociale kontekst, samtidig med at normalisere konteksten for os, kan det være udenfor normen i en anden social kontekst. Der skal derfor være forhold, hvori normen skal placere sig, og hvis ikke normen kan finde sit indpas, opstår andetheden i konteksten (Butler, 2004, s. 42). Køn opererer i et spektrum, hvor maskulinitet og femininitet udspiller sig. Hvordan subjekter placeres heri, har betydning for, hvorledes man bliver opfattet som normal inden for en social kontekst. På samme vis bliver der også talt uden om de binære betydningssystemer, da den vil gå i sig selv (Butler, 2004, s. 43). Dog vil der blive udøvet en regulerende

operation fra samfundet, som konstant prøver at afsætte køn i de binære oppositioner.

Ifølge Foucault (1978) skal normer som begreb anvendes til at beskrive en særlig variation af regler, som en måde at reproducere dem og en måde at valorisere dem. En normalisering vil ifølge Foucault (1978) være en operation af en bureaukratisk magt. Mekanismen bag en norm vil derfor markere mobiliteten af den regulerende magt, som bliver produktiv, og vil derfor blive set som en transformerende funktion (Butler, 2004, s. 50). Ifølge den foucaultianske videnskab vil alt udenfor normen derfor blive set som en del af normen, og derfor har det en afgørende betydning for dens egen funktion, da det allerede vil ligge i betydningens natur (Butler, 2004, s. 50). Når begrebet anvendes på denne måde, vil alt udenfor normen blive en andethed, og allerede have betydningen af at være uden for normalområdet. Der vil i andetheden derfor være en iboende undertrykkelse, som konsekvens af at tænke på normer ud fra et foucaultiansk perspektiv. Butler (2004) argumenterer for, at normen i sin produktion og reproduktion kan placeres i en magtstruktur, men hvis normen ikke aktivt anvendes, vil normen miste sin berettigelse (s. 52).

Et vigtigt skridt for kønsteori og især queerteori er adskillelsen mellem køn og seksualitet, så disse ikke forudsætter hinanden (Butler, 2004, s. 54). Da disse nu bliver anset for to separate elementer gør, at et givet køn ikke nødvendigvis hænger sammen med seksuel praksis. På den måde er queerteori med til at nedbryde den kausale determinisme, som findes mellem køn og seksualitet, og kan på denne måde eliminere den binaritet, som opstår gennem kønnene. Ifølge Butler (2004) bliver transkønnethed et vidnesbyrd på, at køn og seksualitet ikke kan reduceres af en forudbestemthed (s. 54).

Indeværende opgave vil se på ordet regulering som en proces, der forsøger at gøre køn og seksualitet regulært inden for en normalisering. Foucaults (1978) måde at se regulering stammer fra et historisk perspektiv, hvor normer bliver demonstreret gennem håndhævelsen af love i samfundet. Mens at Butler (2004) ser normer ud fra øjeblikke, hvori normer kan rekonstrueres ud fra den kontekst, hvori de udøves. Komplexiteten består af, Foucaults (1978) pointe omkring en historisk betingethed

for normer, da selve rekonstruktionen af normen, ifølge Butler (2004), forudsætter, at normen har været benyttet i en anden kontekst forinden.



# KAPITEL 5

## TEMATISK ANALYSE



# Analyse

I nedenstående afsnit vil vi præsentere, hvordan mønstre tydeliggør problematikker gennem vores kvalitative interviews. Disse mønstre har vi inddelt i fire overordnede temaer. Til hver af de fire overordnede tematikker tilknytter vi undertemaer for at skabe et overblik over de problematikker, der bliver tydelige gennem sygeplejerskernes udtalelser. Efter at have præsenteret problematikkerne, vil vi behandle disse gennem vores teoretiske ramme. Dernæst perspektiverer vi analysens fund til de problematikker, der blev fremhævet i vores litteraturreview. Afslutningsvis vil vi lave en opsamling af analysens fund. Temaerne er udvundet med det formål at kunne besvare vores problemformulering ud fra vores poststrukturalistiske tilgang og teoretiske ramme.

## Tema 1 - Differentierende viden om LGBT+ ses i sproget

Sygeplejerskernes udtalelser og sprogbrug vidner om en differentieret forståelse for LGBT+, og hvad det betyder. I dette tema vil vi kigge nærmere på sygeplejerskernes konkrete ordvalg på sætningsniveau, når de taler om LGBT+, og hvordan de fremstiller denne patientgruppe herigennem.

### Forståelsesproblemer

Når vi dykker ned i sygeplejerskernes ordvalg relateret til LGBT+, ser vi, hvordan nogle af sygeplejerskerne har et meget begrænset sprog omkring kønslige- og seksuelle minoriteter. Dette ser vi allerede i introduktionsfasen af vores interviews med JA og AN. Idét vi anvender termen LGBT+ patienter, spørger JA: "Hvad er det for nogle patienter, du snakker om?" (Bilag 5, l. 224). AN stiller også spørgsmål til samme terminologi: "Bare lige et spørgsmål. Altså det der LGB eller hvad det nu hedder. Hvad er det overordnet, at det står for?" (Bilag 5, l. 1229). Her belyser AN selv sine forståelsesudfordringer i forhold til LGBT+, og at hun ikke er klar over, hvilke individer forkortelsen favner. Vi ser samtidig nogle forståelsesudfordringer samt et begrænset sprogbrug omkring LGBT+ hos AN, når vi spørger ind til hendes seksuelle orientering. Her beder hun om at få gentaget spørgsmålet og svarer efter gentagelsen: "Åh, jeg er til mænd" (Bilag 5, l. 1247). Her kan det diskuteres, om AN

på daværende tidspunkt ikke kunne finde frem til ordet heteroseksuel, eller om at hun som ciskønnet heteroseksuel kvinde muligvis ikke udsættes for spørgsmål om sin seksuelle orientering så ofte, hvorfor det terminologiske svar for hendes seksuelle identitet ikke lå først for. AN's forståelsesudfordringer vedrørende terminologien omkring seksuel identitet dokumenteres senere i interviewet, når vi spørger ind til, om hun kan se på en patient, om vedkommende er heteroseksuel: "Altså den er jo lidt svær, men nogle gange og nogle gange ikke. Nu har jeg ikke mødt nogle, som har været heteroseksuelle" (Bilag 5, l. 1336). Her går vi ikke ud fra, at AN aldrig har mødt en heteroseksuel person, men forventer at hun misforstår ordet homoseksuel med heteroseksuel. Vi ser samtidig, hvordan JA bliver forvirret omkring den korrekte terminologi, når hun forsøger at komme frem til ordet homoseksuelle: "Altså i det homofobiske, nej ikke homofobiske, men i det nej hvad hedder gradbøjningen af homo" (Bilag 5, l. 332). Her hjælper vi hende med at finde frem til ordet 'homoseksuelle', hvorefter hun adopterer det i sit sprogbrug.

Når AN omtaler LGBT+ personer, bruger hun vendingen "inden for det" (Bilag 5, l. 1351) samt "de typer" (Bilag 5, l. 1376), der endnu engang bevidner om et mangelfuldt sprogbrug relateret til seksuel identitet. AN følger det samtidig op med, at hun har svært ved at forstå "den verden" (Bilag 5, l. 1406), jævnfør LGBT+ miljøet. AN arbejder med psykisk syge børn og unge i alderen 13-17, og beskriver sine følelser omkring LGBT+ således:

"Jeg har det sådan, du må være lige den, du har lyst til, og du må have lyst til lige den, du har lyst. Så jeg har ikke sat mig så meget ind i det. Hvor jeg bare synes det er fedt, at du kan lide den person eller ham eller hende eller whatever. Jeg er ikke så kendt på det område" (Bilag 5, l. 1376).

AN præciserer, hvordan hun accepterer alle seksualiteter, dog følger hun ovenstående op med: "(...) der gør de måske bare for alle andre gør det, og det er lidt en trend" (Bilag 5, l. 1409). Ved at omtale unge LGBT+ personers seksuelle identitet som en trend, henviser hun til en samfundsmæssig forståelse af, at børn, qua deres alder, ikke forstår deres seksuelle identitet endnu.

Flere af sygeplejerskerne beskriver episoder med kolleger, hvor de føler, at kollegernes ageren afslører en manglende forståelse for LGBT+. EM beskriver det som respektløst, og hvordan det giver ham et forvrænget billede af sine kolleger, hvis han oplever, at de er stereotypiske i deres holdninger og adfærd over for LGBT+ patienter (Bilag 5, l. 791). AA oplever, at kolleger omtaler non-binære patienter som "mærkeligt eller mystisk" (Bilag 5, l. 1558) og fremfører en overbevisning om: "(...) hvis de har et køn så har de et køn og så skal de også omtales ved det køn" (Bilag 5, l. 1561). AA følger dette op med at tydeliggøre, at hun ikke deler dette syn (Bilag 5, l. 1567). Både EM og AA ser her negativt på de af deres kolleger, der vælger at omtale LGBT+ patienter på denne måde. Til problematikken omkring kollegers manglende forståelse for LGBT+, fremlægger CH en episode, hun har oplevet:

"Vi havde en episode for ja, det er nok næsten et år siden. Der kommer en transkvinde ind, hvor min kollega så påtaler over for transkvinden, der nok ikke er særlig langt i sin transition, at hun er en flot kvinde. Der tiltaler eller påtaler vedkommende på det i forhold til transitionen og det at være en kvinde. Og det synes jeg var en lidt ærgerlig tilgang til det. Min kollega har jo ment det som et kompliment klart, men på et misforstået grundlag" (Bilag 5, l. 984).

Hun vurderer her, at kollegaen kom fra et godt sted, men at complimenten i denne kontekst ikke var velplaceret. Da den knytter sig til patientens transitionsproces, ender den gode intention med at gøre det modsatte, end hvad der højst sandsynligt var hensigten.

En hensynsfuld terminologi

I interviewet med AM demonstrerer hun med sine ordvalg og refleksioner en hensynsfuldhed over for sine LGBT+ patienter:

"Vi har jo transseksuelle patienter så vi har også patienter med et kvindeligt fødselskøn og nu identificerer sig som mænd som bliver indlagt hos os hvor de får fjernet deres livmoder og deres æggestokke og der tænker jeg meget over mit sprogbrug og jeg har det også sådan at når jeg møder dem for første gang spørger jeg hvad jeg må kalde dem øh og hvad de identificerer sig som" (Bilag 5, l. 1093).

Med sprogbrugen 'kvindeligt fødselskøn' og 'identificerer sig som mænd' anerkender AM, at der både eksisterer et biologisk og socialt køn, hvor hun italesætter patientens køn ud fra vedkommendes egen identitetsfølelse. Når AM i mødet med ovenstående patienttype interesserer sig for at italesætte patienten korrekt, vidner det om en hensynsfuldhed over for LGBT+ patienter. AM's opmærksomhed i forhold til sit eget sprogbrug understøtter samtidig denne hensyntagen.

HE anvender som den eneste sygeplejerske konsekvent ordet 'partner' gennem hele samtalen, når hun refererer til en patients samlever (Bilag 5, l. 508, l. 522, l. 525). Vi adspurgte HE om dette er en terminologi, hun normalvis holder sig indenfor, hvortil hun svarede ja (Bilag 5, l. 583). Dermed antager vi, at HE ikke blot anvender dette ordvalg, fordi hun taler med os, og er blevet præsenteret for interviewets fokus, men at det er et ordvalg, hun generelt har implementeret i sin praksis som sygeplejerske. Idet HE benytter ordet 'partner' i stedet for et kønnet ordvalg som 'mand' eller 'kone', antager hun ikke patientens seksualitet på forhånd, hvilket vi forstår som et hensynsfuldt valg. Dette aktive valg om at benytte et ikke-kønnet term kan samtidig skyldes det faktum, at HE selv identificerer sig som biseksuel. Det at hun identificerer sig med LGBT+, og dermed potentielt selv ligger under for stigmatisering, kan være grundlaget for, at hun ikke vil være forudindtaget omkring heteroseksualitet i sit sprogbrug.

Vi ser samtidig en udtalt hensynsfuldhed hos EM, når han skal gå ind i en patients intimsfære for at udføre behandling: "Eller jeg spørger selvfølgelig altid, når jeg giver mig tilkende, eller når jeg skal skifte nogle. Eller når jeg indgår i den intime sfære. Så spørger jeg altid om lov" (Bilag 5, l. 722). Denne udtalelse belyser EM's behov for samtykke fra patienten, når det arbejde, han skal udføre, er af intim karakter, hvorfor vi ser dette behov som en hensyntagen over for patienten. Adspurgt om SA tror hendes køn spiller ind i samtalen om seksualitet med patienten, reflekterer hun både over sit køn og sin seksualitet og betydningen af disse: "(...) altså fordi jeg er kvinde og heteroseksuel, så det er jo begrænset, hvor meget man kan sige. Jeg kan selvfølgelig sætte mig ind i andre folks situationer, men jeg ved ikke, hvad det vil sige at være en minoritet" (Bilag 5, l. 189). Her anerkender SA sin egen bias som ciskønnet, heteroseksuel kvinde. Hun tager dermed hensyn til LGBT+ patienter og

deres oplevelser som minoriteter ud fra bevidstheden om, at hun aldrig vil kunne forstå deres situation til fulde.

Et spørgsmål om normalitet

Vi har ud fra vores kodning af empirien bemærket, hvordan ordet 'normal' gentagende gange benyttes af flere af sygeplejerskerne, hvor det får en forskellig betydning alt afhængigt af konteksten, samt hvad normalitet sættes op imod. CH forklarer, hvordan hun i ISV'ens seksualitetsafsnit oftest skriver: "IA som betyder intet abnormt" (Bilag 5, l. 919). Frasen 'intet abnormt' henviser til, at der umiddelbart ikke kan påvises nogen unormalitet. Vi finder dette interessant, da man i så fald kan diskutere, at hvis CH vælger at nedfælde noget vedrørende seksualitet, kunne det anses som værende uden for normalitet. I den forstand ville en ciskønnet, heteroseksuel person være 'intet abnormt', hvormed hvis en transpersons kønsskifte blev noteret, ville dette blive fremstillet som 'abnormt' holdt op imod den standardiserede praksis, CH beskriver. Da JA fortæller om en episode med en HIV-positiv kvindelig patient, forklarer hun: "Nej, jeg tror ikke fordi hun var inden for normalitet, hvis du forstår" (Bilag 5, l. 346). Med denne udtalelse tydeliggør JA, at patientens seksualitet for hende ikke var ualmindelig, hvor vi formoder, at hun henviser til patientens seksuelle identitet eller antallet af seksuelle partnere. En LGBT+ patient, eller en patient med et højt antal seksuelle partnere, ville ud fra denne forståelse være uden for normalitet. Vi ser, hvordan ordet normalitet får en lignende betydning ud fra EM's anvendelse af ordet, idet han udtaler: "Om det er en LGBT+ eller en helt normal ciskønnet patient" (Bilag 5, l. 776) samt "Om det er en LGBT+ person eller en normal person" (Bilag 5, l. 838). Ved at italesætte ciskønnede, heteroseksuelle personer som normale, og sætte denne forståelse op imod LGBT+ personer med anvendelsen af ordet 'eller', bliver LGBT+ personer gjort til de 'unormale' i denne kontekst. Senere i interviewet ser vi, hvordan EM reflekterer over sit eget brug af ordet normal: "Såvel som at det både kunne være, altså nu havde jeg lyst til at sige normale, men det synes jeg ikke er så fint at bruge" (Bilag 5, l. 864). Her påtaler EM den betydning, han selv tillægger ordet ved at benytte det i konteksten heteroseksuelle personer versus LGBT+ personer. Omend EM slutteligt i interviewet overvejer sit brug af ordet 'normal', ser vi denne udtalelse som en

selvmodsigelse, da han allerede har anvendt 'normal' som modstykket til LGBT+ to gange tidligere i interviewet, uden at reflektere over det.

Vi ser også, hvordan sygeplejerskerne omtaler heteroseksuelle og LGBT+ personer som værende lige normale, når AA siger: "(...) altså behandle dem som værende helt normale mennesker ligesom alle os andre" (Bilag 5, l. 1569). Det er i ordet 'ligesom', at LGBT+ personer og heteroseksuelle personer opstilles som lige normale. Ifølge AA er forståelsen af LGBT+ som normalt sket i kraft af samfundets udvikling:

"Nu tror jeg bare det er en generel ting fordi jeg er jo ret ung så jeg ser det jo som meget normalt altså at der er alle de her ting. Fordi det er jo sådan vi lever nu i Danmark" (Bilag 5, l. 1547).

Her understreger AA, at hendes syn på differentierede seksualiteter som normalt udspringer af den tid, hun er vokset op i, og den generation hun er en del af. Dermed sagt, at den en ældre generation muligvis ikke ville have den samme forståelse for LGBT+ som det normale. SA forklarer, hvordan hun stiller neutrale spørgsmål, når hun spørger ind til en patients partner, og dermed ikke antager patientens seksualitet på forhånd: "(...) altså for mig er det jo helt normalt, at ham der er indlagt, at han kan være gift med en mand, som han kan være gift med en kvinde" (Bilag 5, l. 126). I hendes optik er det forventeligt, at patienten både kunne identificere sig som heteroseksuel eller som LGBT+, og dermed bliver ingen seksualitet fremhævet som mere eller mindre normal.

Irettesættelse fra patienten

Udtalelserne illustrerer, hvordan sygeplejerskerne har oplevet at blive irettesat, hvis de har fejlbedømt en patients seksualitet eller kønsidentitet. JA erindrer flere episoder, hvor hun har antaget, at en patients partner var af det modsatte køn: "Ja der har været episoder hvor man går ud fra at det er din mand eller din kone og så har de har sagt, at det er min mand, så på den måde" (Bilag 5, l. 378). Ifølge SA kan det være svært at se, hvilket tilhørsforhold patienten har til de pårørende. Hertil om det eksempelvis er en romantisk partner eller et familiemedlem, hvormed der kan opstå rettelser fra patienten: "Men patienterne er også gode til at sige, når nej, det

var min mand” (Bilag 5, l. 133). Foruden at seksualitet kan blive fejlbedømt, ser vi også, hvordan sygeplejerskerne har oplevet at italesætte en patient med et køn, patienten ikke identificerer sig med. AN informerer om, at hun er blevet irettesat flere gange af patienter, hvis køn hun har fejlvurderet:

“Jeg har det lidt svært med, hvad hedder de nu, dem der ikke har et køn. Dem der er intet køn, hvordan man skal tale om dem eller de, eller hvad de nu hedder. Ja, der er jeg blevet italesat, fordi jeg bytter om på det” (Bilag 5, l. 1386).

AN anerkender selv sine udfordringer med at italesætte non-binære personer korrekt og sit manglende sprog, der demonstreres gennem “dem der er intet køn” (Bilag 5, l. 1387), hvilket netop understøtter denne problematik. AN beskriver dog samtidig, at hun sætter pris på at blive rettet, da hun gerne vil italesætte patienten ud fra vedkommendes ønske (Bilag 5, l. 1366). I samtalerne med CH og AA beskriver de begge, at kolleger er blevet irettesat grundet forkert antagelse af en patients køn (Bilag 5, l. 956, l. 1525). Hertil fortæller CH:

“Vi har faktisk en del episoder i afdelingen, hvor kollegaer har fået italesat et køn hos borgeren som kommer, som ikke er korrekt. Og også i forhold til, hvor det har været borgere, der har været forældre med børn, hvor man er blevet irettesat, fordi man har fået omtalt barnet forkert i forhold til kønnet” (Bilag 5, l. 956).

CH fortsætter med at beskrive en situation, der netop var hændt dagen for interviewet: “Man kan sige i dag var der en diskussion med en mor, der kommer ind med sin datter, og man tror først, at det er en søn” (Bilag 5, l. 974). Her oplever CH, hvordan hendes kolleger påtaler over for hinanden, at pigen ligner en dreng, og at de andre kolleger skal lægge mærke til dette. Her er CH’s egen holdning: “Men altså lad nu vær, lad nu bare barnet være barn” (Bilag 5, l. 977). CH forklarer samtidig, hvordan hun forsøger at imødekomme denne problematik om fejlvurdering af køn ved, at hun ikke tiltaler patienten efter sin egen formodning om vedkommendes køn. På hendes afdeling har de indført en regel, der gør sig gældende, hvis flere personer træder ind på afdelingen samtidig. Her får de patienten til at give sig til kende først i stedet for at gå ud fra, hvilken person de skal behandle blot ud fra navn og CPR-nummer (Bilag 5, l. 964).

Ud fra sygeplejerskernes udtalelser ser vi, hvordan rettesættelser finder sted, hvis sygeplejerskerne identificerer patienters køn og seksualitet ud fra deres egen formodning, og italesætter dem ud fra denne. I langt de fleste tilfælde, som sygeplejerskerne beskriver, har de fejlagtigt antaget, at patienterne var ciskønnede og heteroseksuelle, hvilket belyser sundhedsvæsenets indlejrede heteronormativitet.

### Sprogets betydning for subjektforståelsen

De mønstre i sproget, som vi ser anvendt i dette tema, tydeliggør en problematik, hvor der er differentieret viden vedrørende LGBT+, og hvad termen omfavner.

Denne problematik synliggøres især, når det omhandler sygeplejerskernes beskrivelser af egen identitet samt forståelsen af LGBT+ patienters identitet.

Ydermere beskrives, hvordan det 'normale' inden for sundhedsvæsenet reguleres og standardiseres, hvortil der affødes en 'andethed' i det, der lægger sig uden for dét, der omtales som det normale.

Da vi udformede vores interviewguide, var vi bevidste om ikke at afgrænse begrebet LGBT+, da vi ønskede, at interviewpersonerne selv skulle ræsonnere og italesætte det ud fra egen forståelsesramme. Vi identificerede i undertematikken 'forståelsesproblemer', hvordan flere af sygeplejerskerne havde udfordringer med at benytte terminologien inden for LGBT+. Et eksempel, som vi har ekspliciteret i undertematikken, viser, hvordan JA har udfordringer med at finde de passende termer til den patientgruppe, hun taler om: "Altså i det homofobiske, nej ikke homofobiske, men i det nej hvad hedder gradbøjningen af homo" (Bilag 5, l. 332). Dette eksempel stadfæster en interessant nuance for os, hvilket er, at JA's anvendelse af LGBT+ terminologi angiver et begrænset repertoire. Denne nuance eksemplificeres også ved, at AN spørger ind til, hvad der menes med LGBT+, og hvad det står for, da hun oplever vanskeligheder og udviser en usikkerhed omkring forståelsen af begrebet (Bilag 5, l. 1229). Vi ser samtidig, hvordan AN udviser en forståelse af, at unge LGBT+ personer muligvis ikke er bevidste om deres egen identitet, grundet deres unge alder: "(...) der gør de måske bare for alle andre gør det, og det er lidt en trend" (Bilag 5, l. 1409). Selvom AN tydeliggør, at hun accepterer alle seksualiteter, beviser hun her en begrænsning i sin forståelse for,



hvem der må få lov til at identificere sin egen seksualitet. Hermed tilegner hun sig Foucaults (1978) beskrivelse af børn uden en seksualitet. Dette kan være et grundlag for hendes begrænsede repertoire, da hun ikke vurderer sine unge patienters tilkendegivelse af seksualitet som en realitet, og derfor ikke bruger tid på at tillære sig selv den korrekte terminologi omkring LGBT+ i sin praksis.

Anskuer vi dette ud fra Mols (2002) 'Reality of the patient', kan det være problematisk, når sygeplejerskerne ikke har et udviklet repertoire i forhold til at imødekomme LGBT+ patienter. Dette synliggøres ved, at JA's og AN's repertoire, i deres manuskript, ikke favner alle patientgrupper uagtet deres kønslige- eller seksuelle identitet. Dermed kan dette være et udtryk for, at sygeplejerskerne potentielt kan kompromittere patienternes autonomi, hvilket ydermere vil begrænse deres position som subjekt. Sygeplejerskernes begrænsede repertoire kan dermed anskues som en manglende anerkendelse af eller forståelse for patientens identitet. Idét sygeplejerskerne har et begrænset sprogbrug, kan det medføre, at deres manuskript vil fremstå som et begrænset produkt, der er præget af en ensartethed, når de udøver rollen som sygeplejerske. Når sygeplejerskerne ikke kan placere patienternes identitet ud fra heterocentriske kategoriseringer, vil det udfordre sygeplejerskernes vanlige manuskript. Dermed tydeliggøres det, hvordan manuskriptets ensartethed også kortlægger en tilgang til patienter, der tilsidesætter dem som medicinske kroppe frem for subjekter. Når sproget ikke er udviklet til at favne alle patienter uanset deres kønslige- eller seksuelle identitet, så vil den enkelte LGBT+ patients individualitet blive kompromitteret. Sygeplejerskernes manglende sprog for LGBT+ patienter medfører, at subjektet ikke vil blive vedtaget, hvori der opstår et paradoks, da Mol (2002) ikke mener, at man kan adskille subjektet fra objektet. Når sygeplejerskerne ikke har et sprog, der kan vedtage LGBT+ patientens subjekt, men blot opererer med en objektiv, ensartet tilgang, så sker der en minimering af subjektiviteten. Her er det interessant, hvordan det udelukkende er LGBT+ patienters subjektivitet, der bliver begrænset, da sygeplejerskernes manuskript henvender sig til den heterocentriske normalværdi.

Vi kunne samtidig identificere sproglige mønstre, der bevidner om, at flere sygeplejersker opererer med en hensynsfuld terminologi over for LGBT+ patienter. Dette ses, når sprogbrugen 'fødselskøn', 'partner' og 'identificerer sig som mænd'

bliver anvendt i forbindelse med udsagn om patienters kønslige- og seksuelle identitet. Vi vil her argumentere for, at der i udtalelserne sker en regulering af køn inden for sundhedsvæsenet, der anerkender kønnet som performativt og flydende, frem for at anskue køn som en biologisk forankret og statisk størrelse. Ifølge Butler (2004) kan køn reguleres af sociale praksisser og implicite standarder, som sygeplejerskerne anvender og udtaler til dagligt. Særligt gennem deres talehandlinger bliver kønnet en performativ og dynamisk størrelse, når sygeplejerskerne inkluderer og anerkender LGBT+ patienter ud fra måden, hvorpå de italesætter køn og seksualitet. Når kønnet reguleres gennem sproget, vil dette have en magtfuld påvirkning på de strukturer, som foreligger i sundhedsvæsenet. Dette sker, idet at sygeplejerskerne bevidst anvender et repertoire, der omfavner LGBT+ personer, og dermed udfordrer de standardiserede praksisser, som har været fokuseret omkring binære køns- og seksualitetsforståelser.

Som følge af ovenstående er det interessant, hvordan vi identificerer, at HE har et udviklet repertoire vedrørende LGBT+ patienter. Den sociale kontekst, hun konstruerer, skaber en virkelighed for patienter, hvori sprogets anvendelse bliver afgørende for, hvordan køn og seksualitet bliver en performance. HE forklarer, at man som patient hos hende ikke vil blive underlagt samme regulatoriske instanser, og at man som LGBT+ patient i hendes praksis vil blive mødt af hensyn til den individuelle kønslige- eller seksuelle identitet. HE er også den eneste sygeplejerske, som konsekvent benytter ordet partner (Bilag 5, l. 508, l. 522, l. 525). Dette kan være grundet, at hun selv befinder sig inden for LGBT+ spektret, og derfor kender til konsekvensen af at blive diskrimineret på baggrund af identitet. Denne hensyntagen overfor patienten, der kan være betinget af HE's egen seksualitet, konstruerer en social kontekst, som forsøger at modsætte sig sundhedsvæsenets heterocentriske forudindtagethed.

I undertemaet 'Et spørgsmål om normalitet' har vi set flere eksempler på, at sygeplejerskerne opererer med to forskellige perspektiver for normalitet. Hvor et perspektiv tager udgangspunkt i den heteroseksuelle, ciskønnede patient som 'det normale', definerer det andet perspektiv alle individer som 'normale' uanfægtet køn og seksualitet.

Det første perspektiv udfolder sig, når sygeplejerskerne ikke inkluderer LGBT+ personer i deres anvendte normalitetsbegreb, og dermed sætter denne patientgruppe som oppositionen til det udtalte normale ifølge deres forståelse. Dette perspektiv ser vi blandt andet eksemplificeret i EM's anvendelse af ordet normal: "Om det er en LGBT+ eller en helt normal ciskønnet patient" (Bilag 5, l. 776). Heri tydeliggøres hvordan normalitetsbegrebet bliver en afgrænset enhed, der ekskluderer LGBT+ patienter. Når LGBT+ bliver beskrevet som "mærkeligt eller mystisk" (Bilag 5, l. 1558), eller hvis sygeplejerskerne tiltaler LGBT+ patienter ved forkerte pronominer grundet en heterocentrisk forudindtagethed, er dette med til at beskrive, hvad der ligger uden for normalværdien. Den kontinuerlige italesættelse af ordet normal, med reference til det ciskønnede og heteroseksuelle, kan anskues som repressiv terminologi, der påføres LGBT+ personer i et forsøg på at undertrykke og underminere. Dette demonstreres især ved gentagelsen af 'det normale', som i sin funktion skaber et rum for det, som ligger uden for. Den repressive terminologi placerer subjektet i et rum, hvor der udøves en nedladende italesættelse, hvori patientens position ikke kan udvikle sig, da patienten bliver fastholdt af sygeplejerskernes positionering. Der kan derfor være tale om magtstrukturer, som fastholdes ved denne subjektposition og repressive interpellation, der udøves i sygeplejerskernes performativitet. Ifølge Foucault (1978) forholder seksualitetens placering sig historisk til forplantning og frugtbarhed. Dette omslutter en heterocentrisk forudindtagethed, da seksualitet, der ikke kan udmønte sig i reproduktion, ikke skal italesættes i en social kontekst. Derfor bliver subjekter, der identificerer sig som LGBT+ underlagt skam og en indstuderet tavshed, da magtstrukturer i samfundet ikke vil anerkende deres seksualitet som gældende og gyldig. Når sygeplejerskerne interPELLerer deres patienter, vil disse magtstrukturer derfor blive synlige gennem reproduktionen af samme repressive terminologi inden for sundhedsvæsenets rammer. I forhold til måden at anskue køn, under dette perspektiv, vidner det om en traditionel tænkning for reguleringen af køn, hvoraf Foucault (1974) mener, at institutionerne er med til at fastholde de standarder og praksisser, der formgiver køn. Når sygeplejerskerne normaliserer patienter ud fra en heterocentrisk forudindtagethed, kan dette ses som et forsøg på at gøre dem regulære.

Gennem det andet perspektiv identificerer vi, hvordan sygeplejerskernes sprogbrug placerer alle køn og seksualiteter ud fra samme standard for normal. Dette udtrykkes eksempelvis ud fra HE's kønsneutrale sprogbrug gennem ordet "partner" (Bilag 5, l. 508, l. 522, l. 525) samt i SA's udtalelse: "(...) altså for mig er det jo helt normalt, at ham der er indlagt, at han kan være gift med en mand, som han kan være gift med en kvinde" (Bilag 5, l. 126). Gennem første perspektiv identificerede vi, hvordan køn og seksualitet er underlagt en repositionsterminologi. Idet at sygeplejerskerne demonstrerer alle køn og seksualiteters berettigelse, bliver den blotte udtalelse magtfuld, da italesættelsen i sig selv går imod den heterocentriske normativitet. Jævnfør Foucaults (1978) beskrivelse af talerens fordel, sætter sygeplejerskerne sig her uden for magten, når de proklamerer, at LGBT+ personer og ciskønnede personer er lige normale. Hermed tager de forskud på en frihed, hvor denne antagelse vil være den gængse samfundsforståelse. Der opstår dermed en mulighed for frigørelse fra de historiske konstituerede betingelser, når 'normal' anvendes i en ny situeret kontekst. Dette perspektiv mobiliserer en mulighed for, at LGBT+ patienter kan blive interPELLeret gennem magtstrukturer, som ikke forsøger at udskamme eller underkende deres identitetsfølelse.

Mobiliseringen finder eksempelvis sted, når patienten irettesætter sygeplejersken. Vi har dokumenteret, hvordan disse irettesættelser ofte forekommer i situationer, hvor sygeplejerskerne fejlvurderer patientens køn eller seksualitet (Bilag 5, l. 378, l. 133, l. 1385, l. 956). Dette tydeliggør især, hvordan reguleringen af køn og seksualitet finder sted inden for sundhedsvæsenets rammer. Vi ser, hvordan den heterocentriske forudindtagethed demonstreres i praksis i de situationer, hvor patienterne finder sig nødsaget til at rette på sygeplejerskernes antagelser. Ud fra selve irettesættelsen opstår en frigørelse fra de institutionelle strukturer, som sygeplejerskerne forsøger at pålægge patienten. Den konstruerede virkelighed, som sygeplejersken forsøger at iscenesætte, bliver dermed afvist og ikke vedtaget af patienten. Dog ser vi, at sygeplejerskerne accepterer og anerkender patientens irettesættelse situationelt, men vælger at reproducere den heterocentriske forudindtagethed i deres omgang med patienter. Medmindre de har taget et bevidst og aktivt valg om at italesætte alle patienter ud fra en hensynsfuld terminologi.

## Perspektivering til litteraturreview

En af de problematikker, vi har identificeret under dette tema, er, hvordan sygeplejerskerne indgår i samt italesætter LGBT+ patienter ud fra en heterocentrisk forudindtagethed. Det påvirker, hvordan sygeplejerskerne subjektiverer deres patienter. I nogle tilfælde vil det reducere patienten til en medicinsk krop, og herigennem tilføje en passivitet i deres subjektforståelse. En heteronormativ tilgang til LGBT+ patienter kan have betydelige konsekvenser for, hvordan anerkendelse og vedtagelse foregår, særligt i forhold til køn og seksualitet. Samme problematik fremgår i litteraturreviewet, herunder hvordan en manglende individualitet i et behandlingsforløb er et resultat af, at man i det heterocentriske sundhedsvæsen har en tendens til at objektivisere patienter. Objektiviseringen består i at have en forudindtagethed, der er funderet i en binær seksualitets- og kønsforståelse (Soinio 2020; Rossman et al 2017; Fuzzell et al 2016; Dichter et al 2019). Samtidig påviser litteraturreviewet, hvordan et heteronormativt sprogbrug kan skabe en utryghed hos LGBT+ patienten (Fuzzell et al, 2016, s. 1468). Gennem analysen har vi ikke mulighed for at vurdere, om LGBT+ patienten føler sig utryk i mødet med sundhedsvæsenet. Dog kan vi dokumentere, at flere sygeplejersker opererer med et heteronormativt sprogbrug, der ekspliciteres gennem forudindtagethed om køn og seksualitet. Vi har yderligere kunne identificere, hvordan flere sygeplejersker har forståelsesproblemer i relation til LGBT+ personer, hvortil dette kan være resultatet af en institution, der centrerer sig om en heteronormativ tilgang. Vi ser samtidig, hvordan flere af sygeplejerskerne modsætter sig denne heteronormative tilgang, når de tilvælger et sprogbrug, der ikke afspejler en forudindtagethed omkring køn eller seksualitet. Analysen kan dermed synliggøre, hvordan sundhedsvæsenets heteronormative tilgang eksisterer i det danske sundhedsvæsen, såvel som andre vestligt kontekster der er påvist i litteraturreviewet. Herudover belyser analysen, hvordan flere sygeplejersker i den danske kontekst forsøger at imødekomme LGBT+ patienten gennem et hensynsfuldt sprogbrug, der ikke har heteronormativiteten som centrum. Denne hensynsfuldhed har ikke fremgået af de studier, som vi er blevet bekendte med i litteraturreviewet. Inden for dette forskningsfelt ser vi derfor et mulighedsrum for at tilegne sig yderligere viden omkring det hensynsfulde sprogbrug, der også er til stede i sundhedsvæsenet. Samtidig har vi i vores analyse kunne identificere, at LGBT+ patienter har en tendens til at irettesætte

sygeplejersker i forhold til anvendelsen af korrekte pronominer. Dermed vælger nogle LGBT+ patienter at trodse den frygt for stigmatisering og diskrimination, der fremgik i litteraturreviewet (Sutherland, 2021, s. 3).

Tema 2 - ISV'en leder ikke naturligt til en snak om kønslig- eller seksuel identitet

Under dette tema vil vi præsentere, hvordan sygeplejerskerne anvender ISV'en som et redskab i deres praksis. Her vil vi dykke ned i de problematikker, der opstår på baggrund af ISV'ens opbygning og terminologi under afsnittet om seksualitet. Vi har gennem vores kodning kunne identificere, hvordan dette afsnit ofte springes let hen over under den indledende sygeplejevurdering, hvortil patientens seksualitet regelmæssigt defineres som 'Ikke aktuel for indlæggelsen'.

"Ikke aktuelt for indlæggelsen"

Gennem empirien tydeliggøres det, hvordan der er forskellige anvendelsesmetoder i forhold til ISV'ens afsnit om seksualitet. Alle vores adspurgte sygeplejersker har fortalt, at de kender til den, og at markeringen 'Ikke aktuel for indlæggelsen' er det hyppigst anvendte i mødet med en ny patient (Bilag 5, l. 1257, l. 78, l. 250, l. 473, l. 707, l. 1470). Dette er uanset sygeplejerskens egen kønslige- eller seksuelle orientering. I samtalen om seksualitetsafsnittet i ISV'en udtaler SA:

"(...) hvis det ikke er noget, der ikke er meget tydeligt, så skøjter man bare over den og siger ikke relevant for indlæggelsen. Altså det jeg man trykker 99,9% af gangene uden egentlig at have snakket med patienten om det" (Bilag 5, l. 44).

Samme markering anvendes af JA, der beskriver:

"(...) det første felt ikke aktuel for indlæggelsen vil nok være det felt, jeg krydsede af. Øh og jeg tænker at mange af mine tidligere kolleger og fra mine erfaringer fortæller mig, at det nok er det, der bliver krydset af" (Bilag 5, l. 250).

Denne holdning deles også af HE, der ser ISV'ens opbygning som et problem, da denne muliggør, at sygeplejersken let kan springe over spørgsmålene vedrørende seksualitet:

“(…) jeg synes måske også at det er for nemt bare at krydse noget af i stedet for hvis der nu ikke var afkrydsningsbokse men bare fritekst så var man tvunget til at skrive noget hvor at her kan det hurtigt blive lidt nemt bare at trykke ikke aktuelt for indlæggelsen hvis det er et emne man ikke har lyst til at gå ind i” (Bilag 5, l. 493).

HE fremviser her en interesse i, at seksualiteten skal nedfældes mere fyldestgørende end blot med et kryds, hvortil denne forståelse deles af AN:

“Det er lidt mere et punkt man springer over. Det er ikke så relevant i forhold til behandlingsmulighederne. Så umiddelbart synes jeg faktisk der skulle være et større fokus på, når man dokumenterer det. Der er nemlig mange, der bare sætter ikke aktuel for indlæggelsen” (Bilag 5, l. 1252).

HE bringer en yderligere problematik frem, idet hun fremhæver vigtigheden af, at hele ISV'en bliver udfyldt. For at sikre at ISV'en bliver besvaret i sin helhed, kan det være lettere og hurtigere for sygeplejersken at undlade, at stille spørgsmål til patientens seksualitet og blot afkrydse 'Ikke aktuelt for indlæggelsen', fordi ISV'ens opbygning tillader sygeplejersken at gøre netop det (Bilag 5, l. 494).

En anden brug af seksualitetsafsnittet ser vi hos CH, hvis erfaring med ISV'en primært stammer fra hendes praktiktid som sygeplejerske i Jylland. Hun havde ikke stiftet bekendtskab med de mange afkrydsningsmuligheder, ISV'en tilbyder, forud for interviewet, og fortalte at hun og hendes kolleger vanligt anvendte fritekstfeltet (Bilag 5, l. 909). I forhold til anvendelsen af fritekstfeltet uddyber CH, at de oftest indskriver: “IA som betyder intet abnormt” (Bilag 5, l. 919). Hermed ser vi, at uanset om sygeplejerskerne vælger at anvende fritekstfeltet eller afkrydsningsboksene, bliver det hyppigst nedfældt, at seksualiteten ikke har relevans for patientens behandling.

Det, at CH har erfaring med en anden udgave af ISV'en, demonstrerer endnu en interessant problemstilling for os. Hvor HE og AN tydeliggør, hvordan afkrydningsboksene gør seksualitetsafsnittet let at springe over, belyser CH, hvordan hun ser dem som en fordel: "Jamen jeg synes jo det er bedre, for det kan være mere med til at styre samtalen. Fordi jeg tænker ikke at alle sygeplejersker har lige meget viden indenfor området til at skrive i fritekstfeltet" (Bilag 5, l. 911). Her gør CH det samtidig klart, hvordan ISV'en udfyldes ud fra den enkelte sygeplejerskes personlige vurdering af, hvad der er relevant, hvortil vedkommendes erfaringsniveau påvirker denne praksis.

Ovenstående illustrerer, hvordan 'Ikke aktuelt for indlæggelsen' er en udmelding, vi møder gentagne gange i vores empiri. Denne knyttes ofte sammen med to perspektiver: Seksualitet anses ikke som relevant for patientens behandling, og køn og seksualitet er emner, der kan være svære at gå ind i. Netop disse to perspektiver vil vi udfolde i de følgende undertemaer.

Seksualitetens relevans er en individuel vurdering

Vi kunne dokumentere i ovenstående tematik, at seksualitet oftest markeres som 'Ikke aktuelt for indlæggelsen', og vi vil derfor undersøge, hvilke problematikker der kan være grundlaget for, at dette er den primært anvendte markering. Samtidig vil vi udfolde de situationer, hvor sygeplejerskerne vælger at nedfælde patientens oplysninger om køn og seksualitet, og hvad der er udslagsgivende for det valg.

En tematik, der blev tydelig i vores kodning af empirien, er, at det er op til den individuelle sygeplejerske at vurdere, hvorvidt samtalen om seksualitet med patienten er relevant for det videre behandlingsforløb (Bilag 5, l. 255, l. 1257, l. 44, l. 505). Flere af sygeplejerskerne gør det klart, at de i langt de fleste tilfælde ikke finder det nødvendigt at vide noget om patientens seksualitet, for at kunne yde behandling (Bilag 5, l. 1238, l. 255, l. 78, l. 678). Hertil forklarer AN: "På den måde tror jeg måske heller ikke det er så relevant i forhold til, hvad man går ind og behandler dem for, altså det er ikke der vigtigheden ligger i behandlingsforløbet" (Bilag 5, l. 1259).



Sygeplejerskernes udtalelser vidner om, at andre dele af ISV'en er vigtigere for behandlingen, og derfor bliver prioritet højere end spørgsmål vedrørende seksualitet. HE beskriver, hvordan hun under seksualitetsafsnittet til tider laver sin egen vurdering, og udfylder afsnittet uden at tale med patienten om det: "(...) hvis det er et ungt menneske så kunne jeg godt klikke seksuelt aktiv af men i princippet ved jeg det ikke" (Bilag 5, l. 538). Vi ser flere steder i empirien, at sygeplejerskerne stiller sig kritiske overfor, hvordan seksualitetsafsnittet bliver anvendt, eller hvor lidt seksualitet generelt bliver berørt i samtalen mellem patient og sygeplejerske (Bilag 5, l. 60, l. 533, l. 707, l. 921, l. 1084, l. 1251). Til dette beskriver SA:

"Jeg tror, fordi det egentlig er meget vigtigt, og jeg også selv synes, at det egentlig er meget spændende. Og jeg tror egentlig at på alle afdelinger, uanset om det handler om hjertet eller hjernen, så kan der jo både være noget med, hvordan det kan påvirke ens seksuelle aktivitet, og så er der måske også i den her tid er behov for at sige noget højt omkring deres køn og seksualitet generelt" (Bilag 5, l. 60).

Her bringer SA to interessante perspektiver på banen, hvor hun blandt andet tydeliggør, hvorfor seksualitet kan være væsentlig for behandlingen på flere afdelinger. Samtidig refererer hun til samfundssituationen med ytringen 'i den her tid' og argumenterer for, at det netop nu kunne være ideelt at adressere køn i en sundhedsfaglig kontekst. Denne udvikling i samfundet kommer JA også ind på: "Men jeg tror også at nu er tiderne nok også lidt anderledes. Jeg tror helt klart at der er sket en kæmpe udvikling" (Bilag 5, l. 289). Hertil uddyber JA, at hun har en sin egen tese om, at patienterne er bedre til at tale om køn og seksualitet i dag, da de er mere frigjorte end tidligere (Bilag 5, l. 295).

Tilfælde hvor seksualitet og køn bliver italesat

Empirien viser os samtidig, at der er situationer, hvor sygeplejerskerne finder det relevant at spørge ind til seksualitet og kønsidentitet. Dette kan være i situationer, hvor de vil sikre sig, at de italesætter en person korrekt med pronominer, som vedkommende identificerer sig med (Bilag 5, l. 101, l. 1095, l. 1473). Heri illustreres en problematik, da vi som tidligere nævnt kunne dokumentere, at sygeplejerskerne sjældent spørger ind til seksualitet sammenholdt med, at fem ud af otte udtalte, at de

ikke kan eller har svært ved at se, om en person er heteroseksuel (Bilag 5, l. 120, l. 1118, l. 1336, l. 1513, l. 571, l. 780). Empirien viser os, at sygeplejerskerne spørger ind til køn og seksualitet i situationer, hvor det visuelt er tydeligt, at patienten ikke er ciskønnet. Her fremhæver to af sygeplejerskerne mødet med transpersoner, hvor den fysiske fremtoning ikke stemmer overens med CPR-nummeret som en situation, hvor de ville spørge ind (Bilag 5, l. 47, l. 1093). En yderligere situation, hvor seksualitet bliver italesat, er i forbindelse med gynækologiske undersøgelser. Her konstaterer AM:

“(...) det er også meget om de er seksuelt aktive for det er rart at vide når vi skal lave gynækologiske undersøgelser om vi skal bruge jomfru spekler som de hedder dem vi undersøger med eller almindelige spekler” (Bilag 5, l. 1053). Ud fra dette scenarie tydeliggør AM, at det er essentielt for sygeplejerskerne at vide, om patienten er seksuelt aktiv eller ej, så de ikke risikerer at anvende et instrument, der potentielt kunne gøre skade på patienten.

Seksualitet er et grænseoverskridende emne

Et fremtrædende mønster i empirien er, at køn og seksualitet kan være svært at tale om. Fem af sygeplejerskerne beskriver samtalen om seksualitet med patienten som noget, der kan være “grænseoverskridende” (Bilag 5, l. 145, l. 529, l. 785, l. 916, 1258). Adspurgt om hvorfor hun og hendes kolleger oftest markerer feltet ‘Ikke aktuelt for indlæggelsen’, svarer AN: “Jeg tror måske, det er fordi, at det er svært at snakke om det. Det kan måske være lidt grænseoverskridende for os sygeplejersker at gå ind og sige til den her patient, hvilken seksualitet har du, er du seksuel aktiv” (Bilag 5, l. 1257). Denne forståelse af seksualitet som noget, der er grænseoverskridende at tale om, knyttes gentagne gange op på, at emnet er tabubelagt (Bilag 5, l. 110, l. 298, l. 927, l. 1287, l. 1470, l. 1504). AN finder det selv grænseoverskridende at skulle tale om seksualitet som det første i mødet med en patient, men klargør samtidig en problematik:

“Men man kan også se det fra et sygeplejeklinisk blik, hvor der ikke burde være noget tabu eller være grænseoverskridende at spørge om, for det er rimelig relevant,

hvis du har hjerteproblemer for eksempel, for så skal man vide, om patienter er seksuel aktiv eller ej i forhold til puls og blodtryk” (Bilag 5, 1291).

Her bliver det tydeligt for os, at der er situationer, hvor det, at seksualitet er tabubelagt, kan have konsekvenser. Bliver seksualitet ikke italesat grundet et underliggende tabu, kan det i visse tilfælde påvirke behandlingen og patientens videre forløb negativt.

### Aktualitetens problematik

ISV’ens kompleksitet illustreres gennem de forskellige sygeplejerskers praksisser, da der er gentagende problematikker, som har nuanceforskelle afhængigt af, hvilken afdeling sygeplejerskerne arbejder på.

Vi har identificeret et mønster blandt sygeplejerskerne, hvor ‘Ikke relevant for indlæggelsen’ hyppigt anvendes i den indledende sygeplejevurdering af patienter. For at tydeliggøre dette har vi inddraget udtalelser, hvor mønstret eksemplificeres. SA beskriver, at hun i 99,9% af tilfældene markerer dette, hvilket også gør sig gældende for JA, der kortlægger, hvordan det også er hendes foretrukne markering i afkrydsningsfeltet (Bilag 5, l. 44, 247). Tendensen tydeliggøres samtidig gennem HE, der forklarer, at det nemmeste er at markere ‘Ikke aktuelt for indlæggelsen’ (Bilag 5, l. 505). Ydermere ekspliciterer AN, at ISV’ens længde er en forhindring, når hun skal tilgå spørgsmålet over for patienten:

“Jeg synes godt man kunne minimere den. Altså man skal kunne have den printet godt inde i hovedet, før man kan tale frit. Ellers går man tilbage til patienten og spørger sådan: hey, jeg glemte lige at spørge om det her” (Bilag 5, l. 1270).

Eftersom vi har identificeret, at spørgsmålet om aktualitet er en individuel vurdering knyttet op på ubehag, kan ovenstående eksempel om ISV’ens længde implicit forstås som undgåelse af spørgsmålet. Når AN blot markerer ‘Ikke aktuel for indlæggelsen’, da længden kompromitterer den frie samtale med patienten, nedprioriteres emnet seksualitet til fordel for ISV’ens andre emner, som AN dermed vurderer, er mere relevante. Uanset bevæggrunden er det interessant at anskue,

hvordan autonomien placerer sig i mødet med patienten. Ved at anlægge Mols (2002) perspektiv på ovenstående eksempler, tydeliggøres det, hvordan aktualitetsbestemmelsen i særdeleshed placerer autonomien hos sygeplejerskerne. Når vi i indeværende speciale anvender begrebet autonomi, henviser vi til Mols (2002) afgrænsning af begrebet, om hvem der tager beslutninger på patienters vegne. Ved at operationalisere Mols (2002) 'Politics of who' tydeliggøres det, hvordan det usagte kan udsætte patienterne for en begrænsning i deres autonomi, når sygeplejerskerne vurderer, hvad der er aktuelt at spørge om i den givne situation. Vi identificerer en problematik om, hvorvidt sygeplejerskernes markering af 'Ikke aktuel for indlæggelsen' er for at skåne patienten, eller for at skåne dem selv for en ubehagelig situation. På den ene side forklarer SA, at det kan være grænseoverskridende for patienten: "(...) det er jo meget forskelligt, hvad folk synes er grænseoverskridende eller privat, at man prøver at tage alle forholdsregler" (Bilag 5, l. 145). Modsat tilføjer EM et andet perspektiv, da han bliver adspurgt om, hvorvidt det er grænseoverskridende, at kønsskifte er en kategori i ISV'en: "Ja på den måde, må jeg nok indrømme. I hvert fald at skulle spørge ind til det, for det ville jeg føle var at snage, hvis patienter ikke selv bringer det på banen." (Bilag 5, l. 795) Ovenstående eksempler tydeliggør, hvordan sygeplejerskerne både tager hensyn til patienterne, men også til dem selv. At sygeplejerskerne finder det privat og grænseoverskridende kan derfor være et udtryk for, at der findes en berøringsangst ved at stille spørgsmålet. Dermed tydeliggøres det, at uagtet om sygeplejerskerne tager hensyn til patienten eller dem selv, så vil det fratage autonomien fra patienten, da sygeplejerskerne vil være dem, der afgør aktualiteten.

Når sygeplejerskerne vælger 'Ikke aktuel for indlæggelsen' illustrerer det, at de finder det vanskeligt at kommunikere fra subjekt til subjekt, men mindre vanskeligt at kommunikere fra subjekt til objekt. Ydermere er det nævneværdigt, at når sygeplejerskerne markerer 'Ikke aktuel for indlæggelsen' uden at have konsulteret med patienten, kan det samtidig udtrykkes som en måde, hvorpå sygeplejerskerne adskiller subjektet fra objektet, da de ikke mener, at subjektet har relevans for objektets indlæggelse. Vores argumentation for at se denne patients transformation mellem objekt til subjekt tydeliggøres i måden, hvorpå sygeplejerskerne interPELLERER deres patienter. Vi identificerer ud fra empirien, hvordan transformationer sker, når sygeplejerskerne kommer til spørgsmålet om seksualitet i ISV'en. Sygeplejerskerne

pålægger patienten følelser, hvorved interpellationen finder sted gennem subjektivering. Når sygeplejersken skåner sine egne og patientens følelser, sker det ud fra, at de på forhånd har bestemt og pålagt en specifik følelse af ubehag, som ISV'en kan fremkalde.

I undertematikken 'Seksualitet er et grænseoverskridende emne' identificerede vi, at fem ud af otte sygeplejersker fandt samtalen om seksualitet grænseoverskridende (Bilag 5, l. 145, l. 529, l. 785, l. 916, 1258). Når vi applicerer Mols (2002) forståelse på vores sygeplejerskers erfaringer og oplevelser med patienter, er det interessant at inddrage, hvordan 'Ikke aktuel for indlæggelsen' kan overføres til 'The reality of the patient'. Når sygeplejerskerne bestemmer aktualiteten, fordi de føler, at det er grænseoverskridende og ubehageligt at italesætte overfor patienten, vidner dette igen om, at der er et begrænset repertoire i forhold til patientsamtalen, hvilket vi belyste under Tema 1 (Bilag 5, l. 505, l. 1333).

Det er interessant, hvordan sygeplejerskernes forsøg på at minimere ubehag for patienten resulterer i, at de fjerner patientens autonomi. Dette efterlader patienten i en ustabil subjektposition, da sygeplejerskerne fratager patienten muligheden for at blive spurgt ind til seksualitet. Når sygeplejerskerne derfor ikke genkender patienterne som subjekter, vil der være et asynkront magtforhold. De ustabile subjektpositioner er derfor op til forhandling, men ifølge Mol (2002) er det sygeplejerskerne, der har autoritet til at initiere denne forhandling.

I forbindelse med markeringen af 'Ikke aktuelt for indlæggelsen', forklarer CH: "De fleste af de sygeplejersker jeg har arbejdet sammen med spørger ikke ind til det, og mange synes nok det er grænseoverskridende" (Bilag 5, l. 915). I den scene, som konstrueres af sygeplejersken i forhold til ISV'en, kan der ses et ritual i at markere 'Ikke aktuel for indlæggelsen', eftersom det er hyppigst anvendt ikke at forholde sig til seksualiteten på hendes afdeling. I relation til Butler (2004) kan ritualen anskues som situeret, hvormed at hver performance kan varieres. Vi identificerer derfor et teoretisk mulighedsrum for, at der kan udføres en adfærdsændring gennem performativitet, når sygeplejerskerne møder deres patienter. I mødet kan interpellationsprocessen formgive subjektet efter, hvordan sygeplejersken agerer. Dog ser vi, at sygeplejerskerne har en vanlig intention om at markere 'Ikke aktuel for

indlæggelsen', hvilket trækker på historiske konstellationer, hvor seksualiteten er underlagt repression.

Når sygeplejerskerne markerer 'Ikke aktuel for indlæggelsen', så vil det tilvejebringe en virkelighed, hvor de iscenesætter et rum, hvor deres rolle, og hvad der er aktuelt for patientens indlæggelse, er forudbestemt. I langt de fleste tilfælde med patienter vælger sygeplejerskerne at tilbageholde spørgsmålet om seksualitet for at tilgodese samtalsens bekvemmelighed, selvom det potentielt kan påvirke patientens behandlingsforløb. I de tilfælde hvor seksualitet bliver inddraget som en del af samtalen, sker det, når det visuelle og auditive vidner om en afvigelse fra det heteronormative. Dette ser vi eksemplificeret, når AM og SA forklarer, hvordan de møder transkønnede personer. AM beskriver: "Når jeg møder dem for første gang spørger jeg hvad jeg må kalde dem øh og hvad de identificerer sig som" (Bilag 5, l. 1096). Samme pointe udspiller hos SA:

"(...) det er meget, at vedkommende er transkønnet, at man kan se, at det er en ung kvinde, men cpr-nummer er måske til en mand. Altså der skal være noget meget tydeligt før, at man måske tager højde for det" (Bilag 5, l. 47).

Det er altså det visuelle udtryk, som sygeplejerskerne vurderer det efter, når de vælger at italesætte seksualitet med patienten. Når afvigelser bliver identificeret af sygeplejerskerne, kan det være grundet, at patientens maskuline eller feminine performativitet ikke stemmer overens med de forventninger, som sygeplejerskerne går ind til mødet med, jævnfør Butler (2004).

Ved at sygeplejerskerne indgår i denne forudbestemte virkelighed, affødes en stabilitet i forhold til det kronologiske forløb, som sygeplejersken foretager gennem ISV'en. Konsekvensen af dette kan potentielt medføre en ustabilitet for patienten, da seksualitet kan være aktuelt i de individuelle behandlingsforløb. Sygeplejerskerne har på forhånd indskrevet i deres manuskript, at de blot skal markere 'Ikke aktuel for indlæggelsen', når scenen mellem dem og patienten udspiller sig. Dermed tydeliggøres det samtidig, at når HE markerer 'Seksuel aktiv' i stedet, bryder hun med det vanlige manuskript (Bilag 5, l. 535). Endvidere placerer det fortsat autonomien hos HE, da hendes markering blot sker ud fra en antagelse.

## Perspektivering til litteraturreview

En væsentlig problematik, som vi har set udspille sig i analysen, er, hvordan seksualitet og køn kan være grænseoverskridende emner for sygeplejerskerne at italesætte. Dermed bliver dette oftest undladt, når de foretager ISV'en, hvorfor der markeres 'Ikke aktuel for indlæggelsen'. Denne problematik bliver et spørgsmål om aktualitet, hvilket i sidste ende kan kompromittere patientens autonomi. Dét ikke at italesætte køn og seksualitet kan anskues som en hensyntagen over for patienten. Her kunne vi belyse, hvordan dette både skyldes, at emnerne i sig selv er grænseoverskridende for sygeplejerskerne at tale om, samt ønsker flere af sygeplejerskerne ikke at pålægge patienten en kønslig- eller seksuel kategorisering. Ydermere ser vi, hvordan det er vanskeligt at finde et relevant indpas i samtalen, hvor det er naturligt at bringe køn og seksualitet ind i behandlingsforløbet. For at imødekomme denne problematik, så vi under litteraturreviewet et løsningsforslag, hvori Nair et al (2021) beskriver, at den amerikanske indskrivningsblanket SOGI kan udfyldes uden, at patienten skal konfronteres med den sundhedsprofessionelles reaktion på tilkendegivelsen af patientens kønslige- og seksuelle identitet. Herigennem bliver spørgsmålet om kønslig- og seksuel identitet implicit inkorporeret, uden det behøver en eksplicit dialog mellem sygeplejerske og patient. Denne måde at imødekomme køn og seksualitet på kunne i det danske sundhedsvæsen potentielt begrænse tilbageholdelse af kønslig- og seksuel information, da denne konfrontation finder sted gennem patient (subjekt) til SOGI (objekt). Samtidig får patienten ejerskab over egen autonomi, hvor vedkommende selv bestemmer, hvorvidt kønslig- og seksuel identitet har relevans i forhold til behandlingsforløbet.

## Tema 3 - Sygeplejerskerne vil ikke stå alene med ansvaret for at italesætte seksualitet og køn

Empirien viser os, at flere af sygeplejerskerne mener, at samtalen om seksualitet, og det er seksualitet overhovedet påtales, ikke blot er deres ansvar, men at patienten også har et medansvar heri. Under dette tema vil vi undersøge, hvordan det fælles ansvar fremstilles i sygeplejerskernes udtalelser samt deres forståelser af patienters motiver for at tilbageholde information om køn og seksualitet. Vi vil ydermere

udfolde, hvorfor den gode relation til patienten er vigtig for sygeplejerskerne, når de skal samtale med dem om køn og seksualitet.

Samtalen om seksualitet er et fælles ansvar

HE beskriver, at hun finder det lettere at tage samtalen om seksualitet, hvis patienten selv åbner op for den (Bilag 5, l. 496). Hvor EM kan føle, at han snager i folks privatliv, hvis de ikke selv bringer seksualitet på banen (Bilag 5, l. 789). JA beskriver med egne ord en "komisk hændelse" (Bilag 5, l. 310), hvor hun behandlede en mand med hjerteforstyrrelser efter seksuelt samvær, der havde taget viagra, og derfor ankom med rejsning:

"Og det er der at man tænker, jeg skal altså for at det her ikke bliver akavet for patienten hvor man kan sige nogle gange at når man ikke taler om elefanten i rummet så er det næsten mere akavet end at man få snakket om elefanten. Hvis du forstår" (Bilag 5, l. 313).

Her påtaler JA, at hun som sygeplejerske har et ansvar for at adressere situationen, for at gøre det mindre akavet for både patienten og sig selv. JA fremstiller samtidig behandlingen af HIV-positive patienter, som et andet scenarie der sammenholder ansvar med emnet seksualitet:

"Faktisk er det jo ikke os, der skal ud og lave det arbejde, men vi appellerer til patienten at han skal ud og gøre. Men de har jo faktisk ikke krav at fortælle at de skal gå tilbage og fortælle alt og alle om det" (Bilag 5, l. 357).

Det er dermed patientens ansvar at videregive beskeden til potentielt smittede seksuelle partnere, hvori sygeplejerskerne påtager sig et ansvar ved at tale med patienten om, hvad der er sundhedsmæssigt forsvarligt at gøre i sådan en situation. Ydermere beskriver JA en forventning om, at sundhedsvæsenet snarligt opererer med en større åbenhed omkring seksualitet i takt med, at samfundet ændrer sig i denne retning. Her henviser hun til, at denne åbenhed både skal komme fra sygeplejersker og patienter: "Ja andet end det kun er personalet der skal forsøge at



skabe den åbenhed” (Bilag 5, l. 452). I denne sammenhæng placerer JA et fælles ansvar på begge parter for åbent at italesætte seksualitet.

### Afsløring eller tilbageholdelse

I forbindelse med det ansvar som hviler hos både patienten og sygeplejersken, adspurgte vi sygeplejerskerne omkring, hvorfor patienter ville tilbageholde informationer om kønslig- og seksuel identitet. Vores spørgsmål tog udgangspunkt i, om sygeplejerskerne selv havde konkrete oplevelser med patienter, der har tilbageholdt information, hvortil HE og AM var de eneste, der svarede endegyldigt nej (Bilag 5, l. 552, l. 1104). HE's oplevelse er, at der ikke er blevet tilbageholdt information, som har været relevant for indlæggelsen. Dog er hendes gisning om, hvorfor folk kunne finde på at tilbageholde information: “stigmatisering om man ser anderledes på dem” (Bilag 5, l. 557). Dette sætter en refleksionsproces i gang hos HE:

“Ja jeg tror ikke eller jeg håber ikke at det er et problem i dag for nogen hvis nogen sagde det det ville jeg for gud skyld ikke håbe hvis jeg sagde det til nogen at jeg ved ikke altså der er jo stadig nogen derude hvor det ville være et problem ja altså det kunne godt være det ville ændre noget ved behandlingen” (Bilag 5, l. 562).

HE er den eneste af sygeplejerskerne, der identificerer sig med LGBT+, og med ovenstående udmelding bringer hun sin egen seksualitet i spil. HE's erfaringer er derfor både som sygeplejerske og en seksuel minoritet, hvortil hendes svar kan være påvirket af en personlig bekymring for at blive stigmatiseret på baggrund af sin seksualitet.

Under AM's svar til spørgsmålet opstår der en stilhed på omkring 15 sekunder, inden hun svarer. Hendes eftertænkksomhed munder ud i, at hun ikke kan komme på et konkret eksempel, og forklarer: “(...) nej det er mere bare fordi vi har også et transseksuelt ambulatorium hvor mange bliver opstartet i hormonbehandling og der tager vi tit snakken om deres liv og oplevelser” (Bilag 5, l. 1104). Hun forventer derfor ikke, at patienter, der er tilknyttet denne afdeling, tilbageholder information, da samtalen om seksualitet og køn er en central del af behandlingen. AM tilføjer, at de

er åbne på afdelingen, hvilket i hendes optik skaber tryghed for patienterne: "(...) altså selvfølgelig jo mere trygge de er jo mere åbne tror jeg også de er" (Bilag 5, l. 1111). Dog kan AM ikke vurdere, hvilke konsekvenser det kan have for behandlingen, hvis information, mod hendes forventning, bliver tilbageholdt (Bilag 5, l. 1115).

I forhold til oplevelser med tilbageholdelse af seksuel identitet, refererer SA til en episode med en mandlig patient: "Jeg har engang har haft en muslim indlagt. Eller var han muslim? Han var i hvert fald blevet fundet et sted, hvor der var andre homoseksuelle mænd, og jeg tror ikke, at hans pårørende vidste, at han var homoseksuel" (Bilag 5, l. 87). Her præsenterer SA en forståelse for, at det kan være i patientens egen interesse ikke at få nedfældet sin seksuelle identitet i ISV'en. SA uddyber med: "Også selv hvis de ikke helt ved, hvordan de lige skal definere sig selv" (Bilag 5, l. 99). Denne beskrivelse ser vi samtidig hos CH, der adresserer, at patienten muligvis holder sin seksuelle identitet hemmelig, hvis de ikke selv hviler i den (Bilag 5, l. 949). Det kan derfor være et spørgsmål om, hvor langt patienten er i sin egen erkendelsesproces omkring seksualitet.

Sygeplejerskerne fremhæver stigmatisering og tabu som betydelige grunde for, hvorfor patienter vælger at tilbageholde information af seksuel karakter, og hvordan disse knytter sig til flere komplekse situationer (Bilag 5, l. 557, l. 949, l. 298, l. 1470, 1504, l. 1577). JA påtaler dette underliggende tabu i behandlingen af HIV-positive mænd:

"Men i miljøet. Det homoseksuelle miljø. Der var der da nogle som patienter jeg helt sikkert tror at de synes det var skamfuldt fordi de godt ved, at det nok ikke er fordi man har haft sex med sin kone kun" (Bilag 5, l. 335).

SA beskriver sit tankemønster, når hun behandler en patient, der skal undersøges for syfilis i hjernen: "Altså der tænker man jo oftest, at det er fordi de har seksuel kontakt med prostituerede eller andre og er måske mere udsat for det" (Bilag 5, l. 115). Både scenariet om utroskab med en af samme køn, samt en seksuel relation til en sexarbejder, er emner, der kan kategoriseres som tabubelagte. Det kan derfor

diskuteres, at patienterne muligvis ikke talte åbent om situationen over for sygeplejersken i frygt for at blive stigmatiseret.

Et andet mønster, der illustreres i empirien, er, når patienten tilbageholder information om sit seksuelle aktivitetsniveau, der kan have væsentlig betydning for behandlingen. Sygeplejerskerne vurderer, at det kan være grundet tabu, eller fordi patienten ikke føler, det har relevans (Bilag 5, l. 110, l. 312, l. 744, l. 1329). Her erindrer AN en episode fra sin praktiktid: "Det var på akut eskimi, og der er det rimelig relevant i forhold til puls og blodpropper, om man er seksuel aktiv eller ej" (Bilag 5, l. 1315). CH udtaler til samme problemstilling: "Ja altså jeg tænker i forhold, hvis du har påvirker potensproblemer, og hvis man som mand ikke er åben som det, så giver det nogle problematikker i forhold til identitet og livskvalitet. Ja et helhedsbillede" (Bilag 5, l. 941). CH pointerer her, hvor vigtigt helhedsbilledet omkring patienten er for at kunne yde den bedste behandling, der sikrer livskvaliteten. Da vi adspurgte EM, om han huskede en situation, hvor han følte, at en patient havde tilbageholdt information om kønslig- eller seksuel identitet, svarede han prompte: "Ja det gør jeg, helt bestemt" (Bilag 5, l. 739). Hertil forklarede han om en oplevelse med en ung, homoseksuel mand:

"Jeg har haft en patient, en mand, der har haft vild analsex med sin mandlige kæreste og han har ikke ville fortælle at han var homoseksuel. Fordi han var pinlig over, hvordan vi skulle forskelsbehandle ham, fordi han var homoseksuel. Og det var noget som påvirkede behandlingen i forhold til hans operation. Han fik perforeret sin tarm. Hvad kan man sige, han fik ødelagt sin tarm, han fik sprunget sin tarm ved at have fået stukket noget for lang, skarp genstand op i rektum. Og han har ikke ville sige, hvorfor det her skete eller hvordan det skete. Han sagde bare, at det var sket i stedet for at sætte os ind i situationen, og hvor det er egentlig er, at vi kunne have gjort hans forløb nemmere ved at vide, hvad det var, vi havde med at gøre i stedet for, at han bare var feberamt og super dårlig" (Bilag 5, l. 744).

EM gør det meget tydeligt, at han har en forventning om, at patienten italesætter seksualitet, hvis det har en signifikant betydning for behandlingen:

“Om det er en LGBT+ eller en helt normal ciskønnet patient. Så vil jeg sige, at det gælder \*sgu\* alle. Alle vil jeg mene skal have den gensidige respekt og gensidige tillid til at kunne stole på hinanden og fortælle, hvad der er gået galt og hvorfor det er gået galt” (Bilag 5, l. 776).

Ved at bruge et ord som ‘sgu’ sætter EM streg under sin forventning om, at alle patienttyper har et ansvar for at tilkendegive relevant information for seksualitet. Behovet for optoning af ordet ‘sgu’ vidner samtidig om, at denne respekt og tillid, EM ønsker, muligvis ikke er fuldkommen etableret endnu. Lever patienten ikke op til det ansvar, vil det ifølge EM blive opfattet som et tillidsbrud. Samtidig resonerer EM over, at han ikke tror, det er ham som mandlig sygeplejerske, der gør, at patienten tilbageholder vigtig information: “men mere samfundets måde at se køn og seksualitet på, der gør ham nervøs og ikke så meget mig” (Bilag 5, l. 855). Netop spørgsmålet om tillid og relationen mellem sygeplejerske og patient, som EM her præsenterer, vil vi folde ud i følgende undertematik; ‘En god relation’.

### En god relation

Gennem empirien tydeliggøres det, hvordan relationen mellem sygeplejersken og patienten er et af de grundlæggende fundament for patientsamtalen. Vi ser, hvordan AN vægter relationsdannelsen højt, særligt når samtalen med patienter drejer sig om seksualitet: “Jeg tror mere, at man skal danne en relation, før man går ind og spørger, hvilken seksualitet eller om vedkommende er seksuel aktiv” (Bilag 5, l. 1289). AN vurderer her, at en relation går forud for at tale om intime emner med patienten, og når den gode relation er etableret, afstedkommer det, at hun kan spørge ind og modtage den information, hun eftersøger:

“(…) og for at du kan få dem, så skal du danne en relation, hvor de kan stole på dig, før de overhovedet åbner sig op (….) vores er mere relationsdannelse, og gennem den vej får du så de oplysninger fra patienten” (Bilag 5, l. 1308).

AN fremhæver tillid og tryghed som vigtige elementer i en god relation, hvortil AM tilegner sig denne forståelse: “(…) jo mere trygge de er jo mere åbne tror jeg også de er” (Bilag 5, l. 1111). Dermed eksemplificerer AN og AM, hvordan et trygt rum er et

produkt af en veletableret relation. AA vurderer, at det skaber tryghed for patienten, når hun som sygeplejerske er opmærksom på at italesætte patientens køn korrekt:

“(…) når jeg kommer ind som en autoritet og skal hjælpe dem. Og ligesom være deres trygge element under deres indlæggelse så tror jeg det er ret relevant at de også føler jeg har et kendskab til hvad de gerne vil defineres som værende” (Bilag 5, l. 1475).

Ifølge AA er det tryghedsskabende at anerkende patientens kønslige- og seksuelle identitet, hvortil det har betydning for relationsdannelsen, at sygeplejersken er bevidst om patientens pronominerne.

Ydermere tydeliggør empirien, hvordan relationen mellem patient og sygeplejerske har forskellige nuancer, da sygeplejerskerne har et differentierede perspektiv på, hvad den gode relation indebærer, og hvordan den bevares. EM bidrager med et andet perspektiv, da han kortlægger, hvordan patienten har et medansvar for at opretholde den gode relation. EM beskriver, hvordan tilbageholdelse af information fra patientens side kompromitterer relationsdannelsen: “Det bryder lidt en tillid, som der går begge veje” (Bilag 5, l. 765). Herudover forklarer EM, hvordan patienten i samme omfang har et ansvar for at udvise gensidig respekt og være ærlig, da disse er tillidsopbyggende for relationen: “Alle vil jeg mene skal have den gensidige respekt og gensidige tillid til at kunne stole på hinanden og fortælle, hvad der er gået galt og hvorfor det er gået galt” (Bilag 5, l. 777).

### Seksualitet som proces

Ovenstående tematik beretter om ansvar, hvor flere sygeplejersker italesætter, at det er patientens ansvar at bidrage med relevant information til indlæggelsen i forhold til køn og seksualitet. I Tema 2 identificerede vi, at sygeplejerskerne i langt de fleste tilfælde ikke mente, at kønslig- eller seksuel identitet var relevant. Hertil er det interessant at høre nogle sygeplejersker berette om, at patienten er medansvarlig i at informere om særlige hensyn i forhold til disse emner. Medansvar nævnes af EM, hvortil han uddyber: “Men hvis det er over grænsen, så synes jeg også det er patientens ansvar at imødekomme den her samtale” (Bilag 5, l. 724). EM

foretrækker, at patienten eksplicit italesætter grænseoverskridende adfærd, så han kan navigere efter det. Ydermere forklarer han gennem metakommunikation, hvordan han selv ville italesætte det overfor patienten: "(...) hvordan kan jeg gøre det bedre for dig. Hvordan kan jeg respektere dine grænser" (Bilag 5, l. 732). Disse grænser henviser både til kropslig berøring og samtale om seksualitet.

I JA's tilfælde indleder hun med at fortælle, hvordan hun på infektionsmedicinsk afsnit behandlede HIV-smittede patienter, hvor det var hendes ansvar at oplyse patienters tidligere partnere, som potentielt kunne være smittede: "(...) vi har jo en pligt at vi skal ud for at informere dem der potentielt kunne være smittet" (Bilag 5, l. 354). Efterfølgende modsiger hun dog dette og fortæller, at det faktisk ikke var sygeplejerskernes ansvar, og at patienten ikke har krav på at oplyse det, hvilket blev eksemplificeret i undertemaet 'Afløsning eller tilbageholdelse' (Bilag 5, l. 365).

JA tvivler undervejs i samtalen omkring, hvor det egentlige ansvar placeres, da det ligger flere år tilbage. Det, som bliver tydeligt for JA, er hendes trang til at skulle forhindre, at smitten udbredes, hvortil den eneste handlemulighed, hun har, er at gøre patienten klar over, at sygdommen er smitsom, og opfordrer patienten til at fortælle det til seksuelle partnere. Selvomodsigelsen, der opstår i tvivlen, skaber derfor et mulighedsrum for at se på, hvorledes Foucaults (1982) begreb om sandhedsloven kan associeres til netop denne situation. JA forklarer implicit, at HIV-patienterne kategoriseres ud fra mænd, der har sex med mænd, hvilket hun eksplicit kalder "Det homoseksuelle miljø" (Bilag 5, l. 335). Nogle af disse mænd lever i et heteroseksuelt ægteskab. Da JA opfordrer patienter til at afsløre tidligere sexpartnere og tilvejebringe dem informationen, kræver det, at patienten også vedkender sig den position, som vedkommende er i. Der skal derfor være gensidig anerkendelse for at opfylde kriteriet om sandhedsloven. Endvidere er det hertil interessant at se på, hvordan subjektet, patienten, bliver interPELLeret gennem JA's udsagn. Vi identificerer en ustabil subjektposition, da JA selv er i tvivl om, hvor ansvaret skal placeres. På den ene side mener hun selv, at hun skal sørge for, at patienten ikke er til fare for andre, eller sig selv, ved at udvinde information om tidligere sexpartnere. På den anden side har patienten ikke pligt til at oplyse disse informationer. Dog er det paradoksalt, hvis hun sågar lykkes med at udvinde informationen fra patienten, vil hun være underlagt tavshedspligt, og dermed stadig

ikke være i stand til at kunne handle på de informationer, hun "graver i" (Bilag 5, l. 342). Det, som vi identificerer, er formidlingen af den ustabile subjektposition, da JA selv veksler mellem ansvarets placering. Ydermere kan hendes kategorisering af HIV-smittede patienter opfattes patologiserende, da hun har en forventning til, hvordan en HIV-smittet person ser ud. Måden, vi identificerer JA's kategorisering på, er, når hun forklarer om en 18-årig pige, der havde fået konstateret HIV, hvor hun skulle 'grave lidt' i hendes seksuelle adfærd over en periode (Bilag 5, l. 342). Adspurgt om denne patient stak ud på denne afdeling, svarede JA:

"(0,6) Nej altså. Nej. Jo altså, nej altså, man kan (0,4) Altså når jeg sidder og siger det højt her, jeg siger nu, så synes jeg ikke lige ej hvor er det egentlig ikke okay, men nu er jeg jo bare ærlig og fortælle om hvordan det var. Nej, jeg tror ikke fordi hun var inden for normalitet, hvis du forstår. Hun var en ung pige der havde haft et engangsknald og bare havde været uheldig" (Bilag 5, l. 344).

Denne patient, som fremhæves i ovenstående citat, eksemplificerer, at der igen er tale om en normalitet, som stemmer i med den afgrænsning af normalværdien, sygeplejerskerne har etableret i Tema 1. JA forklarer, at den 18-årige kvinde ikke var inden for normaliteten på dette afsnit. Dette vidner om, at der er nogle binære oppositioner, som fastholder den normalitet, som består inde på afdelingen. På den ene side af modsætningsforholdet befinder den 18-årige pige sig, der var uheldig gennem et enkelt samleje. Oppositionen består af de homoseksuelle mænd eller utro mænd, der har sex med mænd, hvilket er normalværdien på afsnittet. Denne måde at beskrive patienterne kan yderligere ses som stigmatisering, da afsnittet ikke udelukkende består af homoseksuelle og utro mænd. Nævneværdigt er måden, hvorpå JA fremstiller, at den ene patient ikke tilegner sig normalværdien, da hun beskriver vedkommende som en ung og uheldig pige (Bilag 5, l. 341). JA fremstiller en patologiserende italesættelse rettet mod de homoseksuelle mænd, da det er dem, der forventeligt er smittet med infektionen. I fremstillingen af JA's virkelighed eksisterer der en forudindtagethed om, hvordan man agerer patient, som den 18-årige pige modstrider, hvormed hun udfordrer JA's manuskript.

Ved ikke at fremtvinge og udvinde information omkring kønslig- eller seksuel identitet fra patienten, kan dette være et udtryk for, at de ikke forsøger at placere patienten i

en kønslig- eller seksuel kategori. Foucault (1982) beskriver, hvordan køn bliver kategoriseret, og ligger under for en gældende magt. Hertil er kategorien LGBT+ underlagt diskrimination og stigmatisering, så når sygeplejerskerne ikke påtvinger patienterne at skulle tilkendegive denne identitet, rummer det et hensyn, der giver patienten magten over egen autonomi. Ydermere bliver der skabt et frirum for patienten, hvor deres placering ikke er relevant i den sociale kontekst, sygeplejersken opstiller. Sygeplejerskerne har derfor en magtfuld position over for patienterne, da disse får lov til at blive anerkendt ud fra den performance, de udøver, uden, at de skal bekymre sig om at blive udsat for de institutionaliseringsprocesser, som vi har identificeret gennem Tema 2.

I undertematikken 'Afsøring eller hemmeligholdelse' kunne vi dokumentere, hvordan sygeplejerskerne vurderer, at patienterne tilbageholder information omkring seksualitet, da emnet er underlagt tabu (Bilag 5, l. 557, l. 927, l. 298, l. 1470, l. 1504, l. 1577). Det ser vi blandt andet udtalt gennem EM's oplevelse med en ung homoseksuel patient, der valgte ikke at informere om sin seksuelle identitet, hvilket havde negative konsekvenser for hans behandling (Bilag 5, l. 744). Denne vurdering af seksualitet som et tabubelagt emne er interessant i forhold til Foucaults (1982) forståelse af, at seksualitet ligger under for repression. Her kan det antages, at EM's patient er underlagt en indstuderet tavshed, der kommer ud fra magtfulde strukturer, da hans seksuelle identitet ligger uden for det heteronormative. Den repressive magt, der undertrykker LGBT+ subjekter, kan dermed have betydelige konsekvenser for behandlingen, hvis patienten vælger at tilbageholde information i frygt for at blive stigmatiseret på baggrund af sin seksualitet. Foucault (1978) beskriver, hvordan det kan være en langsommelig proces at nå til åbenhed om seksualitet, da det anses som skamfuldt og unormalt at tale om. Butler (2004) har dog beskrevet, hvordan denne proces ændrer sig igennem interpellation, hvor der i en subjektiveringsproces kan ændres i betydningen, hvorpå seksualitet anskues. Dette sker, da der er et teoretisk mulighedsrum, hvor formgivelsen af subjekters seksualitet kan underlægges en adfærdændring i forhold til interpellationsprocessen. Vi identificerer derfor både historiske og situationelle konstellationer, hvor seksualitet fortsat er underlagt en undertrykkelse.



For at imødekomme den frygt, som sygeplejerskerne ser udspille sig hos patienterne, er det essentielt at skabe en god relation. Denne relation beskrives gennem deres egne ord som: respekt, tillid, tryk og komfortabel (Bilag 5, l. 1111, l. 1475, l. 735, l. 773). Ved bevidst at konstruere disse elementer i deres relationsdannelse, er det i håbet om at kunne tilvejebringe et rum for at dele oplysninger, som skal sikre behandlingens kvalitet samt undgå stigmatisering og diskrimination.

Den multiple virkelighed udspiller sig, når EM's rolle som sygeplejerske adskiller sig fra AA, AM og AN i forhold til, hvordan ansvar skal placeres. Dette illustrerer, hvordan relationen mellem sygeplejerske og patient er afhængig af, hvordan rollen indtages og udøves af sygeplejersken. Gennem empirien tydeliggøres det, hvordan AN mener, at det er hendes ansvar at skabe en god relation i mødet med patienten, så hun kan udføre et korrekt behandlingsforløb (Bilag 5, l. 1300). Modsat ser EM patienten som medansvarlig i at opretholde en tryk relation, hvor patienten dermed har et højere ansvar i EM's virkelighed. Dermed tydeliggør de to eksempler, hvordan virkeligheden er multiple i forhold til måder, hvor man kan udøve rollen som sygeplejerske. Patientens ansvar for at opbygge en tillidsfuld relation er i højere grad indlejret i EM's manuskript, hvor det modsat kortlægges som en dynamisk og flydende ansvarsbestemmelse hos AA, AM og AN. Ydermere er det interessant at påpege, hvordan en patients manglende åbenhed i EM's praksis kan være med at til at udfordre hans forståelse af, hvordan man spiller sygeplejerske, og hvordan man spiller patient. EM beskriver, hvordan patientens tilbageholdenhed modarbejder den gode relation. Dermed kan det med andre ord siges, at når patienten, i EM's praksis, ikke er eksplicit, så har det implicite konsekvenser for behandlingsforløbet. Den nuance, der gør sig særligt bemærket, er, hvordan det i ovenstående tematik blev kortlagt, at EM fratager autonomien fra LGBT+ patienter, når han vælger ikke at italesætte seksualitet i situationer, hvor han selv finder det grænseoverskridende. Modsat ser vi, hvordan der sker en ændring af fortegnene i relation til 'The politics of who', idét EM placerer autonomien hos patienten, når det kommer til at etablere og bevare en god relation.

## Perspektivering til litteraturreview

Under denne tematik har vi påvist en problematik omkring, at patienter har tilbageholdt information om kønslig- og seksuel identitet over for sygeplejerskerne. Hertil vurderer sygeplejerskerne, at dette sker, hvis patienten ikke føler, det har relevans for behandlingen. Dette er forårsaget af, at det kan være grænseoverskridende for patienten at italesætte eller grundet en frygt for stigmatisering. Sidstnævnte pointe understøttes i vores litteraturreview, der identificerer en iboende frygt hos LGBT+ personer for at blive stigmatiseret og diskrimineret på baggrund af sin kønslige- og seksuelle identitet (Kashaf et al 2018; Kattari et al 2015; Nair et al 2021; Sutherland 2021; Steel et al 2017; Kaestle & Ivory 2012). Denne frygt kan basere sig ofte på tidligere oplevelser med dårlige erfaringer, som LGBT+ personer har haft, når de har tilkendegivet deres minoritetsstatus (Nair et al, 2021). Ud fra vores analyse, kan vi ikke dokumentere, at dette er sandheden for de LGBT+ personer, vores sygeplejerskerne referer til. Analysen kan dog bidrage med det perspektiv, at tilbageholdelse af seksualitet finder sted i det danske sundhedsvæsen.

Under ovenstående tematik har vi samtidig identificeret en problematik, som beror sig på, at sygeplejerskerne mener, at patienterne har et medansvar i at tilkendegive informationer om køn og seksualitet, der kan være relevant for behandlingen. Litteraturreviewet tydeliggjorde, hvordan LGBT+ patienter, der tilkendegiver deres kønslige- og seksuelle identitet, modtager en mere skræddersyet behandling (Kashaf et al, 2018). Dette perspektiv har vores analyse understøttet. Dog belyser vi samtidig en nuanceforskel, da patientens tilkendegivelse ikke blot anses som vigtig for behandlingen, men beskrives som et konkret ansvar, sygeplejerskerne pålægger patienten. Forståelsen af seksualitet som et fælles ansvar er vi ikke tidligere blevet præsenteret for i vores litteratursøgning. Vi ser derfor, at der er rum for, at denne ansvarsforståelse undersøges yderligere inden for forskningsfeltet. Vi har i analysen kunne dokumentere, hvordan sygeplejerskerne vurderer, at den gode og trygge relation mellem behandler og patient er en nødvendighed for, at patienten frit kan italesætte køn og seksualitet. Dette bekræftes i vores litteraturreview, hvor det trygge rum faciliterer, at LGBT+ patienter tør afsløre deres kønsidentitet og seksuelle orientering, hvilket defineres af Kashaf et al (2018) som kompetent omsorg.

Tema 4 - Sygeplejerskernes uddannelse har ikke forberedt dem til at tale om seksualitet og køn med LGBT+ personer

Da vi spurgte sygeplejerskerne ind til, om de i kraft af deres uddannelse følte, at de var rustet til at tale med LGBT+ personer om seksualitet, svarede syv ud af otte sygeplejersker nej (Bilag 5, l. 170, l. 616, l. 824, l. 999, l. 1166, l. 1382, l. 1576). Deres udtalelser vidner om, at undervisningen om seksualitet generelt har været begrænset, hvortil emnerne seksualitet og kønsidentitet vedrørende LGBT+ personer ikke er blevet berørt under deres uddannelse. Dermed har sygeplejerskerne forskellige faglige forudsætninger for mødet med LGBT+ patienter, da de er nødsaget til at trække på egne erfaringer. Under dette tema vil vi undersøge, hvad det betyder, at sygeplejerskernes praksis er afhængig af deres egne erfaringer med og forståelse for LGBT+, samt vil vi udfolde sygeplejerskernes udtalte mål om lige behandling, og hvilke problematikker der knytter sig hertil.

Egen erfaring som grundstenen for viden

Som den eneste af de otte sygeplejersker svarede JA ikke endegyldigt nej til spørgsmålet om, hvorvidt sygeplejerskeuddannelsen havde rustet hende til at tale om seksualitet med LGBT+ patienter:

“(0,4) Altså jeg vil sige det sådan her, vi lærer det jo på skolen. Med seksualitet og vi har et helt afsnit om det i vores lærebøger dengang. Nu ved jeg jo ikke hvor meget de gør ud af det i dag” (Bilag 5, l. 405).

JA refererer tilbage til sin uddannelse som ‘dengang’, da hun har arbejdet som sygeplejerske i 10 år, og hendes studietid derfor ligger et stykke tilbage (Bilag 5, l. 237). JA er hermed også den med mest praksiserfaring samt med sine 36 år, den ældste af vores interviewede sygeplejersker. Selvom JA’s udtalelse ikke svarer klart nej til spørgsmålet, bider vi dog mærke i, at JA henviser til seksualitet som et generelt emne, hvorved vi ikke er klar over, om seksualitet vedrørende LGBT+ patienter er et emne, hun er blevet undervist i. JA gør samtidig opmærksom på, at der er markant forskel på teori og praksis, hvortil hun udtaler: “(...) men jeg vil sige sådan her det kommer med erfaringen” (Bilag 5, l. 412). Hermed sagt at du kan få en

vis teoretisk viden med fra studiet, men praksiserfaringen er mindst lige så vigtigt et værktøj, når det handler om at italesætte køn og seksualitet med patienten. Dette understøttes af AN's svar til ovenstående spørgsmål: "Altså fysiologisk og anatomisk, så ja. Men erfaringsmæssigt, så nej" (Bilag 5, l. 1382).

I samtalen med EM beskriver han, hvordan det er hans praktikforløb på et LGBT+ plejehjem, og ikke undervisningen der har givet ham erfaring:

"Der jeg fik lært omkring, hvad er LGBT+, og hvad er det, man går op i, og hvordan er det, at man ikke diskriminerer. Så man kan jo sige, at jeg har lært det i skolen i forhold til min praktik, men det er ikke noget institutionen har lagt læring i" (Bilag 5, l. 827).

Vi finder det interessant, hvordan EM adskiller praktikken og uddannelsesinstitutionen fra hinanden, selvom praktikkerne er en obligatorisk del af uddannelsen. Vi forventer, at han laver denne adskillelse, da alle praktikforløb er forskellige, og institutionen dermed ikke sikrer, at alle sygeplejestuderende modtager læring om LGBT+ patienter, og hvordan de imødekommer denne patientgruppe. EM deler samtidig en situation, hvor både han og hans kolleger er kommet til kort, grundet manglende viden om LGBT+ patienter:

"For jeg har tit oplevet at heteroseksuelle, nej jeg mener homoseksuelle kommer ind og får lavet en stomi, hvor det er at de får opereret hele røvhullet ud, nej rektum undskyld, hvor det de spørger, hvordan kommer jeg til at have sex igen, kommer jeg til at have sex igen i forhold til stomien, hvordan kommer det til at foregå. Og der er ingen, der ved, hvad det er, vi skal svare. Altså vi spurgte vores overlæger, der har haft med de her stomier at gøre i 30/40 år, og de ved jo slet ikke, hvad de skal svare. For de har jo slet ikke tænkt over, at man kan stikke genstande ind i stomien i forhold til nydelse" (Bilag 5, l. 870).

I denne situation vidste hverken EM, med sine få års erfaring som sygeplejerske, eller hans kolleger, der har arbejdet indenfor deres felt i årtier, hvordan de skulle besvare patientens spørgsmål. Dette vidner om, at sundhedsvæsenet, som en heteronormativ instans, ikke har overvejet, hvordan en homoseksuel mands

seksuelle liv ville blive påvirket af at få stomi. EM beskriver hvordan den manglende viden kan være ødelæggende, og tilføjer: "(...) jeg synes man burde vise mere anerkendelse og respekt omkring ja, identiteter og seksualitet" (Bilag 5, l. 878). Det at sundhedsvæsenet ikke fagligt kan guide en patient i en sådan situation, ser EM altså som en mangel på respekt overfor patientens seksualitet. EM's udtalelser tydeliggør en problematik omkring, at det sundhedsfaglige personale i denne situation ikke har værktøjerne til at hjælpe LGBT+ patienter med at genetablere dennes seksuelle liv, hvilket påvirker vedkommendes generelle livskvalitet.

AM oplever, at hun ikke har fået viden omkring LGBT+ patienter gennem sundhedsvæsenet eller sin uddannelse, og trækker derfor på andre referencer, når hun møder seksuelle minoriteter i sin praksis som sygeplejerske: "Det gør jeg vel og fra medier og historier jeg har hørt øhm der er ret meget fokus på det også i medierne så jeg tror man hører det derfra øhm ja" (Bilag 5, l. 1174). Heraf ser vi, hvordan AM selv er nødt til aktivt at opsøge viden omkring LGBT+ personer, for at få en forståelse for denne patientgruppe, som hun kan bringe ind i sin praksis. Ifølge AM er der generelt et rum for erfaringsdeling kollegerne imellem, men erfaring i forhold til LGBT+ patienter er ikke noget, der bliver talt om: "(...) jeg synes det er meget op til den enkelte hvilket jo er virkelig ærgerligt" (Bilag 5, l. 1153). Dette understøtter AM's ovenstående udtalelse om, hvordan ansvaret for at få viden om LGBT+ patienter, og hvordan man imødekommer disse på bedste vis, hviler på den enkelte sygeplejerske. Da sygeplejerskerne ikke bliver undervist i LGBT+ seksualitet på studiet, og at det dermed er op til den enkelte at få erfaring, skaber det en differentierende viden omkring denne patientgruppe.

HE ser dette som problematisk og foreslår: "Ja noget konkret at forholde sig til og noget mere undervisning i det så det blev mere alsidigt så vi havde noget af det samme så det ikke er mine egne erfaringer" (Bilag 5, l. 650). HE udtrykker her et ønske om fælles faglige forudsætninger, så sygeplejerskerne får flere informationer om LGBT+ patienter, og derfor ikke er nødsaget til kun at trække på egne erfaringer og selverhvervet viden.

Alder har en betydning for samtalen om kønslig- og seksuel identitet

Relateret til erfaring fremhæver sygeplejerskerne, hvordan alder har en betydning i samtalen om køn og seksualitet med patienten. Her beskriver både AA, AM og CH, hvordan det kan være svært for unge sygeplejersker uden så meget erfaring at gå ind i samtalen om seksualitet (Bilag 5, l. 927, l. 1594, l. 1145). AA har oplevet, at både hendes køn og alder påvirker hendes praksis. Dette da stemningen ifølge hende kan føles akavet, hvis hun som ung kvindelig sygeplejerske skal udføre personlig pleje på en ung mandlig patient (Bilag 5, l. 1595). Hun vurderer, at denne situation vil blive lettere at håndtere, jo mere erfaring hun får (Bilag 5, l. 1606). AM beskriver samtidig, hvordan hun som nyuddannet sygeplejerske oplevede en nervøsitet og frygt for at sige noget forkert, i første møde med patienten (Bilag 5, l. 1145). Dette kan være en medvirkende grund til, at unge sygeplejersker er tilbageholdende med at adressere emnet seksualitet med patienten. I forhold til samtalen om seksualitet forklarer CH: "Jeg tænker, at det er meget tabubelagt og jeg tænker, at det kan være svært som nyuddannet sygeplejerske som 19/20/21 år og så gå ud og spørge fru Jensen på 70" (Bilag 5, l. 928). Her pointerer CH både, hvordan sygeplejerskens unge alder kan gøre det svært at italesætte seksualitet, men samtidig også hvordan det kan være grænseoverskridende at spørge ind til køn og seksualitet overfor en ældre patient.

Netop dette spørgsmål om generationernes forskelle, og hvilken betydning det har i samtalen om kønslig- og seksuel identitet, berører flere af sygeplejerskerne (Bilag 5, l. 1551, l. 126, l. 148, l. 807). Ifølge AA håndterer nogle af hendes ældre kolleger LGBT+ patienter anderledes, end hun selv ville gøre: "(...) en ældre lever efter nogle lidt andre levevilkår åh hvor de ikke rigtig har det samme forståelse for det" (Bilag 5, l. 1554). Dette gør sig også gældende for SA: "(...) man møder altid nogle ældre generationer, der tænker, at man er anderledes, fordi man er homoseksuel" (Bilag 5, l. 148). EM har også oplevet, hvordan kollegerne imellem har differentierede holdninger til LGBT+ personer, alt efter hvilken generation de kommer fra: "Men jeg tror, at jeg måske har nogle kollegaer, der er af en anden generation, der ville have nogle andre holdninger til det" (Bilag 5, l. 806). Ovenstående udtalelser vidner om, at sygeplejerskens alder kan have betydning for, hvordan du bliver imødekommet som LGBT+ patient. Ud fra deres oplevelser synes det, at den yngre generation har en

bedre forståelse for LGBT+ personer, og hvordan man italesætter denne patientgruppe korrekt, med ønsket om at være respektfuld overfor patienten.

Sygeplejerskernes erklærede mål for lige behandling

Vi har gennem kodning af empirien kunne dokumentere, hvordan sygeplejerskerne opererer ud fra en forudsætning om, at alle patienter, uanset baggrund, køn og seksuel orientering skal have en ligeværdig behandling i det danske sundhedsvæsen (Bilag 5, l. 78, l. 161, l. 287, l. 590, l. 838, l. 1115, l. 1616). Under samtalen med sygeplejerskerne spurgte vi dem ind til, om de opfører sig forskelligt over for patienter, der identificerer sig som LGBT+, hvortil alle otte svarede nej (Bilag 5, l. 157, l. 383, l. 593, l. 808, l. 987, l. 1132, l. 1344, l. 1538). Vi ser her, hvordan lige behandling er en klar mærkesag for sygeplejerskerne, og et mål de stræber imod. Hertil at ingen af dem kan identificere sig med, at de ændrer i deres opførsel overfor en LGBT+ patient. I forlængelse af dette spørgsmål, reflekterer AA dog over sin fremgangsmåde, når hun er bevidst omkring, at hun skal tilse en LGBT+ patient:

“Men selvfølgelig tager man nogle andre ting in mente når man går ind til sådan en patient fordi det er jo eller jeg tror eller der synes jeg jo også at det bliver lidt fremmed men det er jo også fordi man ikke har den tilstrækkelige kendskab til det. Åh og jeg føler ikke rigtig at det noget vi sådan bliver lært op i” (Bilag 5, l. 1538).

AA's udtalelse illustrerer, hvordan hun er opmærksom på 'andre ting' i mødet med LGBT+ patienter, grundet deres kønslige- og seksuelle identitet, og det faktum at hun ikke føler, at hun har nok viden omkring denne patientgruppe. Vi har tidligere i analysen påvist, hvordan AA er bevidst om at italesætte sine patienter med de korrekte pronominer, i ønsket om at opbygge en tryk relation, og hvordan hun ikke deler sine kollegers stereotypiske syn på LGBT+ personer. Vi ser derfor denne opmærksomhed og usikkerhed, hun påtaler, som en frygt for at diskriminere patienten, ved eksempelvis at italesætte dem fejlagtigt. AA er ikke alene om at være opmærksom på, hvordan hun møder LGBT+ patienter, da EM også udtrykker, at han gør en aktiv indsats for ikke at diskriminere kønslige- og seksuelle minoriteter (Bilag 5, l. 818). AM beskriver samtidig, hvordan hun tager særlige hensyn i mødet med LGBT+ patienter: “(...) der tænker jeg meget over mit sprogbrug og jeg har det også

sådan at når jeg møder dem for første gang spørger jeg hvad jeg må kalde dem øh og hvad de identificerer sig som” (Bilag 5, l. 1095). Disse udtalelser belyser, at sygeplejerskerne tager hensyn og er særligt opmærksomme på deres sprogbrug, for ikke at diskriminere patienten på baggrund af kønslig- og seksuel identitet. Denne opmærksomhed vedrørende patientens seksuelle identitet, og de aktive tiltag sygeplejerskerne gør, vil vi argumentere for ikke ville fylde på samme måde i mødet med en ciskønnet, heteroseksuel patient. Det kan derfor diskuteres, at der synes at være forskelle i sygeplejerskerne opførsel alt afhængigt af, om patienten identificerer sig med LGBT+ eller ej, omend de ikke vil anerkende denne forskellighed i deres adfærd. Hertil kan vi reflektere over, om sygeplejerskerne ikke vil acceptere, at de griber patienter forskelligt an alt efter køn og seksualitet, da det er modstridende med målet om lige behandling.

Et paradoks om opmærksomhed

Denne særlige opmærksomhed, som vi kunne belyse under ovenstående undertema, beskriver sygeplejerskerne ikke kun som entydigt positiv, da den også skaber nogle problematikker. Ud fra CH's overvejelser omkring hvordan man ikke diskriminerer LGBT+ patienter, fremsætter hun problematikken: “Altså man går jo meget op i at behandle alle lige ved ikke at behandle dem lige” (Bilag 5, l. 987). Her uddyber hun, hvordan man, i hendes optik, behandler LGBT+ personer lige ved at yde en ekstra indsats for at imødekomme denne patientgruppe (Bilag 5, l. 990) Dermed sagt at man ikke tildeler samme opmærksomhed til ciskønnede, heteroseksuelle patienter, hvormed behandlingen ikke længere er lige.

Vi ser samtidig, hvordan denne øgede opmærksomhed beskrives som problematisk ud fra SA's udtalelser: “Det allersværeste ved det her er, at jeg gerne vil give patienten opmærksomhed, men jeg er også bange for og ikke give udtryk for, at det ikke er lige så normalt, som alt muligt andet” (Bilag 5, l. 204). SA opstiller her et paradoks omkring, at den ekstra opmærksomhed, der er tiltænkt som et hensyn overfor patienten, godt kan risikere at fremstå diskriminerende: “(...) så kan man være bange for, at man træder nogen over fødderne på den måde, hvis de ikke føler, at det noget, der skal dykkes ned i, når man bare er, den man er. Altså homoseksuel eller andet” (Bilag 5, 209). Dette paradoks præsenteres samtidig af



HE, der trækker på sin personlige livserfaring som LGBT+ person og beskriver, hvordan hun netop har diskuteret dette dilemma med en pige, hun dater:

“(...) hvor vi også snakkede om at det kan nogle gange også blive for meget altså man kan gøre for meget ud af det hvor det så sådan i stedet for at man bare gerne vil være normal og man vil være en del af alle andre så hvis man gør det til for meget bliver det også lige pludselig altså hvorfor skal vi være bedre end de andre bare fordi vi har en anden seksualitet vi vil bare behandles ligesom alle andre giver det mening” (Bilag 5, l. 597).

Hermed bekræfter HE, at den øgede opmærksomhed omkring hendes seksualitet kan afføde en følelse af, at hun ikke er lige så normal som heteroseksuelle personer grundet sin seksuelle orientering. Det er derfor ikke uvæsentligt, at sygeplejerskerne ser en problematik i at være særligt opmærksomme på LGBT+ patienter, da dette hensyn kan foranledige en frustration for LGBT+ patienter. Der hviler derfor et ansvar på sygeplejerskernes skuldre i at vurdere, hvornår det er meningsfuldt at italesætte kønslig- og seksuel identitet, og hvornår det ikke er nødvendigt for bedst at imødekomme patienten.

Hensyntagen overskygger intentionen om lige behandling

Vi kunne under Tema 4 belyse, hvordan størstedelen af sygeplejerskerne vurderer, at deres uddannelse ikke har rustet dem til at tale om køn og seksualitet med LGBT+ patienter (Bilag 5, l. 170, l. 616, l. 824, l. 999, l. 1166, l. 1382, l. 1576). De beskriver, at de har været nødsaget til at søge viden uden for uddannelsen for at tilegne sig en større forståelsesramme. I forhold til at kunne forstå LGBT+ patienter, og hvilke udfordringer der tilknyttes denne patientgruppe, trækker de på referencer fra medier, praktikophold og deres privatliv. Vi har ydermere kunne identificere, at flere af sygeplejerskerne oplever, at der ikke er erfaringsdeling blandt kolleger i forbindelse med LGBT+ patienter. Idet at der ikke bliver vidensdelt blandt kolleger, kan dette være et udtryk for repressionens tilstedeværelse, da fortielsen alene vidner om, at emnet er tabubelagt. JA forklarer som den eneste sygeplejerske, at den begrænsede undervisning, hun har haft om ovenstående emner, ikke giver indsigt i, hvordan LGBT+ patienter skal behandles i praksis: “(...) men jeg vil sige sådan her det

kommer med erfaringen” (Bilag 5, l 412). Når sygeplejerskerne er nødsaget til at trække på egen erfaring frem for et teoretisk grundlag, betyder det, at køn og seksualitet har været relevante emner at forholde sig til i praksis. Dette vidner derfor om, at emnerne har en berettigelse i en undervisningsmæssig sammenhæng. Sygeplejerskerne beskriver, hvordan det har været en nødvendighed at tilegne sig yderligere viden om LGBT+ patienter, da dette ikke er en naturlig del af pensum.

Når dette sættes i relation til Mols (2002) forståelsesramme, kan det være forårsaget af, at den emotionelle del ikke er en naturlig del af sygeplejerskernes manuskript, der centrerer sig om den medicinske krop. At sygeplejerskerne tilegner sig viden og erfaring andetsteds fra, kan anskues som en udfordring af det hospitale samfunds heterocentriske forudindtagethed. Butler (1990) og Foucault (1982) påstår, at denne forudindtagethed eksisterer ude i samfundet, hvorfor det kan problematiseres, at sygeplejerskerne indhenter viden herfra, som de efterfølgende integrerer i deres egen praksiserfaring inden for det hospitale samfund. Idet erfaring bliver så central en del af samtalen om køn og seksualitet med en LGBT+ patient, vurderer sygeplejerskerne, at alder har en betydning heri. Her belyser sygeplejerskerne problematikker vedrørende unge uerfarne sygeplejersker og seksualitet som et grænseoverskridende emne (Bilag 5, l. 916, l. 1594, l. 1145). Samtidig beskriver de, hvordan sygeplejersker fra en anden generation har en anden forståelse for LGBT+ personer (Bilag 5, l. 1551, l. 126, l. 148, l. 807).

Hertil er det nævneværdigt, hvordan placeringen af autonomi dermed kan være betinget af alder. Overføres perspektivet på multiplicitetsbegrebet, synliggøres det, at der vil være forskel på virkelighederne mellem patienten og sygeplejersken alt efter, hvilken generation og alder, den pågældende sygeplejerske har. Sygeplejerskernes udtalelser belyser, hvordan erfaring er en vigtig del af at kunne italesætte seksualitet med en patient, og særligt i forhold til LGBT+ patienter. Dog beskriver flere sygeplejersker også, at deres ældre kolleger, med megen praksiserfaring, stadig har et begrænset repertoire vedrørende LGBT+. Derfor er det ikke praksiserfaring alene, der er det bærende element i forhold til hensynsfuld behandling af LGBT+ patienter.

I undertemaet 'Sygeplejerskernes erklærede mål for lige behandling' kunne vi dokumentere, hvordan sygeplejerskerne opererer ud fra tilgangen, at alle patienter uanset køn og seksuel identitet skal behandles ligeværdigt (Bilag 5, l. 78, l. 161, l. 287, l. 590, l. 838, l. 1115, l. 1616). I forbindelse med LGBT+ patienter forklarer sygeplejerskerne, at de ikke forskelsbehandler denne patientgruppe og vurderer, at de ikke ændrer adfærd i mødet med en LGBT+ patient (Bilag 5, l. 157, l. 383, l. 593, l. 808, l. 987, l. 1132, l. 1344, l. 1538). Dog kunne vi dokumentere, at flere af sygeplejerskerne går ind til mødet med LGBT+ patienter med et anderledes fokus, end når de behandler ciskønnede, heteroseksuelle patienter. AA forklarer, hvordan hendes fokus ændrer sig, da hun er meget bevidst om at påtale patienter gennem korrekte pronominer, i et forsøg på at etablere en tryghed i relationen. Dette fokus ser vi også hos EM og HE, der har samme opmærksomhed på at italesætte patienter efter korrekte pronominer, med ønsket om ikke at diskriminere LGBT+ patienten. Når sygeplejerskerne aktivt behandler ud fra særlige hensyn, vidner dette om, at der er en bevågenhed omkring, at patienten tilhører en udsat gruppe: en minoritetsgruppe. Ved at være opmærksom på at implementere disse hensyn i sin praksis, modsiger dette intentionen om, at alle patienter behandles lige. Dette da de mange særlige hensyn kan være medskabende til at konstruere en virkelighed, hvor LGBT+ patienter får tilknyttet en berøringsangst. Sygeplejerskerne skal derfor træde varsomt for ikke at udvise grænseoverskridende, diskriminerende og stereotypisk adfærd. Ud fra denne hensyntagen opstår der et paradoks, da for megen hensyn kan kompromittere forsøget på at normalisere LGBT+ personer, som vi dokumenterer i undertemaet: 'Et paradoks om opmærksomhed'. Det bidrager med en interessant nuance, da forsøget på at imødekomme LGBT+ patienter gennem særlige hensyn, potentielt kan skade patientgruppen i selve forsøget. For mange hensyn afføder en fare for, at LGBT+ personer bliver stigmatiseret, da der så stadig vil være forskelsbehandling grundet kønslig- eller seksuel identitet.

Intentionen bag opmærksomheden er at frigøre subjekterne fra de betingelser, som institutionen fremsætter for kønslig- og seksuel identitet. Når opmærksomheden overskygger den oprindelige intention, vil det have en selvforstærkende effekt, som kan begrænse LGBT+ patientens handlerum for at blive anerkendt, som mere end bare dennes kønslige- og seksuelle identitet. LGBT+ patienten vil som subjekt derfor blive fremmedgjort i den sociale kontekst. Opmærksomheden på køn og seksualitet

kan dermed fastholde frem for at frigøre subjektet, da sygeplejersken i sin hensynsfuldhed kan skabe en social kontekst, hvori LGBT+ kun kan anses for en andethed frem for en normalitet.

## Perspektivering til litteraturreview

Ovenstående tematik belyser en problematik om sygeplejerskernes manglende teoretiske viden omkring behandling af LGBT+ patienter. Dette skyldes, at sygeplejeuddannelsens curriculum ikke prioriterer undervisning i behandling af denne patientgruppe. Dermed understøtter analysen vores foreliggende litteraturreview, hvor intersektionalitet, herunder diversitet og nuancer, blandt patienter ikke anerkendes i den medicinske litteratur (Kaestle & Ivory, 2012). For at tilegne sig viden om, hvordan de tilgår LGBT+ patienter i deres praksis, er sygeplejerskerne derfor nødsaget til at søge andetsteds end studiet. Dermed bliver hver enkelte sygeplejerskes egen erfaring og indsamlede viden betydningsfuld, da det er denne, de skal trække på i mødet med LGBT+ patienten. Formår sygeplejersken ikke at tilegne sig den nødvendige viden og de rette kommunikative værktøjer, kan dette skabe en barriere mellem sygeplejerske og LGBT+ patient, som vi så beskrevet fra Sutherland (2021). Vores litteraturreview har vist os, at ulighederne i sundhedsvæsenet kan og skal imødekommes gennem politiske, institutionelle samt sundhedsfaglige ændringer, der fokuserer og tilgodeser LGBT+ patienters individuelle behov. Hertil kan vores analyse bidrage med en anden nuance. Et øget fokus på LGBT+ personer er ikke kun entydigt positivt, da det også kan være medvirkende til at modvirke normalisering. Heraf at italesættelsen af deres forskellighed fra den heteroseksuelle og ciskønnede modpart stiller LGBT+ patienter uden for normen. Dette paradoks tydeliggør en nuance, vi ikke har set repræsenteret i vores litteraturreview, og vi vurderer hermed, at der er genstand for yderligere forskning.

## Opsamling på analysen

Ovenstående analyse har tydeliggjort, at sygeplejerskerne har en differentieret viden omkring LGBT+ patienter. Dette kan skyldes en manglende undervisning om behandlingen af kønslige- og seksuelle minoriteter under deres uddannelse.

Sygeplejerskernes forskellige erfaringsgrundlag får dermed en væsentlig betydning i mødet med LGBT+ patienter. Vi har kunne identificere, hvordan det er op til den enkelte sygeplejerske at vurdere, om seksualitet er relevant for patientens behandling for derefter aktivt at italesætte det, hvis de finder et grundlag for relevans. Dette ansvar står de med, uden at have en teoretisk referenceramme at binde det op på, og de må derfor agere ud fra personlig- og individuel erfaring alene. Foruden en manglende teoretisk viden omkring køn og seksualitet, oplever sygeplejerskerne også, at emnet er grænseoverskridende at tale om i deres praksis. Dette kan være endnu et grundlag for, hvorfor samtalen om seksualitet ofte undlades i den indledende sygeplejevurdering. Herved kan vurderingen af emnets aktualitet blive påvirket af sygeplejerskernes egne følelser omkring seksualitet som værende grænseoverskridende. Vi ser samtidig, hvordan sygeplejerskerne har en magt gennem deres sproglige ytringer. Dette har vi identificeret ud fra deres repertoire, der kendetegnes som begrænset eller udviklet. Dette skaber et grundlag for, at patienten kan blive imødekommet gennem anerkendelse, når sygeplejersken har et udviklet repertoire til at inkludere LGBT+ patienten. Modsat kan det have konsekvenser i relation til LGBT+ patienten, hvis sygeplejerskerne udelukkende har en heteronormativ forudindtagethed i deres sprogbrug, som begrænser forsøget på inklusion. Dette kan påvirke relationen mellem sygeplejerske og patient, da sidstnævnte kan være nødsaget til at irettesætte sygeplejersken for at blive anerkendt i sin kønslige- og seksuelle identitet.

Flere af sygeplejerskerne anser dét at italesætte seksualitet som et fælles ansvar, der både er pålagt dem og patienten. Heraf bygger etableringen samt opretholdelse af relationen mellem sygeplejersken og patienten på en varierende ansvarsplacering. Vi ser, hvordan nogle af sygeplejerskerne konstruerer en virkelighed, hvori de placerer et medansvar hos patienten. Når sygeplejersken pålægger patienten et ansvar, og patienten ikke efterleve dette, har vi identificeret, hvordan sygeplejerskerne kan se det som et tillidsbrud. Det, som bliver paradoksalt, er, at sygeplejerskerne på den ene side forventer, at patienter selv italesætter, hvis der skal tages hensyn til kønslig- eller seksuel identitet. På den anden side finder sygeplejerskerne det grænseoverskridende selv at skulle italesætte. Her kan det diskuteres, om sygeplejerskerne helgarderer sig ved at placere ansvaret hos patienten, da ansvaret for at italesætte køn og seksualitet dermed ikke hviler på

deres skuldre alene. Når sygeplejerskerne tager deres forbehold, kan det ses som en beskyttelse fra at stigmatisere LGBT+ patienter. Endvidere efterlader det en undren om, hvis interesse de ønsker at varetage?

Vi har identificeret, at der er et teoretisk mulighedsrum for, at sygeplejerskerne kan ændre deres tilgang til LGBT+ patienter ved at rekonstruere de implicitte standarder og praksisser, som fastholder patienten i heterocentriske og institutionelle rammer. Når de tilgår patienter, konstruerer sygeplejerskerne en multipel virkelighed, hvor de kan gøre op med de reproduktioner, som forekommer i sproget gennem deres behandling. Dette kræver dog en bevidsthed for de konstellationer, som ligger bag de strukturer, de selv er placeret i, hvilket ændres i måden, hvorpå de agerer i rollen som sygeplejerske. Når sygeplejerskerne interPELLERER deres patienter, bliver det tydeligt, hvordan institutionelle magtstrukturer fastholder eller frigør patienten. Det paradoksale opstår ved, at sygeplejerskerne anskuer patienten ud fra to perspektiver, som er vanskelige at forene: objekt og subjekt. Når sygeplejersken anskuer patienten ud fra førstnævnte, bliver patienten reduceret til en medicinsk krop, som begrænser patientens autonomi. Sygeplejerskerne får hermed en magtfuld rolle, da de kan vælge, hvor og hvornår patienten får lov til at udøve sin autonomi. Ydermere bliver reduktionen også et udtryk for repressionsterminologi, hvor sygeplejersken patologiserer LGBT+ patienten. Når sygeplejerskerne anskuer patienten ud fra deres subjekt, bliver deres kønslige- og seksuelle identitet inddraget som et led i behandlingsforløbet. Bliver disse hensyn mødt, kan sygeplejersken tilvejebringe et holistisk behandlingsforløb, hvor både objekt og subjekt inkluderes.

Vi har identificeret, hvordan det bliver en udfordring at imødekomme patientens hensyn i forhold til kønslig- og seksuel identitet. Heraf hvordan et for stort hensyn kan overskygge intentionen om at give patienten et behandlingsforløb, der ikke udelukkende centrerer sig om kønslig- eller seksuel identitet. Dette kan medføre en uønsket opmærksomhed omkring subjektet, som i italesættelsen vil fremstå som afvigende fra den regulære patient. Dermed er det op til sygeplejerskerne at balancere, hvordan subjekt og objekt forenes for at tilvejebringe respektfuld behandling for LGBT+ patienten.

Vi ser, hvordan der opstår en dialektik i forhold til historiske konstellationer og konstruktioner af køn og seksualitet. Disse fastholder patienterne i binære modsætningspar, som operationaliseres gennem sygeplejerskernes praksis. Heri gøres både et forsøg på at gøre patienterne regulære, hvilket stammer fra en institutionaliseringsproces, som sygeplejerskerne konstruerer ved at reproducere samme manuskript i forhold til ISV'en. Gennem sygeplejerskernes repertoire skabes der en interpellation af patienten, hvor subjektet ikke anerkendes. Dette udmøntes gennem det usagte og i diskriminationen af LGBT+ patienter. Det eksemplificeres blandt andet ved at markere 'Ikke aktuel for indlæggelsen'. Feltet har vist sig at være nuanceret, da netop selvsamme proces for regulering af køn og seksualitet kan bestå af en hensynsfuldhed, hvori det er tilfældet, at LGBT+ patienten i sin helhed oplever at blive imødekommet som regulær patient. Den normaliseringsproces, vi har kunne identificere, har vist sig at tage udgangspunkt i en patient, som identificerer sig som ciskønnet og heteroseksuel. Det tyder derfor på, at sygeplejerskerne fortsat opererer i en institution, hvor den strukturelle og operationelle tilgang er betinget af en heterocentrisk forudindtagethed. Ydermere vil reguleringen af køn og seksualitet være en igangværende proces, som formgives af flere aktører: institutionen, sygeplejersken og patienten.



KAPITEL 6  
KRITISK REFLEKSION  
& KONKLUSION





## Kritisk refleksion

Gennem indeværende speciale er vi blevet introduceret til perspektiver, nuancer og forhold, der vedrører vores problemfelt. Dette giver anledning til at udfolde kritiske overvejelser, som har vist sig at være relevante at forholde sig til i besvarelsen af vores problemformulering. Afsnittet har til hensigt at afdække de begrænsninger og betingelser, som har medvirket til at formgive specialets udfald. Vi vil præsentere, hvilke implikationer den poststrukturalistiske analysestrategi har haft for vores case, samt udfolde hvordan vores egen position har spillet en aktiv rolle for vores erkendelsesteoretiske grundlag. Ydermere vil vi forholde os kritisk til de teorier, vi har valgt at applicere på vores empiri, samt afdække hvordan vi forholder os kritiske til vores empiriske grundlag.

Udgangspunktet for undersøgelsen har været at se på, hvordan LGBT+ patienters køn og seksualitet bliver erfaret og italesat af sygeplejersker i det danske sundhedsvæsen. Vores forsøg på at identificere mønstre i det udtalte har givet os en anledning til at se på, hvilke problematikker der gør sig gældende for sygeplejerskerne i deres erklærede mål for at udføre lige behandling for alle patienter. Eksplicit har vi eftersøgt, hvilke problematikker der eksisterer gennem selvmodsigelser, kategoriseringer, repression og praksisser. Vi har i vores undersøgelse arbejdet ud fra et erkendelsesteoretisk ståsted, hvor vi antager, at strukturer kan være med til at fastholde en undertrykkelse, samtidig med at de er dynamiske, situerede og konstruerede.

Ved at se på undertrykkelsen af LGBT+ patienter som et vidt begreb, forholder vi os ikke til den undertrykkelse, som forekommer særskilt inden for gruppens individer. Vi har gennem specialets eksklusionskriterier fravalgt at se på køn og seksualitet som adskilte dele af begrebet LGBT+, hvorved vi har samlet dem under samme begrebslige afgrænsning. Vi har i analysen derfor ikke overvejet at tage hensyn til, at dele af gruppen kan ligge under for en anden funktion af undertrykkelse, som rækker udover vores forståelsesramme. I vores begrebslige afgrænsning har vi reduceret LGBT+ til en samlet kategori for at kunne identificere problematikker vedrørende kønslige- og seksuelle minoriteter. Vi har derfor overvejet, om vores begrebslige

reducering af LGBT+ har påvirket den nuancerede undertrykkelse, som finder sted i vores empiri. Vores valg af reducere kan derfor være medvirkende til, at LGBT+ personer står overfor en generalisering, som ikke tager hensyn til de individuelle behov. Vi afkobler derfor muligheden for at se på, hvilke individuelle problematikker, LGBT+ patienter står overfor, da vi begrebsligt har reduceret dem til en kategoriseret helhed.

Med en poststrukturalistisk analysestrategi har vi kunne tilgå feltet ved at sætte vores egne forforståelser i relief (Esmark et al, 2014). Vi har derfor været opmærksomme på, hvordan vores egen position som iagttager spiller en aktiv rolle, da vi ikke kan tilsidesætte vores forforståelser, som emergerer i en feministisk refleksivitet. Vi har derfor måtte anskue vores case ud fra vores egen feministiske, situerede antagelse om verden, for derefter at applicere modstykket om en kategoriseret, fastholdt anskuelse af verden, som findes i sundhedsvæsenet. For at identificere kompleksiteten heri, benyttede vi Butler (1990, 1993, 1997, 2004) til få indsigt i, hvordan verden konstrueres performativt gennem sproget. Hvorimod Foucault (1978, 1982) mener, at erkendelse opnås gennem de strukturer, som er historisk og kulturelt indlejret. Vi har derfor udfordret vores egen måde at anskue køn og seksualitet som en konstrueret og performativ størrelse, da vi har måtte arbejde ud fra en fælles vidensproduktion gennem ovenstående traditioner. Ydermere har dette givet os en mulighed for at se på sygeplejerskerne ud fra en social- og strukturel kontekst. Mol (2002) har gennem sit etnografiske studie vist, hvordan viden opnås gennem sociale praksisser, hvor hun har observeret, at krop og subjekt ikke kan adskilles. For at få indsigt i hvordan sygeplejerskerne opnår viden, har vi fået dem til at italesætte deres erfaringer og oplevelser, hvor vi har forholdt os nysgerrigt, åbent og undrende til deres udtalelser. Samtidig har det relevans, at indeværende speciale er udarbejdet af tre forskellige iagttagere. Grundet dette har vi kunne udfordre hinandens fortolkninger, og opnået en fælles forståelse, hvilket vi ser som en fordel for kvaliteten af specialets analytiske del.

Da vi gik ind til de kvalitative interviews, var det med en vurdering om, at køn og seksualitet kan være grænseoverskridende at tale om. Denne forståelse tydeliggjorde vi overfor sygeplejerskerne ved at italesætte muligheden for, at de kunne fravælge at besvare et spørgsmål, hvis det følte grænseoverskridende (Bilag

2). Dette gjorde vi som et hensyn overfor sygeplejerskerne, men retrospektivt kan den blotte italesættelse af dette emne som grænseoverskridende placere denne forståelse hos sygeplejerskerne. Dermed er det muligt, at vi har konstrueret et rum, hvor det er vanskeligt at formidle køn og seksualitet.

Vi tilgår specialet med en forståelse af, hvad der menes med ordet seksualitet, samt hvilken betydning dette har for afkrydsningsfeltet i ISV'en. Dermed sagt er det ikke en selvfølge, at det er i overensstemmelse med sygeplejerskernes forståelse. Vi tilgår emnet seksualitet i ISV'en med overbevisningen om, at der kan sættes lighedstegn mellem seksualitet og identitet. Endvidere er dette nødvendigvis ikke denne måde, det anvendes i praksis af sygeplejersker, hvilket potentielt har begrænset vores analyse. Dette er interessant at forholde sig til, eftersom vi gennem vores empiri har fået en indsigt i, at seksualitet også bliver anskuet som en aktivitet, hvortil valgmulighederne i afkrydsningsfeltet også kan determineres som aktivitet eller passivitet. Ydermere bør anvendelsen af ordet 'behandling' også stå over for en kritisk refleksion. Heraf da behandling i sin anvendelse både kan henvise til en social og medicinsk behandling af patienter. Vi valgte en empatisk og lyttende tilgang under vores kvalitative interviews, da vi prioriterede at skabe et trygt rum, jævnfør Tanggaard og Brinkmann (2010). Det bør dog overvejes, om vi kunne have anlagt en mere kritisk tilgang under interviewet, hvilket kunne have udfoldet de forskellige nuancer, som opstod i samtalen samt udfordre deres forståelse af køn og seksualitet. Vi har dog måtte være påpasselige med at stille os for kritiske, da dette kunne bidrage til den berøringsangst, der er omkring samtalen om køn og seksualitet relateret til LGBT+.

## Konklusion

Gennem ovenstående undersøgelse har vi forsøgt at besvare vores problemformulering, der lyder som følgende:

*Hvad er sygeplejerskers erfaring med LGBT+ patienter i det danske sundhedsvæsen, og hvilke problemer i relation til køn og seksualitet bliver tydelige i sygeplejerskers beskrivelser af den indledende sygeplejevurdering?*

Specialets empiriske grundlag består af kvalitative interviews med otte sygeplejersker i Region Hovedstaden. Indledningsvis kan vi konkludere, at sygeplejerskernes italesættelse af erfaring kun til en vis grad tydeliggør de problematikker, der relaterer sig til mødet med LGBT+ patienter i det danske sundhedsvæsen. Dette skyldes, da sygeplejerskerne kun repræsenterer deres egen erfaring, hvormed vi ikke kan generalisere på de problematikker, som fremgår i analysen. Litteraturreviewet vidner dog om, at flere af de problematikker, vi har identificeret, er sammenlignelige med resultater fra forudgående forskning inden for samme felt. Samtidig er der grobund for yderligere forskning i feltet, da vi ud fra specialets danske kontekst har præsenteret nuanceforskelle i forhold til de internationale studier.

Vores analyseresultater bærer præg af, at vi undersøgt LGBT+ patienter som en gruppe og ikke individer. De problematikker, vi har identificeret, kan vi derfor ikke konkludere som værende gældende for alle LGBT+ personer. Vi valgte denne begrebslige afgrænsning, da vores litteraturreview påviste, hvordan forskningen er udfordret på empiri om denne befolkningsgruppe grundet de problematikker, der knytter sig til afsløringen af kønslig- og seksuel identitet. Af den årsag vurderede vi, at LGBT+ som kategori ville akkumulere mere empirisk materiale, end hvis vi undersøgte sygeplejerskernes erfaringer og oplevelser med én specifik identitet inden for LGBT+ spektret.

Indeværende undersøgelse har demonstreret, hvordan en tematisk analyse kan tydeliggøre problematikker ud fra, hvordan sygeplejerskers erfaringer italesættes.

Herigennem har vi fået indsigt i, hvordan strukturer i det danske sundhedsvæsen operationaliseres gennem sygeplejerskernes praksisser vedrørende LGBT+ patienter. Sygeplejerskernes italesættelse af erfaringer og oplevelser har tydeliggjort, hvordan sundhedsvæsenet som institution er indrettet efter heterocentriske forudindtagetheder. Dette skaber et snævert mulighedsrum for anerkendelse af LGBT+ patienter, da de kønsligt- og seksuelt afviger fra den normalitet, der er konstrueret af de rammer, institutionen er struktureret efter. Skal sygeplejerskerne skabe et mulighedsrum for at udføre anerkendende og tilfredsstillende behandling for LGBT+ patienter, skal de modsætte sig konstruktionen ved ikke at reproducere samme standarder for alle patienter, uanset kønslig- og seksuel identitet.

Problematikken som tydeliggøres er, at sygeplejerskerne skal vurdere hvert patientforløb individuelt ved at inkludere spørgsmål om seksualitet, som en aktiv del af behandlingsforløbet. Den heterocentriske forudindtagethed kan på denne måde dekonstrueres ved, at sygeplejerskerne åbner op for en bredere variation af kønslige- og seksuelle kategorier, som patienterne placeres i. På den måde vil sundhedsvæsenets erklærede mål for respektfuld behandling tage højde for individualiteten ved hver patient, hvori der er fokus på et holistisk behandlingsforløb.

Analysen har bidraget med indsigter i den kategoriserede verden, som sygeplejerskerne opererer i, samt den situerede verden som har vist sig at være den verden, sygeplejerskerne forsøger at inter文erer med. Dette har givet os incitament til at benytte et tematisk analyseapparat for at se på mønstre i de udsagn, sygeplejerskerne bidrog med. Herefter har vi appliceret Foucaults (1978, 1982) magtbegreb på seksualitet samt Butlers (1990, 1993, 1997, 2004) perspektiv på, hvordan den heterocentriske forudindtagethed opererer i praksis, og hvordan performativitet konstruerer nye måde at anskue køn, seksualitet og identitet. Mol (2002) har givet os en indsigt i, hvordan der i sundhedsvæsenet bliver konstrueret flere ontologier, som er afgørende for, hvordan sygeplejerskerne agerer ud fra de strukturer, de er placeret i. Ud fra dette teoretiske grundlag kan vi konkludere, hvordan der kan skabes et teoretisk mulighedsrum for at rekonstruere måden, køn og seksualitet kommunikeres indenfor sundhedsvæsenets rammer.

Den heterocentriske forudindtagethed vidner om, at sundhedsvæsenet som institution er struktureret efter binære modsætningspar. På det operationelle niveau påvirker disse strukturer, hvordan sygeplejerskerne skal navigere i deres praksis, når de behandler patienter. Afviger patienter fra den regulære patient, hvilket vi har identificeret som ciskønnet og heteroseksuel, opstår udfordringerne for sygeplejerskerne i deres erklærede mål for lige behandling. Vi har kunne identificere en problematik omkring, at diskrimination, stigmatisering, tabu og grænseoverskridende adfærd er med til at påvirke den sociale og medicinske behandling af patienten. Samtidig har vi kunne identificere, at sygeplejerskerne står med et ansvar for at udvinde kønslig- og seksuel information fra patienten gennem den indledende sygeplejevurdering, hvilket vidner om, at denne information er relevant i forhold til behandlingsforløbet. Sygeplejerskerne problematiserer selv, at køn og seksualitet ikke fylder nok under behandlingsforløbet for LGBT+ patienter, til trods for at det er sygeplejerskerne selv, som vurderer, om det er relevant eller ej. Vi har identificeret et mønster om, hvad der ligger til grund for sygeplejerskernes tilbageholdelse. Dette bunder i en berøringsangst, der kan være affødt af, at de uddannelsesmæssigt ikke er i besiddelse af de rette sproglige- og instrumentelle værktøjer til at kunne håndtere LGBT+ patienter. Vi har set et mønster i, at sygeplejerskerne fastholder patienter ved at behandle dem som medicinske kroppe, og på den måde får minimeret patienters subjektivitet. Sygeplejerskerne giver dog udtryk for, at patienten har et medansvar i forhold til at afsløre information omkring særlige hensyn, der skal tages vedrørende kønslig- eller seksuel identitet. Dette bekræfter igen, at disse informationer kan have betydning for behandlingsforløbet. Sygeplejerskernes manglende teoretiske viden om kønslig- og seksuel identitet, udmønter sig i en problematik omkring et differentieret repertoire i relevans til LGBT+ patienter. Dette skyldes, at sygeplejerskernes sproglige forståelsesramme er skabt ud fra personlig erfaring. Dermed ser vi, at nogle sygeplejersker opererer med en hensynsfuld terminologi, der integrerer LGBT+ patienter som en del af normaliteten. Hvorimod andre påviser et begrænset repertoire, der er forankret i en heteronormativ forståelse. Vi kan derfor konkludere, at LGBT+ patientens køn og seksualitet vil blive italesat forskelligt, alt efter hvilken sygeplejerske de tilknyttes og dennes erfaringsgrundlag omhandlende kønslig- og seksuel identitet.

Den tematiske analyse har samtidig klargjort et paradoks vedrørende den særlige opmærksomhed og hensynsfuldhed over for LGBT+ patienter. Hvor det på den ene side vidner om anerkendelse og respekt, og på den anden side fastsætter LGBT+ patienten som uden for normalitet. Heraf kan vi konkludere, at sygeplejerskerne er placeret i en vanskelig situation, hvor anerkendelse og italesættelse af køn og seksualitet skal være balanceret, hvis de ønsker at normalisere patienten.



# LITTERATURLISTE



## Litteraturliste

- Alrø, H., Dahl og K. Schumann, K. (2016). Indledning & Professionelles samtale & Dialoop. In *Samtalanalyse – i hverdagen og videnskaben*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag
- Alrø, H., & Kristiansen, M. (1997). Hvad er interpersonel kommunikation? In *Kan du se, hvad jeg sagde? – mennesker ansigt til ansigt*. Forlaget: Holistic
- AUB, Aalborg Universitet Universitetsbibliotek. Lokaliseret den 17. februar 2022:  
<https://www.aub.aau.dk/>
- Baldwin, A., Dodge, B., Schick, V., Herbenick, D., Sanders, S. A., Dhoot, R., & Fortenberry, J. D. (2017). Health and identity-related interactions between lesbian, bisexual, queer and pansexual women and their healthcare providers. *Culture, Health & Sexuality*, 19(11), 1181–1196.  
<https://doi.org/10.1080/13691058.2017.1298844>
- Butler, J. (2004). *Undoing gender*. Routledge.
- Butler, J. (1990). *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. New York: Routledge.
- Butler, J. (1997). *Excitable Speech: A Politics of the Performative* (1st ed.). New York: Routledge.  
<https://doi.org/10.4324/9780203948682>
- Butler, J. (1993). Imitation and Gender Insubordination. In Abelow, H., In Barale, M. A., & In Halperin, D. M. (Ed.) *The Lesbian and gay studies reader* (307-320). New York: Routledge.
- Buus, N., Tingleff, E. B., Rossen, C. B., & Kristiansen, H. M. (2008) Litteratursøgning i praksis - begreber, strategier og modeller. *Sygeplejersken*, 23(10). Vedlæg.

- Bryman, A. (2016). In: *Social Research Methods* (5th ed.), New York, NY: Oxford University Press (kapitel 3, 5, 11, 13, 20, 24) (
- Cipollina, & Sanchez, D. T. (2021). Identity cues influence sexual minorities' anticipated treatment and disclosure intentions in healthcare settings: Exploring a multiple pathway model. *Journal of Health Psychology*, 1359105321995984  
1359105321995984. (1569-1582) <https://doi.org/10.1177/1359105321995984>
- Cottrell, D. B. (2019). Fostering sexual and gender minority status disclosure in patients. *Nurse Practitioner*, 44(7), 43–49.  
<https://doiorg.zorac.aub.aau.dk/10.1097/01.NPR.0000559846.83872.da>
- Dahler-Larsen, P. (2008) *Displays. I: At fremstille kvalitative data (30-53)* Odense: Syddansk Universitetsforlag
- Dichter, M. E., Ogden, S. N., Scheffey, K. L., Cronholm, P. F., & Nadler, L. E. (2021). Provider Practices and Perspectives regarding Collection and Documentation of Gender Identity. *Journal of Homosexuality*, 68(6), 901–913.  
<https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1080/00918369.2019.1667162>
- Diamond, L. M., Dehlin, A. J., & Alley, J. (2021). Systemic inflammation as a driver of health disparities among sexually-diverse and gender-diverse individuals. *Psychoneuroendocrinology*, 129, 105215–105215.  
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2021.105215>
- Eccles, D. W., & Aarsal, G. (2017). The think aloud method: what is it and how do I use it?. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 9(4), 514-531.
- Egede, S., Fouchard, J., Firsich, M., & Graugaard, C., (2019). *Danske LGBT-personers møde med almen praksis - udfordringer og muligheder*. København: Sundhedsstyrelsen, Seksologisk forskningscenter, Klinisk Institut, Aalborg

universitet. Lokaliseret d. 15. marts 2022 på:  
<https://lgbt.dk/rapporter/>

Esmark, A., Bagge Laustsen, C., & Åkerstrøm Andersen, N. (2014). Poststrukturalistiske analysestrategier: En introduktion. I A. Esmark, C. Bagge Laustsen, & N. Åkerstrøm Andersen (red.), *Poststrukturalistiske analysestrategier* (pp.1-43)

Fuzzell, L., Fedesco, H. N., Alexander, S. C., Fortenberry, J. D., & Shields, C. G. (2016). "I just think that doctors need to ask more questions": Sexual minority and majority adolescents' experiences talking about sexuality with healthcare providers. *Patient Education and Counseling*, 99(9), 1467–1472.  
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.06.004>

Flyvbjerg, B. (1991). *Rationalitet og magt. Bind I: Det konkrete videnskab*. Akademisk Forlag, 137-158

Foucault, M. (1982). The Subject and Power. *Critical Inquiry*, 8(4), 777-795.  
<http://www.jstor.org/stable/1343197>

Grant, M.J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal*, 26(2), 91–108.  
<https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>

Grewal, A., Kataria, H., & Dhawan, I. (2016). Literature search for research planning and identification of research problem. *Indian Journal of Anaesthesia*, 60(9), 635-639.  
<https://doi.org/10.4103/0019-5049.190618>

Holt, N. R., Hope, D. A., Mocarski, R., Meyer, H., King, R., & Woodruff, N. (2020). The provider perspective on behavioral health care for transgender and gender nonconforming individuals in the Central Great Plains: A qualitative study of

approaches and needs. *American Journal of Orthopsychiatry*, 90(1), 136–146.  
<https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1037/ort0000406>

Hsieh, N., & Shuster, S. M. (2021). Health and Health Care of Sexual and Gender Minorities. *Journal of Health & Social Behavior*, 62(3), 318–333.  
<https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1177/00221465211016436>

Justesen, L., & Mik-Meyer, N. (2010). Videnskabsteori, perspektiver og kvalitative metoder I: *Kvalitative Metoder. I organisations- og ledelsesstudier*. (11-36) København: Hans Reitzels Forlag

Jabson, Mitchell, J. W., & Doty, S. B. (2016). Associations between non-discrimination and training policies and physicians' attitudes and knowledge about sexual and gender minority patients: A comparison of physicians from two hospitals. *BMC Public Health*, 16(1), 256–266.  
<https://doi.org/10.1186/s12889-016-2927-y>

Kaestle, C.E., & Ivory, A. H. (2012). A Forgotten Sexuality: Content Analysis of Bisexuality in the Medical Literature over Two Decades. *Journal of Bisexuality*, 12(1), 35–48.  
<https://doi.org/10.1080/15299716.2012.645701>

Kashaf, M. S., Butler, P. R., Cordon-Galiano, B. H., & Herati, A. S. (2018). Sexual Health Care Practitioners' Evaluation of Men Who Have Sex With Men. *Journal of Sexual Medicine*, 15(7), 942–946.  
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.05.004>

Kattari, S. K., Walls, N. E., Whitfield, D. L., & Langenderfer-Magruder, L. (2015). Racial and Ethnic Differences in Experiences of Discrimination in Accessing Health Services Among Transgender People in the United States. *The International*

Journal of Transgenderism, 16(2), 68–79.  
<https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1064336>

Kneale, D., Thomas, J., & French, R. (2020). Inequalities in Health and Care among Lesbian, Gay, and Bisexual People Aged 50 and Older in the United Kingdom: A Systematic Review and Meta-analysis of Sources of Individual Participant Data. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 75(8), 1758–1771.  
<https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa071>

Kcomt, L. (2019). Profound health-care discrimination experienced by transgender people: rapid systematic review. *Social Work in Health Care*, 58(2), 201–219.  
<https://doi.org/10.1080/00981389.2018.1532941>

Kjærgaard, A., Gravengaard, G., Hjuler, S., & Dindler, C. (2018). Tænke højt-protokoller. En metode til at undersøge modtageres tekstforståelse og -oplevelse. *NyS*, 54, 94-128.  
<https://www.nys.dk/article/view/101129/156553>

Kjærbeck, S. (2014). Kvalitative interviews. Om at få indblik i målgruppers holdninger, erfaringer og adfærd i Petersen, H. (red.) *Organisationskommunikation. Teori og cases om tekst og tale* (155-180). Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Liu, H., Reczek, C., Mindes, S. C. H., & Shen, S. (2017). The Health Disparities of Same sex Cohabitators at the Intersection of Race-ethnicity and Gender. *Sociological Perspectives*, 60(3), 620–639.  
<https://doi.org/10.1177/0731121416663685>

Meyer, I. H. (1995). Minority Stress and Mental Health in Gay Men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 38–56.  
<https://doi.org/10.2307/2137286>

- 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), 674–697.  
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Mol, A. (2002). *The body multiple: ontology in medical practice*. Duke University Press.
- Nair, J. M., Waad, A., Byam, S., & Maher, M. (2021). Barriers to Care and Root Cause Analysis of LGBTQ+ Patients' Experiences: A Qualitative Study. *Nursing Research*, 70(6), 417–424.  
<https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1097/NNR.0000000000000541>
- Noonan, E. J., Weingartner, L. A., Combs, R. M., Bohnert, C., Shaw, M. A., & Sawning, S. (2021). Perspectives of Transgender and Genderqueer Standardized Patients. *Teaching & Learning in Medicine*, 33(2), 116–128.  
<https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1080/10401334.2020.1811096>
- Olesen, S. G., (TRANS.) (1978). *Michel Foucault: Seksualitetens historie, 1: Viljen til viden*. (1 udg.) København: Rhodos Intern. Science and Art Publ.
- Ogden, Scheffey, K. L., Blosnich, J. R., & Dichter, M. E. (2020). “Do I feel safe revealing this information to you?": Patient perspectives on disclosing sexual orientation and gender identity in healthcare. *Journal of American College Health*, 68(6), 617–623.  
<https://doi.org/10.1080/07448481.2019.1583663>
- Pharr, J., Kachen, A., & Cross, C. (2019). Health Disparities Among Sexual Gender Minority Women in the United States: A Population-Based Study. *Journal of Community Health*, 44(4), 721–728.  
<https://doi.org/10.1007/s10900-019-00631-y>

- Pratt-Chapman, M. L., & Phillips, S. (2020). Health professional student preparedness to care for sexual and gender minorities: efficacy of an elective interprofessional educational intervention. *Journal of Interprofessional Care*, 34(3), 418–421.  
<https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1080/13561820.2019.1665502>
- Rossmann, Salamanca, P., & Macapagal, K. (2017). A Qualitative Study Examining Young Adults' Experiences of Disclosure and Nondisclosure of LGBTQ Identity to Health Care Providers. *Journal of Homosexuality*, 64(10), 1390–1410.  
<https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1321379>
- Soinio. (2020). Lesbian and bisexual women's experiences of health care: "Do not say, 'husband', say, 'spouse.'" *Journal of Clinical Nursing*, 29(1-2), 94–106.  
<https://doi.org/10.1111%2Fjocn.15062>
- Steele, Daley, A., Curling, D., Gibson, M. F., Green, D. C., Williams, C. C., & Ross, L. E. (2017). LGBT Identity, Untreated Depression, and Unmet Need for Mental Health Services by Sexual Minority Women and Trans-Identified People. *Journal of Women's Health (Larchmont, N.Y. 2002)*, 26(2), 116–127.  
<https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5677>
- Stern, L. S., C., Jordan, Z., & McArthur, A. (2014). Developing the Review Question and Inclusion Criteria. *The American Journal of Nursing*, 114(4), 53–56.  
DOI: 10.1097/01.NAJ.0000445689.67800.86
- Sundhedsloven. (2022, LBK nr 210 af 27/01/2022). Bekendtgørelse af sundhedsloven. Sundhedsministeriet.  
<https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2022/210>
- Sutherland. (2021.). Exploring factors contributing to care-seekers' level of discomfort discussing a transgender identity in a health care setting. *Journal of Gay &*

Lesbian Social Services, ahead-of-print(ahead-of-print), 1–20.  
<https://doi.org/10.1080/10538720.2021.1948483>

Tanggaard L., & Brinkmann, S. (2010). Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. I Brinkmann, S. & Tanggaard L. (Red.) *Kvalitative Metoder – en Grundbog* (29–53). København: Hans Reitzels Forlag.

Yin, R.K. (2014). *Case Study Research. Design and Methods* (5. ed.) Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 3-19.

Zeeman, L., Sherriff, N., Browne, K., McGlynn, N., Mirandola, M., Gios, L., Davis, R., Sanchez-Lambert, J., Aujean, S., Pinto, N., Farinella, F., Donisi, V., Niedźwiedzka-Stadnik, M., Rosińska, M., Pierson, A., & Amaddeo, F. (2019). A review of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health and healthcare inequalities. *European Journal of Public Health*, 29(5), 974–980  
<https://doi.org/10.1093/eurpub/cky226>