

Ser du lægen? og ser lægen dig?

Af Sund LGBT+ Praksis

EN RAPPORT OM PATIENTERS OPLEVELSER,
BARRIERER OG ØNSKER I MØDET
MED ALMEN PRAKSIS.





Rapportens indhold

Resumé - patientperspektiver på tryghed og ulighed i almen praksis.....	2
1. Baggrund og formål.....	3
Ulighed i sundhed – fra evidens til praksis.....	3
Hvorfor er undersøgelsen relevant netop nu?.....	4
2. Metode og datagrundlag.....	5
Dataindsamling.....	5
Respondentprofil.....	6
3. Uligheden opstår i – og ofte før – kontakt med almen praksis.....	8
Generel tryghed i konsultationen.....	8
Manglende tryghed fører til manglende kontinuitet.....	9
4. Tavshed i konsultationen	10
Tilbageholdt information giver sundhedsrisiko.....	11
Tavshed er en af grundstenene til ulighed i sundhed.....	12
5. Lyt til patienterne – de har selv løsningerne	13
Et ønske om at kunne angive oplysninger selv.....	13
Hvis lægen åbner samtalen, bliver det nemmere at tale om det private	15
Patienterne efterspørger synlige signaler i almen praksis.....	17
6. Negative oplevelser i mødet med almen praksis	20
Omfanget af negative oplevelser i sundhedsvæsenet	21
Forskellige typer af negative oplevelser	22
7. Almen praksis – problemet eller løsningen?.....	25
Strukturelle og kommunikative barrierer i almen praksis.....	26
Første kontakt med sundhedsvæsenet hænger ved.....	27
8. anbefalinger til en mere lige praksis - fra viden til handling	29
Giv patienten mulighed for at angive relevante oplysninger i egen journal	29
Styrk den systematiske og inkluderende konsultation	31
Styrk synlighed og inkluderende signaler i praksismiljøet	32
Understøt implementering gennem nationale rammer	32
9. Viden forpligter - hvad venter vi på.....	35
10. Referenceliste	37



Resumé - patientperspektiver på tryghed og ulighed i almen praksis

Ulighed i sundhed er veldokumenteret – også for LGBT+-personer og andre minoritetsgrupper. Samtidig er åben kommunikation i almen praksis en forudsætning for tidlig opsporing, korrekt behandling og effektiv forebyggelse.

Denne rapport belyser, hvordan patienter oplever mødet med deres praktiserende læge – særligt i relation til emner som køn, seksualitet og trivsel. Den er baseret på 258 besvarelser fra patienter i Danmark. Resultaterne er ikke repræsentative for hele befolkningen, men peger på tydelige og klinisk relevante mønstre i patienters oplevelser.

Vores hovedfund er:

- 1. Patienter holder vigtig sundhedsinformation tilbage**
- 2. Samtalen opstår ikke af sig selv – det dobbelte tabu kræver indsigt og vilje**
- 3. Strukturen kan understøtte dialogen langt bedre end den gør i dag**

Når patienter ikke deler relevante oplysninger, svækkes grundlaget for korrekt udredning, behandling og forebyggelse. Dette er ikke alene et individuelt problem – det er en strukturel udfordring med betydning for kvaliteten i sundhedsvæsenet.

Der er ikke tale om et vidensproblem. Der er tale om et implementeringsproblem.

En central barriere er ikke manglende vilje hos lægen, men manglende strukturel understøttelse, og kompetencer til systematisk at adressere emner som sex, køn og relationer.

Derfor er vores klare anbefalinger:

- 1. Giv patienten mulighed for selv at angive relevante oplysninger**
- 2. Styrk systematisk og inkluderende kommunikation**
- 3. Skab tydelige signaler i praksis**
- 4. Understøt implementering nationalt**

Spørgsmålet er ikke, om vi ved nok, men om vi vil bruge den viden, vi allerede har.

Rapporten er udfærdiget af Sund LGBT+ praksis - en gruppe under Dansk Selskab for Almen Medicin, som søger at mindske uligheden i sundhed for LGBT+ personer.



1. Baggrund og formål

Denne rapport tager både afsæt i eksisterende viden om ulighed i sundhed samt viden fra en ny og tilgrundliggende undersøgelse, og har til formål at belyse, hvordan ulighed konkret kommer til udtryk i mødet mellem patienter og almen praksis. – særligt hos LGBT+ personer.

I det følgende præsenteres den overordnede baggrund samt formålet med undersøgelsen.

Ulighed i sundhed – fra evidens til praksis

Ulighed i sundhed blandt LGBT+ personer er veldokumenteret. Nationale og internationale undersøgelser viser, at **LGBT+ personer har øget forekomst af både psykisk mistrivsel, risikobetinget livsstil og visse somatiske sygdomme** sammenlignet med den øvrige befolkning. Samtidig rapporteres lavere tillid til sundhedsvæsenet og hyppigere negative erfaringer i mødet med sundhedsprofessionelle.

I Danmark peger bl.a. SEXUS-undersøgelsen (1) og analyser fra Statens Serum Institut (2) og Sundhedsstyrelsen (3) på markante forskelle i trivsel, sundhedsadfærd og kontaktmønstre med sundhedsvæsenet. Disse forskelle kan ikke alene forklares ved individuelle forhold, men må også forstås i en bredere kontekst af minoritetsstress, stigma og strukturelle barrierer.

Ulighed i sundhed ses på tværs af minoritetsgrupper, og skal forstås i bred strukturel kontekst.

Almen praksis spiller en nøglerolle i denne sammenhæng. Som første kontaktpunkt i sundhedsvæsenet og med ansvar for kontinuitet, forebyggelse og helhedsorienteret behandling, har almen praksis et unikt potentiale for at identificere og reducere ulighed tidligt i patientforløb.

Hvis relevante oplysninger om patientens liv, relationer og adfærd ikke bringes frem i konsultationen, risikerer det at føre til forsinket diagnostik, mindre målrettet behandling og tabte muligheder for forebyggelse – altså et lægeligt tab af viden og kontinuitet, og en ringere sundhed hos patienten.



Der mangler derfor praksisnær viden om, hvad der konkret sker i konsultationen, og et behov for at bevæge sig fra en overordnet erkendelse af ulighed i sundhed til en mere praksisnær forståelse:

- Hvordan oplever patienter mødet med almen praksis?
- Hvilke barrierer opstår i konsultationen?
- Og hvilke konkrete ændringer kan bidrage til et mere inkluderende og effektivt sundhedsvæsen?

Hvorfor er undersøgelsen relevant netop nu?

Formålet med denne undersøgelse var at skabe et mere praksisnært grundlag for at forstå:

- Hvordan oplever patienter mødet med almen praksis?
- Hvilke barrierer opstår i kommunikationen mellem læge og patient?
- I hvilket omfang undlader patienter at dele væsentlige oplysninger?
- Og hvilke konkrete tiltag vurderer patienterne selv kan gøre det lettere at tale om sex, køn og seksuel orientering?

Undersøgelsen adskiller sig fra tidligere arbejde ved at inkludere både LGBT+ personer og heteroseksuelle patienter. Dermed belyses ikke alene en specifik minoritetsproblematik, men også **bredere strukturelle og kommunikative udfordringer i almen praksis**.

Ambitionen er ikke at levere et repræsentativt billede af hele befolkningen, men at identificere mønstre og barrierer, som er klinisk relevante og handlingsanvisende.

Resultaterne skal således forstås som et bidrag til at kvalificere både faglig praksis og sundhedspolitiske beslutninger.



2. Metode og datagrundlag

Denne undersøgelse er baseret på en spørgeskemaundersøgelse blandt patienterne i almen praksis. Samtidig må vi som undersøgere også anfægte, at mange LGBT+ personer ikke er synlige i almen praksis.

Et simpelt regnestykke (Figur 1) medfører, at en praktiserende læge ugentligt bør have 20 LGBT+ kontakter om ugen. Vores antagelse er, at det netop ikke er tilfældet, da man ved at barriererne mellem læge og patient medfører mindre kontakt til egen læge.

I Danmark er der **330.000–480.000 mennesker** som identificerer sig om LGBT+ personer.

Der er ca. **3.500 praktiserende læger** i Danmark, fordelt i ca. **2.000 lægeklinikker**.

En praktiserende læge gennemfører ca. **56 konsultationer pr. arbejdsdag** (alle typer). Det betyder, at **hver lægepraksis har 165 - 240 LGBT+ personer tilknyttet**.

20 LGBT+ patienter bør kontakte deres egen læge ugentligt!

Figur 1 - Beregning af LGBT+ kontakter i almen praksis, fra Sund LGBT+ praksis' statuspapir forår 2026

Dette er et estimat baseret på nationale prævalensdata og aktivitetsniveau i almen praksis.

I det følgende beskrives dataindsamling, respondenternes karakteristika samt de metodiske overvejelser, der ligger til grund for analysen.



Dataindsamling

Data til denne undersøgelse er indsamlet via et elektronisk spørgeskema udarbejdet i SurveyXact. Spørgeskemaet blev gjort tilgængeligt for alle patienter i almen praksis samt via digitale platforme. Der har været mulighed for at deltage i undersøgelsen primært fra venteværelserne hos de praktiserende læger (digitalt via Praksisskærm), samt fra AIDS Fondets Checkpoints og via SoMe (hhv. via Sund LGBT+ praksis' LinkedIn-profil og delt via Sex & Samfunds samt Normkritiske Lægers platforme).

Besvarelsene er indsamlet over en periode på 2 måneder (februar – marts 2026).

Indsamlingen har haft til formål at opnå et praksisnært indblik i patienternes oplevelser, barrierer og ønsker i mødet med deres praktiserende læge – med særligt fokus på kommunikation om emner relateret til køn, seksualitet og relationer.

Spørgeskemaet bestod af både lukkede og åbne spørgsmål og kunne besvares anonymt. De lukkede spørgsmål har muliggjort kvantitativ analyse af mønstre og tendenser, mens de åbne svar har givet mulighed for at indsamle mere nuancerede beskrivelser af patienternes oplevelser.

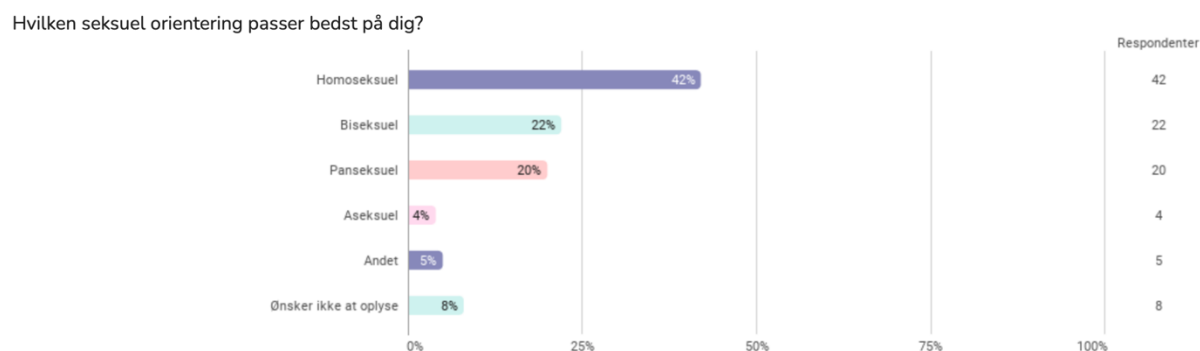
Deltagelse i undersøgelsen har været frivillig, og der er ikke indsamlet personhenførbare oplysninger jf. GDPR-lovgivningen.

Undersøgelsen er således ikke direkte repræsentativ, men har til formål at identificere mønstre og barrierer i praksis.



Respondentprofil

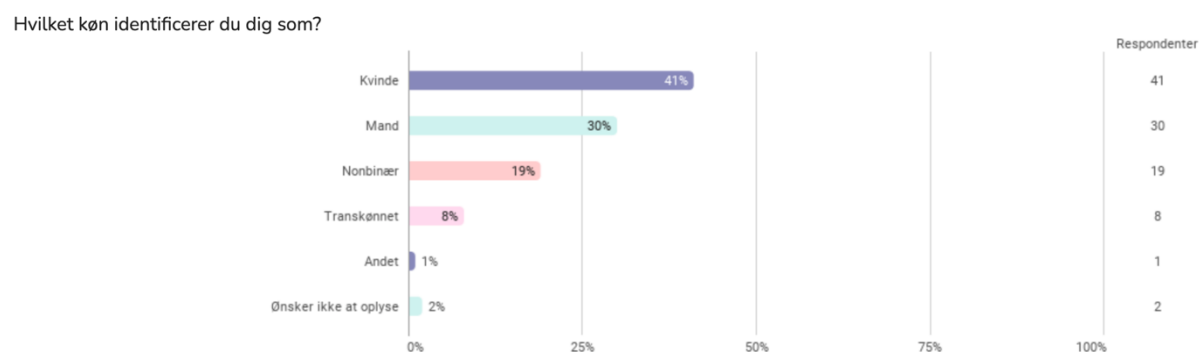
Undersøgelsen omfatter i alt **258 respondenter**, hvoraf 101 (sv.t. 39 % af respondenterne) identificerer sig som LGBT+ (angivet i Figur 2). Besvarelserne stammer generelt fra en bred gruppe af patienter, på tværs af alder, køn og seksuel orientering. Figureerne i rapporten viser besvarelser fra LGBT+ personer.



Figur 2 - Oversigt over hvilken seksuel orientering LGBT+ respondenterne identificerer sig med

Aldersmæssigt er respondenterne fordelt over flere aldersgrupper, med en overvægt i alderen 30–44 år (33 %). Der er samtidig repræsentation fra både yngre og ældre aldersgrupper, hvilket giver mulighed for at belyse erfaringer på tværs af livsfaser.

Kønsfordelingen (Figur 3) blandt LGBT+ respondenterne viser, at 41 % identificerer sig som kvinder, mens 30 % identificerer sig som mænd. Derudover identificerer en større andel af respondenterne sig uden for det binære køn, herunder 19% som nonbinære, 8 % som transkønnede og 1 % som 'andet'.



Figur 3 - Oversigt over hvilke køn LGBT+ respondenterne identificerer sig som



Det skal samtidig understreges, at respondentgruppen ikke er repræsentativ for den danske befolkning som helhed. Der kan være en overrepræsentation af personer med særlig interesse for emnet eller med egne erfaringer med udfordringer i sundhedsvæsenet. Dette kan medføre en vis selektionsbias, som vi vurderer, ikke ændrer vores hovedfund.

På trods af dette vurderes datagrundlaget at være tilstrækkeligt til at kortlægge og **identificere mønstre i patienters oplevelser** som vurderes klinisk relevante og i overensstemmelse med eksisterende viden.



3. Uligheden opstår i – og ofte før – kontakt med almen praksis

Generel tryghed i konsultationen

Undersøgelsen viser, at 83 % af respondenterne generelt føler sig trygge i kontakten med deres praktiserende læge. Det peger på, at relationen mellem patient og læge i mange tilfælde er velfungerende og præget af tillid.

Trygheden falder dog markant til kun 63 % når det gælder samtaler om emner relateret til køn, seksualitet og relationer. Faktisk angiver hele 24 %, at de i mindre grad føler sig trygge ved at tage disse emner op.

Det betyder i praksis, at selv patienter, der generelt har tillid til deres læge, kan undlade at bringe relevante oplysninger i spil, hvis emnet opleves som følsomt eller hvis der er usikkerhed om, hvordan det vil blive modtaget.

Forskellen mellem generel tryghed og emnespecifik tryghed er afgørende, fordi netop de emner, hvor trygheden er lavere, ofte er klinisk relevante. Det gælder blandt andet i forhold til seksuel sundhed, mental trivsel og relationelle forhold, som kan have betydning for både forebyggelse, diagnostik og behandling.

Udfordringen i almen praksis er ikke nødvendigvis manglende tillid i bred forstand, men snarere manglende rammer for at håndtere bestemte typer af samtaler. Dette danner grundlag for det følgende kapitel, hvor det undersøges nærmere, i hvilket omfang patienter undlader at dele relevante oplysninger – og hvorfor.

“Jeg var *usikker* på, hvordan lægen ville reagere, så jeg valgte ikke at sige noget.”

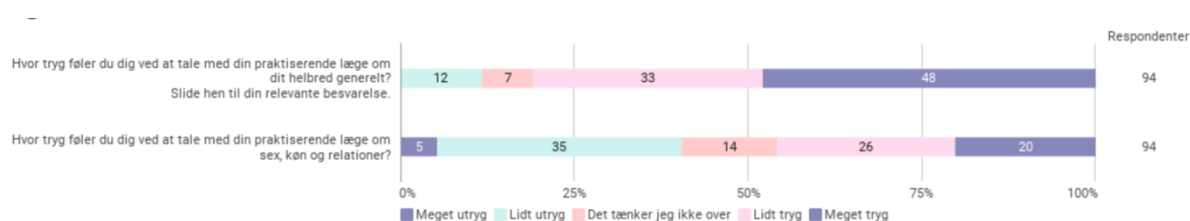


Manglende tryghed fører til manglende kontinuitet

Blandt LGBT+ respondenterne ser vi, at hele **40 % af LGBT+ respondenterne i mindre grad føler sig trygge** ved at tage emner op som køn, sex og seksuel orientering (Figur 4).

På spørgsmålene om hvor trygge patienterne føler sig i kontakten og relationen til deres praktiserende læge svarer 5 % at de er 'meget utrygge' mens 35 % er 'lidt utrygge' i samtalen om køn, sex og seksuel orientering hos deres praktiserende læge. Det er signifikant mindre tryghed end de generelle besvarelser viser, jf. forrige afsnit.

Ofte er utrygheden relateret til usikkerhed på om lægens viden, frygt for at blive dømt eller manglende initiativ fra lægen.



Figur 4 - Andel af LGBT+ personer som føler sig trygge i konsultationen hos deres praktiserende læge

Konsekvensen er, at selv i konsultationer præget af generel tillid, kan der opstå "blinde vinkler", hvor klinisk relevante oplysninger ikke bringes frem. Dette er væsentligt, fordi netop de emner, hvor trygheden er lavere, ofte har direkte betydning for forebyggelse, diagnostik og behandling.

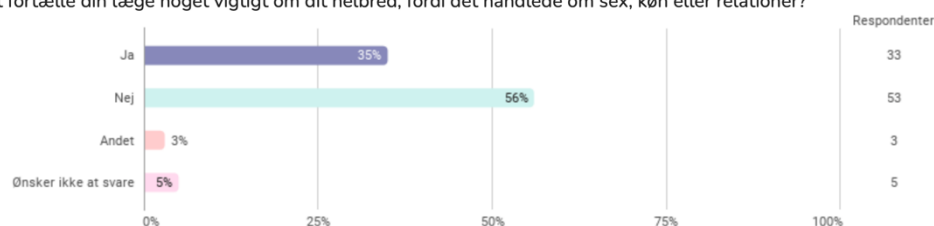


4. Tavshed i konsultationen

En velfungerende konsultation forudsætter, at patienten deler relevante oplysninger om symptomer, livsstil og forhold, der kan have betydning for helbredet. Undersøgelsen viser imidlertid, at dette ikke altid er tilfældet. Derfor skal lægerne være ekstra opmærksomme på de “blinde vinkler” i konsultationen.

Undersøgelsen viser, at det ikke er unormalt for patienterne at undlade information fra deres praktiserende læge. I Figur 5 ses, at **hele 35 % af LGBT+ respondenterne angiver, at de på et tidspunkt har undladt at fortælle deres praktiserende læge noget, som de ellers selv vurderede, var vigtigt for deres sundhed** eller behandling. Tilsvarende mener 14 % af heteroseksuelle ciskønnede (sv.t. 23 % af alle respondenter) det samme.

Har du nogensinde undladt at fortælle din læge noget vigtigt om dit helbred, fordi det handlede om sex, køn eller relationer?



Figur 5 - Andelen af LGBT+ personer som har undladt at fortælle deres læge om deres sundhed

Der findes altså en central udfordring i almen praksis: at konsultationen ikke nødvendigvis afspejler patientens fulde sundhedsbillede.

Uden en fuld sygehistorie, kan udredning og undersøgelsen blive mangelfuld. Derved risikeres mindre kontinuitet mellem læge og patient-relationen, og deraf opleves ulighed i sundhed.

“Jeg lod være med at nævne det, fordi det ikke følte relevant i situationen – og desuden *spurgte lægen ikke ind til det*”



Tilbageholdt information giver øget sundhedsrisiko

At omkring hver fjerde patient (jf. forrige afsnit hhv. 23 % af alle respondenter og 35 % af LGBT+ respondenterne) har undladt at dele væsentlig information, indikerer, at tavshed i konsultationen ikke er et marginals fænomen, men et strukturelt forhold med potentiel klinisk betydning.

Tavshed kan have flere konsekvenser:

- Manglende eller forsinket diagnostik
- Mindre målrettet behandling
- Tabte muligheder for forebyggelse

I praksis betyder det, at beslutninger i almen praksis i nogle tilfælde træffes på et ufuldstændigt grundlag. Resultaterne indikerer, at op mod **hver fjerde samtale med lægen kan være baseret på et ufuldstændigt informationsgrundlag.**

Dette er i tråd med internationale analyser fra WHO (4) og OECD (5), der viser, at manglende eller forsinket udredning er forbundet med både dårligere behandlingsresultater og øgede samfundsøkonomiske omkostninger.

Undersøgelsen frembringer en række barrierer, som bidrager til, at patienter undlader at dele relevant information.

De hyppigst angivne årsager blandt alle respondenter er:

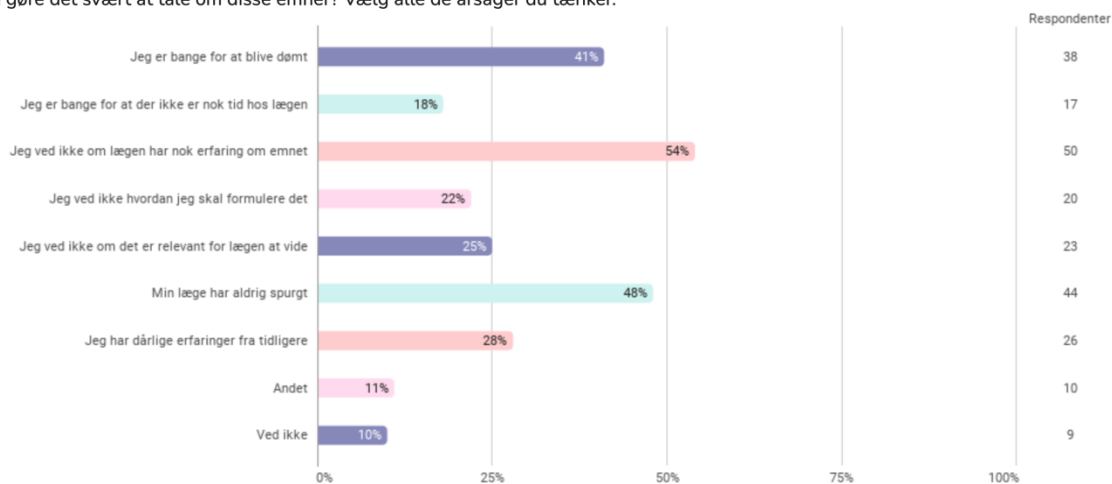
- Lægen har ikke spurgt aktivt (34 %)
- Tvivl om lægens viden eller forståelse (28 %)
- Frygt for at blive dømt eller misforstået (27 %)
- Oplevelse af tidspres i konsultationen (24 %)

Ses alene på LGBT+ besvarelserne (Figur 6) kan det ses, at 54 % af respondenterne er i tvivl om lægens viden eller erfaring, at **48 % oplever at lægen ikke har spurgt, mens 41 % er bange for at blive dømt.**

Resultaterne peger således på, at tavshed i konsultationen ikke primært skyldes tilbageholdenhed hos patienten, men at **tavshed skyldes manglende struktur og invitation til at bringe bestemte emner op.**



Hvad kan gøre det svært at tale om disse emner? Vælg alle de årsager du tænker.



Figur 6 - Barrierer fra LGBT+ patienterne medførende til tavshed i konsultationen

Det er væsentligt, at disse barrierer i høj grad er relateret til konsultationens rammer og dynamik – snarere end til patientens vilje til at dele information.

Tavshed er en af grundstenene til ulighed i sundhed

Det er centralt at understrege, at tavshed i konsultationen ikke er uden konsekvenser. Når patienter undlader at dele information om f.eks. seksualitet, relationer eller psykisk trivsel, kan det påvirke både risikovurdering, udredning og behandlingsvalg. I nogle tilfælde kan det føre til fejlvurderinger eller forsinket indsats.

Dette gælder ikke kun for LGBT+ patienter, men kan også være relevant for en bredere patientgruppe. Undersøgelsen fremhæver et mere generelt problem i almen praksis, hvor visse typer af information systematisk har sværere ved at finde vej ind i konsultationen.

Samlet set peger resultaterne på, at **tavshed i konsultationen bør forstås som et strukturelt og kommunikativt problem** – ikke som et individuelt problem hos den enkelte patient. Når en betydelig andel af patienter undlader at dele væsentlig information, er det et tegn på, at rammerne for konsultationen ikke i tilstrækkelig grad understøtter åben og relevant kommunikation.

Dette danner afsæt for næste kapitel, hvor patienternes egne forslag til, hvordan disse barrierer kan reduceres, præsenteres.



5. Lyt til patienterne – de har selv løsningerne

Mens de foregående kapitler har belyst barrierer og udfordringer i mødet mellem patient og almen praksis, viser denne undersøgelse også tydeligt på, at patienter har konkrete og velovervejede forslag til, hvordan disse barrierer kan reduceres.

Hvis ulighed i sundhed alene forstås som et spørgsmål om individuel adfærd – hos enten patient eller behandler – risikerer løsningerne at blive tilsvarende individuelle og dermed utilstrækkelige. Undersøgelsen peger derimod på **et behov for ændringer i de rammer, som konsultationen foregår indenfor.**

Patienternes forslag retter sig i høj grad mod netop disse rammer:

- Hvordan initieres samtalen i konsultationen?
- Hvilke spørgsmål stilles?
- Hvilke muligheder gives der for at dele information?
- Og hvilke signaler sender sundhedsvæsenet om åbenhed og inklusion?

Dette kapitel præsenterer de mest centrale ønsker og forslag fra patienterne og danner dermed et vigtigt grundlag for de anbefalinger, der senere fremsættes i rapporten.

Et ønske om at kunne angive oplysninger selv

Et af de mest markante fund i undersøgelsen er patienternes ønske om i højere grad selv at kunne bidrage med relevante oplysninger til deres journal i almen praksis.

En betydelig andel af respondenterne angiver, at de **ønsker mulighed for frivilligt at registrere oplysninger** om blandt andet:

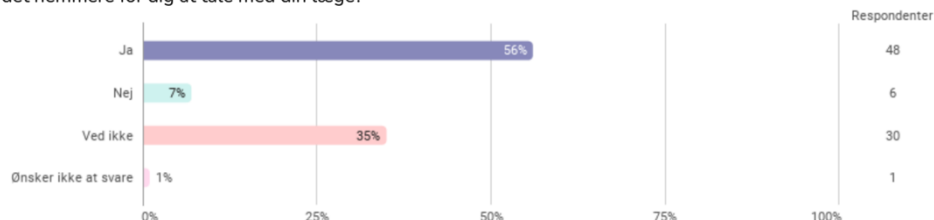
- ønsket kaldenavn (hhv. 49 % af alle og 72 % af LGBT+ respondenter)
- kønsidentitet (hhv. 45 % af alle og 73 % af LGBT+ respondenter)
- seksuel orientering (hhv. 42 % af alle og 64 % af LGBT+ respondenter)

Dertil kan også overvejes at tilføje muligheden for at patienterne også selv kunne angive pronomen, da hhv. 45 % af alle og 73 % af LGBT+ respondenter ønsker denne mulighed.



I undersøgelsen ses, at hele **56 % af LGBT+ respondenterne mener, at hvis de selv kan anføre kaldenavn, køn og seksuel orientering vil det være nemmere at tale med deres praktiserende læge**. Samlet svarer 31 % af alle respondenter, at dette tiltag vil gøre det nemmere at tale med egen læge.

Ville sådan en mulighed gøre det nemmere for dig at tale med din læge?



Figur 7 - Andel af LGBT+ patienter der mener, at selvrapporteret data kan bidrage til en bedre lægesamtale

Desuden viser undersøgelsen, at 24 % af alle respondenter (og 34 % af LGBT+ respondenterne) ønsker en generel mulighed for at rapportere 'andet' til journalen, som de fleste henviser til, bør være 'selvrapporteret sundhed', f.eks. om kroniske lidelser eller andet patienten mener lægen bør vide.

Patienterne vil altså gerne tale mere åbent og ærligt med deres læge – men de har svært ved selv at initiere samtalen. Det angiver **et tydeligt behov for strukturelle løsninger, hvor patienten aktivt kan medvirke til at sikre, at relevante oplysninger er tilgængelige** for den behandlende læge.

Muligheden for selv at angive oplysninger kan dermed fungere som et supplement til den mundtlige samtale og sikre, at viden, som kan være vanskelig at formulere i konsultationen, alligevel bringes i spil.

“Det ville være meget nemmere, hvis jeg kunne *skrive det ind på forhånd* i stedet for at skulle sige det højt.”



Potentiale for bedre klinisk beslutningsgrundlag

Adgang til relevante oplysninger om patientens liv, relationer og identitet kan have direkte klinisk betydning. Det kan bidrage til mere målrettet rådgivning, bedre risikovurdering og mere præcis udredning og behandling – **og det vil mindske ulighed i sundhed**. Samtidig kan det reducere behovet for, at lægen selv skal afdække forholdene gennem antagelser eller indirekte spørgsmål. Det er centralt, at en sådan mulighed er **baseret på frivillighed og patientens egen kontrol** over, hvilke oplysninger der deles – og hvor.

Den fine balance mellem tilgængelighed og kontrol er derfor afgørende for, om patienter vil have – og gøre brug af – løsningen, eller ej.

Samlet set mener vi, at resultaterne peger på et ønske om selv at kunne angive oplysninger i journalen. Dette er ikke blot et spørgsmål om komfort, men **et spørgsmål om at skabe bedre strukturelle forudsætninger for den professionelle og relationelle kommunikation i sundhedsvæsenet**. Samtidig ser vi en bevægelse væk fra den model, hvor det alene var den enkelte konsultation, der bar ansvaret for at afdække relevante oplysninger, til en ny model hvor systemet aktivt understøtter retningen.’

Hvis lægen åbner samtalen, bliver det nemmere at tale om det private

Ud over ønsket om selvrapporerende strukturelle løsninger, kan betydningen af den måde samtaler initieres på i konsultationen diskuteres. Flere respondenter svarer, at det generelt kan være vanskeligt at introducere emner, der opleves som private eller følsomme. Når lægen derimod stiller åbne og inkluderende spørgsmål, ændrer det rammen for samtalen.

“Det er svært at tale om personlige ting hos lægen – ikke kun om seksualitet.”



En stor andel af respondenterne angiver, at det vil gøre det lettere at tale om emner relateret til køn, seksualitet og relationer, hvis lægen i højere grad selv tager initiativ til at åbne samtalen. I denne undersøgelse gælder det 45 % af de samlede respondenter, mens hele **63 % af LGBT+ respondenterne mener, at det vil være nemmere at åbne samtalen om sex og køn, hvis lægen aktivt spørger ind.** Det understreger, at ansvaret for at bringe relevante emner op i konsultationen i mange tilfælde ikke kan placeres hos patienten alene, men er et samspil der primært skal inviteres til af lægen.

Undersøgelsen peger på, at selv små ændringer i kommunikationen eller det fysiske rum kan have stor betydning for, hvilke vigtige (sundheds-)oplysninger der reelt bringes frem i konsultationen.

Fra antagelser til nysgerrighed – når små ændringer giver stor effekt

Flere besvarelser i undersøgelsen indikerer samtidig, at et **manglende initiativ fra lægens side i nogle tilfælde kan blive tolket som manglende interesse eller viden.** Det kan føre til, at patienter vælger ikke at bringe emner op, selv når de er relevante.

Et skift fra implicite antagelser til aktiv, åben og nysgerrig kommunikation kan derfor være afgørende.

Det indebærer blandt andet:

- at stille åbne spørgsmål frem for at tage udgangspunkt i standardantagelser
- at signalere, at forskellige livssituationer og relationer er relevante at tale om
- at skabe et rum, hvor patienten ikke selv skal vurdere, hvad der “hører til”
- at inkludere enkelte standardspørgsmål i relevante konsultationer
- at bruge inkluderende formuleringer
- at sikre, at følsomme emner introduceres naturligt og ikke-stigmatiserende

Et fælles ansvar i konsultationen

Åben og **inkluderende dialog opstår sjældent spontant**, men kræver aktiv handling.

Mens patienten har viden om eget liv og egne forhold, har lægen en central rolle i at skabe de rammer, hvor denne viden kan bringes frem. Dette understøtter, at arbejdet med at reducere ulighed i sundhed ikke alene handler om at styrke patientens mod til at tale – men i lige så høj grad om at styrke sundhedsprofessionelles evne til at spørge.

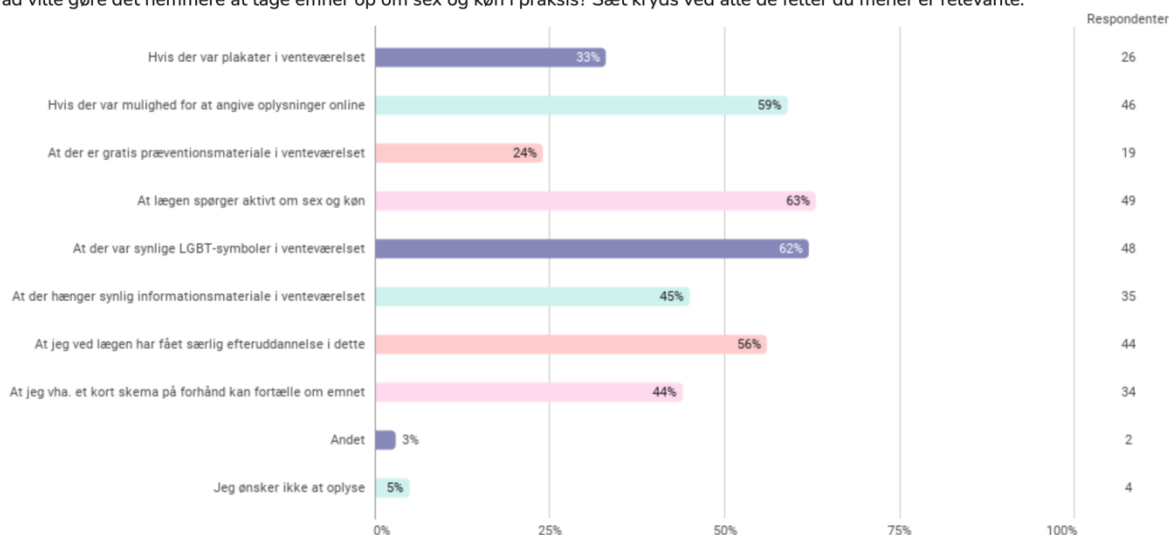


Patienterne efterspørger synlige signaler i almen praksis

En del af respondenterne angiver, at synlige tegn på inklusion og viden i praksis kan gøre det lettere at tage emner op, der relaterer sig til køn, seksualitet og relationer. Det kan f.eks. være informationsmateriale, formuleringer i kommunikation eller generelle signaler om, at praksis er et sted, hvor forskellige livssituationer anerkendes.

I undersøgelsen angiver 25 % af alle respondenter, og 62 % af LGBT+ respondenterne, at informationsmateriale vil gøre det lettere for dem at tale om disse emner. Samtidig angiver hele 63 % af LGBT+ respondenterne, at synlige LGBT+ symboler i praksis vil gøre nemmere selv at initiere samtalen, eller være åben og ærlig når lægen spørger.

Hvad ville gøre det nemmere at tage emner op om sex og køn i praksis? Sæt kryds ved alle de felter du mener er relevante.



Figur 8 - Tiltag som LGBT+ patienterne mener vil gøre det nemmere at tale om sex, køn og relationer



Små signaler påvirker i stor grad forventningerne til konsultationen

Vi kan derfor konkludere, at allerede fra det øjeblik hvor patienten træder ind i konsultationsrummet, dannes der en forventning til, hvad der kan og bør tales om, og samtidig en forestilling om hvad der ikke ”hører til” i konsultationen.

Hvis praksismiljøet udelukkende afspejler en snæver forståelse af patienter og familier, kan det altså skabe usikkerhed om, hvorvidt bestemte emner er relevante eller velkomne.

Omvendt kan **små, inkluderende signaler bidrage til at normalisere, at forskellige livssituationer er en naturlig del af sundhedsfaglige samtaler**. Det handler således ikke alene om information, men om at etablere en ramme, hvor patienten på forhånd oplever, at det er legitimt at bringe relevante emner op.

Det kan blandt andet være:

- informationsmateriale, der afspejler forskellige typer af patienter og relationer
- neutrale og inkluderende formuleringer i skriftlig kommunikation
- visuel eller sproglig signalering af åbenhed og faglig viden

Det er væsentligt at understrege, at synlighed og signaler i praksis ikke kan stå alene. De kan ikke erstatte behovet for strukturelle løsninger eller kompetent kommunikation i konsultationen, men fungerer som et vigtigt supplement, der understøtter begge dele.

Fra implicite normer og antagelser til tydelig åbenhed og accept

Praksismiljøet spiller en større rolle i, hvordan patienter orienterer sig forud for mødet med sundhedsvæsenet.

Ved at arbejde bevidst med de signaler, der gives – både visuelt og sprogligt – kan almen praksis bidrage til at gøre det tydeligere, at forskellige livssituationer og erfaringer er relevante og velkomne i konsultationen.



“Jeg har flere gange undladt at fortælle ting, som nok egentlig er relevante for min sundhed, fordi det ikke føltes naturligt at bringe op i konsultationen. *Min læge har aldrig spurgt ind til det,* og så bliver det hurtigt noget, man selv vælger at lade ligge. Det handler ikke om, at jeg ikke vil sige det – men om at der ikke rigtig er plads til det i samtalen. Samtidig er jeg også i tvivl om, hvordan det bliver modtaget, og om lægen har erfaring med det. Hvis jeg kunne skrive det ind på forhånd eller blive mødt med, at det er okay at tale om, ville det være meget nemmere.”

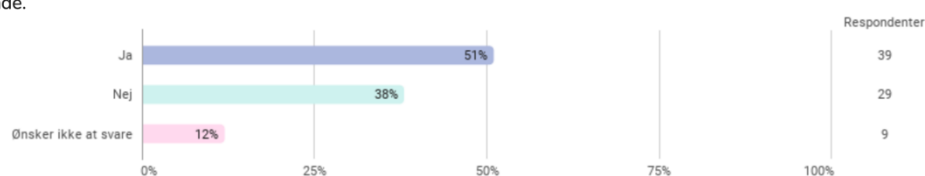


6. Negative oplevelser i mødet med almen praksis

Ud over de generelle mønstre i tryghed, kommunikation og strukturelle barrierer viser undersøgelsen også, at en betydelig andel af respondenterne desværre har haft konkrete negative oplevelser i mødet med almen praksis.

Disse oplevelser spænder fra mere subtile former for misforståelser og manglende viden til direkte **oplevelser af at blive afvist, latterliggjort eller mødt med forudindtagede antagelser.**

Har du haft negative oplevelser i sundhedsvæsenet pga. køn eller seksualitet? Hvis du svarer 'ja', får du - hvis du har lyst - mulighed for at uddybe yderligere efterfølgende.



Figur 9 - Andel af LGBT+ respondenter der har haft negative oplevelser på baggrund af køn eller seksualitet

Det er væsentligt at understrege, at disse erfaringer ikke nødvendigvis afspejler intentioner hos den enkelte sundhedsprofessionelle. De kan i høj grad forstås som udtryk for manglende viden, manglende systematik og utilstrækkelige rammer for at håndtere bestemte typer af problemstillinger.

Men det er ikke svært at argumentere for forandring, når **51 % af LGBT+ respondenterne har oplevet negative oplevelser i mødet med sundhedsvæsenet, alene på grund af deres køn eller seksualitet.**

Samtidig har negative oplevelser en betydelig betydning for patientens videre kontakt med sundhedsvæsenet. De kan påvirke tillid, villighed til at søge hjælp og tilbøjelighed til at dele relevante oplysninger i fremtidige konsultationer.



Omfanget af negative oplevelser i sundhedsvæsenet

Undersøgelsen viser desværre, at negative oplevelser i mødet med almen praksis ikke er sjældne. Det indikerer, at **en større del af patienterne desværre har erfaringer, der kan påvirke deres tillid til sundhedsvæsenet generelt og samtidig også deres villighed til at søge hjælp** eller dele relevante oplysninger i fremtidige konsultationer.

Det er samtidig væsentligt at bemærke, at negative oplevelser kan variere i karakter og alvor. For nogle patienter drejer det sig om enkeltstående situationer, mens det for andre er udtryk for gentagne mønstre over tid. Selv mindre oplevelser kan dog have stor betydning, hvis de bidrager til usikkerhed eller tilbageholdenhed i konsultationen. **Samlet ser vi, at negative erfaringer i almen praksis ikke blot er individuelle hændelser, men et forhold, der kan have systematiske konsekvenser for patienters kontakt med sundhedsvæsenet.**

“Jeg oplevede, at min læge talte til mig ud fra nogle *antagelser* om mit køn og min seksualitet, som ikke passede. Det gjorde, at jeg følte mig misforstået og *ikke taget alvorligt*, og jeg endte med at lade være med at rette det eller gå ind i det, fordi jeg ikke havde overskud til at forklare mig selv i situationen.”



Forskellige typer af negative oplevelser

Respondenternes beskrivelser af negative oplevelser i almen praksis viser samtidig en række gennemgående mønstre. For **på tværs af nedenstående typologier tegner der sig et billede af, at negative oplevelser ikke kun handler om enkelte små hændelser, men om mønstre i kommunikation, viden og struktur.**

For at skabe overblik kan oplevelserne overordnet inddeles i følgende typologier:

- Manglende viden og faglig usikkerhed
- Heteronormative antagelser
- Manglende anerkendelse eller respekt
- Latterliggørelse eller krænkende adfærd
- Manglende eller utilstrækkelig udredning
- Overfokus på seksualitet eller identitet

De forskellige typer af negative oplevelser vil blive gennemgået i det følgende.

Manglende viden og faglig usikkerhed

Flere respondenter beskriver situationer, hvor de oplever, at lægen mangler viden om forhold relateret til køn, seksualitet eller relevante sundhedsproblemstillinger.

Dette kan komme til udtryk ved usikkerhed i rådgivning, manglende kendskab til relevante undersøgelser eller en oplevelse af, at patienten selv må forklare eller “undervise” i egen situation. For patienten kan dette skabe tvivl om kvaliteten af den sundhedsfaglige vurdering og reducere tilliden til behandlingen.

Heteronormative antagelser

En gennemgående erfaring er, at lægen i nogle tilfælde tager udgangspunkt i antagelser om køn, relationer og seksualitet.

Dette kan f.eks. komme til udtryk ved:

- antagelser om partnerens køn
- spørgsmål der ikke tager højde for variation i livsstil eller levemåde

Selvom disse antagelser ofte er ubevidste, kan de medføre, at patienten føler sig misforstået eller usynliggjort.



Manglende anerkendelse eller respekt

Nogle respondenter beskriver oplevelser, hvor de ikke føler sig mødt med tilstrækkelig respekt i forhold til deres identitet eller livsvalg. Dette kan omfatte:

- forkert brug af navn eller køn (endda flere gange trods rettelser)
- manglende anerkendelse af patientens egne oplysninger
- oplevelser af at blive korrigeret eller ikke taget alvorligt

Sådanne oplevelser kan have en direkte negativ indvirkning på patientens tryghed i konsultationen.

Latterliggørelse eller krænkende adfærd

En mindre – men væsentlig gruppe – af respondenter beskriver også mere alvorlige oplevelser, hvor de føler sig latterliggjort, nedgjort eller mødt med direkte uhensigtsmæssig adfærd.

Selvom disse oplevelser ikke er repræsentative for alle konsultationer, har de en særlig betydning, da de kan føre til, at patienter helt undgår fremtidig kontakt med sundhedsvæsenet. En sådan undgåelse medfører oftest sen-diagnosticeret kompleks eller svær sygdom, ofte med én til flere kroniske elementer.

Manglende eller utilstrækkelig udredning

Flere respondenter angiver situationer, hvor de oplever, at relevante undersøgelser eller opfølgninger ikke gennemføres i tilstrækkelig grad. Dette kan bl.a. relatere sig til:

- manglende – eller utilstrækkelig – testning for seksydomme
- utilstrækkelig afdækning af symptomer
- manglende sammenhæng mellem patientens oplysninger og lægens kliniske blik

Disse oplevelser understreger, at kommunikationsbarrierer ikke kun påvirker relationen, men også kan have direkte kliniske konsekvenser.



Overfokus på seksualitet eller identitet

I nogle tilfælde beskriver respondenter, at deres køn eller seksualitet fylder uforholdsmæssigt meget i konsultationen, også når det ikke er klinisk relevant.

Dette kan føre til, at patienten oplever at blive reduceret til en bestemt identitet frem for at blive mødt som et helt menneske med en bredere sundhedsfaglig problemstilling.

”Jeg oplevede, at *min seksualitet fyldte mere end mine symptomer* i samtalen, og jeg gik derfra uden en ordentlig afklaring af det, jeg egentlig kom for.”



7. Almen praksis – problemet eller løsningen?

De foregående kapitler har vist, at der eksisterer væsentlige barrierer i mødet mellem patienter og almen praksis. Disse barrierer kommer til udtryk i form af emnespecifik utryghed, tilbageholdelse af information og konkrete negative oplevelser.

Flere af de identificerede barrierer peger på, at sundhedsprofessionelle ikke nødvendigvis mangler vilje, men i nogle tilfælde mangler konkrete redskaber og træning i at håndtere samtaler om køn, sex og relationer. Dette understreger behovet for, at disse kompetencer i højere grad integreres som en del af den sundhedsfaglige kerneopgave.

Dette rejser et centralt spørgsmål:

Er almen praksis en del af problemet – eller en del af løsningen?

Almen praksis indtager en unik position i sundhedsvæsenet som første kontaktpunkt, tovholder og kontinuerlig relation for langt de fleste borgere. Netop derfor rummer almen praksis også et betydeligt potentiale for at reducere ulighed i sundhed gennem tidlig opsporing, forebyggelse og relationel kontinuitet.

Undersøgelsens resultater indikerer, at de barrierer, der identificeres, i vid udstrækning er påvirkelige. Små ændringer i kommunikation, strukturer og praksismiljø kan have betydning for, hvilke oplysninger der bringes frem, og dermed for kvaliteten af den kliniske beslutningstagning.

Kapitlet her har derfor til formål at samle de centrale fund og perspektivere dem i en praksisnær kontekst:

- **Hvordan kan almen praksis i højere grad end i dag blive en del af løsningen på ulighed i sundhed?**

De barrierer, der fører til tilbageholdelse af information og negative oplevelser, mener vi i høj grad er strukturelt betingede og dermed potentielt påvirkelige. Det betyder, at løsningen ikke alene ligger i den enkelte konsultation, men i at styrke de rammer og værktøjer, som konsultationen foregår indenfor.



Strukturelle og kommunikative barrierer i almen praksis

Undersøgelsens resultater peger på, at de identificerede udfordringer i høj grad er forankret i strukturelle og kommunikative forhold i almen praksis – snarere end i enkeltstående fejl eller manglende vilje hos den enkelte læge.

Barriererne opstår i et samspil mellem konsultationens rammer, den måde samtaler initieres på, og de systemer, der understøtter – eller ikke understøtter – deling af relevante oplysninger.

Tid, prioritering og manglende systematik i konsultationen

En gennemgående faktor er oplevelsen af tidspres i konsultationen. Når konsultationer er korte og fokuserede på specifikke problemstillinger, kan det være vanskeligt at åbne for bredere samtaler om f.eks. relationer, seksualitet eller trivsel.

Det kan medføre, at kliniske relevante emner, som ikke umiddelbart er synlige, ikke bringes op. **Når patienterne oplever afgrænset tid, medvirker det en spiral der øger uligheden** på sigt, da patienten ”lægger låg på” selv at starte samtalen om køn og sex.

Undersøgelsen viser også, at mange patienter oplever, at bestemte emner kun sjældent introduceres af lægen.

Fraværet af systematiske spørgsmål eller strukturerede tilgange betyder, at det i høj grad bliver tilfældigt, hvilke oplysninger der kommer frem i konsultationen. Dette øger risikoen for, at væsentlig viden ikke indgår i den kliniske vurdering.

Begrænset mulighed for at dele oplysninger til konsultationen

I dag er der kun begrænsede muligheder for, at patienter selv kan registrere oplysninger om f.eks. køn, seksualitet eller relationer i deres journal. Det betyder, at deling af disse oplysninger i praksis er afhængig af den mundtlige konsultation – og dermed af, at emnet bringes op i et ofte tidsbegrænset rum. Dette kan udgøre en barriere for patienter, som ikke oplever det som naturligt eller trygt at tage disse emner op spontant.



Flere af de identificerede barrierer relaterer sig desuden til antagelser i kommunikation fra de sundhedsprofessionelle.

Standardspørgsmål og formuleringer tager desværre ofte udgangspunkt i en snæver forståelse af patientens livssituation, hvilket kan føre til misforståelser eller udeladelse af relevante sundhedsoplysninger. **Når kommunikationen ikke i tilstrækkelig grad er åben og inkluderende, kan det skabe usikkerhed hos patienten** om, hvad der er relevant eller velkomment at bringe op.

Som tidligere beskrevet spiller praksismiljøet også en rolle for patientens forventninger til lægesamtalen. Hvis der ikke gives tydelige signaler om viden i forhold til forskellige livssituationer, kan det bidrage til, at patienter undlader at bringe bestemte emner op.

Uudnyttet potentiale i almen praksis driver reduktionen af ulighed

Selvom undersøgelsen peger på en række strukturelle og kommunikative barrierer i almen praksis, viser den samtidig, at netop almen praksis rummer et betydeligt potentiale for at reducere ulighed i sundhed. Dette potentiale hænger sammen med almen praksis' særlige position i sundhedsvæsenet.

Samlet viser undersøgelsen, at almen praksis både kan være en del af problemet og af løsningen. **Forskellen ligger i, hvordan rammerne for konsultationen er indrettet, og hvilke værktøjer der stilles til rådighed** for både patienter og sundhedsprofessionelle.

Det understreger, at der ikke er tale om et spørgsmål om enten-eller, men om et potentiale, der kan realiseres gennem målrettede, praksisnære tiltag.

Første kontakt med sundhedsvæsenet hænger ved

For langt de fleste borgere er almen praksis det første og mest tilgængelige kontaktpunkt til sundhedsvæsenet. Det giver en unik mulighed for tidligt at identificere risikofaktorer og problemer – også dem, der ikke præsenterer sig tydeligt ved første kontakt.

Hvis relevante oplysninger bringes frem i konsultationen, kan almen praksis spille en afgørende rolle i at forebygge sygdom og sikre rettidig indsats.



Kontinuitet og relationel viden

En af almen praksis' styrker er **kontinuiteten i patientforløb og den løbende relation mellem patient og læge., skaber et grundlag for tillid og mulighed for gradvist at opbygge viden om patientens livssituation, relationer og behov.** Når denne relation understøttes af åben og inkluderende kommunikation, kan den bidrage til, at patienter i højere grad deler relevante oplysninger over tid.

Helhedsorienteret tilgang

Almen praksis arbejder traditionelt med en helhedsorienteret forståelse af patientens sundhed, hvor både biologiske, psykologiske og sociale faktorer indgår. Det giver et oplagt udgangspunkt for at integrere emner som seksualitet, relationer og trivsel som en naturlig del af den sundhedsfaglige vurdering – forudsat at rammerne understøtter det.

Mulighed for små justeringer med stor effekt

Mange af de identificerede barrierer kan adresseres og forbedres gennem relativt enkle tiltag, der kan implementeres inden for eksisterende rammer:

- små ændringer i kommunikationen
- øget systematik i lægesamtalen
- bedre muligheder for patientinddragelse i data
- tydeligere signaler i praksismiljøet

Fra passiv modtagelse til aktiv forebyggelse

Hvis almen praksis i højere grad understøttes i at arbejde systematisk med disse tiltag, kan **konsultationen i højere grad blive et rum for aktiv forebyggelse – frem for primært at være reaktiv i forhold til symptomer.**

Det indebærer en bevægelse fra en model, hvor relevante oplysninger opstår tilfældigt, til en model hvor de aktivt bringes frem som en del af den kliniske praksis.



8. anbefalinger til en mere lige praksis - fra viden til handling

Denne rapport dokumenterer et tydeligt mønster: Patienter holder vigtig information om sundhed tilbage. Ikke fordi de ikke vil fortælle det, men fordi rammerne ikke er til stede.

Når op mod hver fjerde patient undlader at dele væsentlig information, er det ikke et individuelt problem. Det er et systemproblem.

Samtidig peger undersøgelsen på noget afgørende: Patienterne ved godt, hvad der skal til.

De efterspørger ikke alene mere tid eller bedre intentioner, men konkrete ændringer i, hvordan konsultationen struktureres, hvordan kommunikationen foregår, og hvilke muligheder de selv har for at bidrage med relevante oplysninger.

Der er ikke tale om et vidensproblem, men om et implementeringsproblem.

De anbefalinger, der præsenteres i dette kapitel, tager afsæt i både undersøgelsens fund og eksisterende viden på området. Fælles for dem er, at de er praksisnære, realistiske og kan implementeres inden for de eksisterende rammer i almen praksis.

Anbefalingerne kræver ikke en ombygning af sundhedsvæsenet - men en prioritering.

Formålet er klart: at gøre det lettere for patienter at blive set, hørt og forstået – og dermed styrke kvaliteten af den kliniske beslutningstagning og reducere uligheden i sundhed.

Giv patienten mulighed for at angive relevante oplysninger i egen journal

Undersøgelsen viser et tydeligt ønske blandt patienter om i højere grad selv at kunne bidrage med relevante oplysninger til deres journal i almen praksis.

En betydelig andel af respondenterne angiver, at de ønsker mulighed for frivilligt at registrere oplysninger om blandt andet navn, kønsidentitet og seksuel orientering. Dette behov for løsninger, gør det muligt at supplere den mundtlige konsultation med struktureret og patientinddraget data.



I dag er deling af disse oplysninger i praksis afhængig af, at emnet bringes op i konsultationen. Det betyder, at **oplysninger, som kan være klinisk relevante, ofte ikke bliver registreret – enten fordi de ikke efterspørges, eller fordi patienten ikke oplever det som naturligt eller trygt at bringe dem op.**

Der bør derfor etableres mulighed for, at patienter frivilligt kan angive relevante oplysninger i deres journal, herunder ønsket kaldenavn, kønsidentitet og seksuel orientering. Dette kan f.eks. implementeres via eksisterende digitale løsninger, såsom appen ”Min Læge”, og integreres i de praksisnære journalsystemer.

Samtidig bør det være muligt for patienten at vælge, om oplysningerne må deles i tværsektorielt, f.eks. ved henvisninger til hospital eller kontakt med kommunale tilbud.

En sådan løsning kan:

- sikre, at relevante oplysninger er tilgængelige for den behandlende læge
- mindske patientens behov for selv at introducere følsomme emner i konsultationen
- understøtte mere målrettet rådgivning, udredning og behandling
- bidrage til mere sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer

Samtidig styrkes patientens oplevelse af at blive set i mødet med sundhedsvæsenet. Det er afgørende, at en sådan løsning:

- er baseret på frivillighed
- giver patienten fuld kontrol over egne oplysninger
- er tydelig i forhold til, hvem der har adgang til oplysningerne
- implementeres med fokus på datasikkerhed og etisk håndtering

Muligheden for, at patienter selv kan skrive få – men relevante – oplysninger i deres journal, repræsenterer et skift fra en tid, hvor viden kun opstår i konsultationen, til en tid, hvor patient og læge i fællesskab opbygger et fuldstændigt vidensgrundlag.

Det er ikke alene relevant i forhold til køn og seksualitet, men kan på sigt have bredere betydning for, hvordan patientinddragelse og datakvalitet tænkes i almen praksis.



Styrk kompetencer og systematik i den inkluderende konsultation

En stor andel af respondenterne angiver, at **det vil gøre det lettere at tale om køn, seksualitet og relationer, hvis lægen i højere grad selv tager initiativ til at åbne samtalen**. Samtidig peger mange på, at fraværet af sådanne spørgsmål kan skabe usikkerhed om, hvad der er relevant eller velkomment at bringe op.

Kommunikationen er ikke alene et spørgsmål om stil, men om systematik og faglighed.

Der bør arbejdes systematisk med at styrke sundhedsprofessionelles kompetencer i at stille åbne og inkluderende spørgsmål, undgå ubevidste antagelser om patientens livssituation og italesætte, at emner relateret til køn, seksualitet og relationer er relevante. Dette kræver ikke alene systematik, men også konkrete kompetencer i at stille åbne, inkluderende og klinisk relevante spørgsmål.

Det kan blandt andet ske gennem målrettet efteruddannelse, udvikling af praksisnære værktøjer og integration af relevante temaer i eksisterende uddannelsesforløb.

En mere systematisk tilgang til kommunikationen kan:

- øge sandsynligheden for, at relevante oplysninger bringes frem
- reducere patienters tilbageholdenhed i konsultationen
- styrke kvaliteten af den kliniske vurdering
- bidrage til mere målrettet forebyggelse og behandling

Samtidig kan det understøtte en mere ensartet praksis, hvor kvaliteten af konsultationen i mindre grad afhænger af den enkelte læges erfaring eller tilgang. Undersøgelsen viser, at **selv mindre ændringer hurtigt og effektivt kan have betydning**.

Ændringerne kunne implementeres hurtigt og uden større organisatoriske ændringer, som f.eks.:

- opdatering af eksisterende informationsmateriale
- justering af formuleringer på hjemmesider og i patientkommunikation
- indfør små visuelle eller sproglige signaler i venteværelset og i konsultationen
- inkluder enkelte standardspørgsmål i relevante konsultationer
- normaliser seksualitet og relationer som en del af den sundhedsfaglige samtale



Men det **kræver en bevidst prioritering af styrket og systematisk kommunikation.**

Det er en central forudsætning for at reducere ulighed i sundhed og sikre, at alle patienter mødes med en faglig tilgang, der tager højde for deres livssituation.

Styrk synlighed og inkluderende signaler i praksismiljøet

Undersøgelsen viser, at de signaler, patienter møder før og under konsultationen, har betydning for, hvor trygge de føler sig ved at bringe relevante emner op.

En del af respondenterne angiver, at **synlighed om viden, åbenhed og inklusion i praksis vil gøre det lettere at tale om køn, seksualitet og relationer.** Det indikerer, at almen praksis har en aktiv rolle i at forme patientens forventninger.

Der bør derfor arbejdes med at styrke synligheden af inkluderende signaler i almen praksis, herunder:

- informationsmateriale der afspejler flere familiekonstellationer og patientgrupper
- brug af neutrale og inkluderende formuleringer i al kommunikation
- synliggørelse af faglig viden og åbenhed i praksismiljøet

Tiltagene bør være enkle, praksisnære og skal kunne implementeres uden væsentlige ressourcer.

En mere inkluderende rammesætning kan:

- sænke tærsklen for, at patienter bringer følsomme eller relevante emner op
- reducere usikkerhed om, hvad der er legitimt at tale om i konsultationen
- understøtte en oplevelse af at blive mødt og anerkendt

Arbejdet med synlighed og signaler i praksismiljøet repræsenterer en mulighed for at styrke patientens oplevelse allerede før konsultationen begynder. Det er samtidig et område, hvor ændringer kan gennemføres med begrænsede ressourcer og med potentiel effekt på både tryghed, kommunikation og kvalitet i behandlingen.



Understøt implementering gennem nationale rammer

Undersøgelsens løsninger er i høj grad praksisnære og kan implementeres inden for eksisterende strukturer. Samtidig viser erfaringer fra sundhedsvæsenet, at selv enkle tiltag kræver tydelig prioritering og understøttelse for at blive implementeret systematisk.

Hvis anbefalingerne i denne rapport skal omsættes til praksis i bred skala, forudsætter det, at der skabes nationale rammer og incitament, som understøtter implementeringen.

Der bør prioriteres, at relevante myndigheder (bl.a. regioner, PLO og Sundhedsstyrelsen):

- understøtter implementering af løsninger til patientinddragelse i journalen
- prioriterer efteruddannelse og kompetenceudvikling i almen praksis
- integrerer relevante indsatser i eksisterende kvalitets- og udviklingsarbejde
- understøtter videndeling og udbredelse af praksisnære løsninger

Mange af de foreslåede tiltag kan initieres som projekter eller pilotafprøvninger, men bør have et klart sigte mod forankring i den daglige drift. Det indebærer, at der fra begyndelsen tænkes mod en national rammesætning, med integration i eksisterende systemer og mulighed for løbende opfølgning og justering.

Et sådan tiltag vil kunne:

- sikre, at implementering ikke afhænger af lokale ildsjæle
- skabe ensartet kvalitet på tværs af praksis
- accelerere udbredelsen af effektive og lavpraktiske løsninger
- styrke sammenhængen mellem politiske ambitioner og klinisk praksis

Reducering af ulighed i sundhed kræver ikke alene viden om problemet eller forslag til løsninger, men en aktiv prioritering af implementering.



9. Viden forpligter – så hvad venter vi på

Denne rapport tager afsæt i en enkel, men afgørende erkendelse: Sundhedsvæsenet fungerer bedst, når patienter fortæller det, der er relevant. Og når sundhedsprofessionelle har de rette forudsætninger for at spørge.

Undersøgelsen viser, at dette ikke altid er tilfældet. En betydelig andel af patienter undlader at dele oplysninger, som kan være afgørende for korrekt udredning, behandling og forebyggelse. Ikke af modvilje – men fordi rammerne for at dele dem ikke er tilstrækkeligt til stede.

Det er i sig selv ikke et minoritetsproblem. Det er en ”blind vinkel” i et sundhedsvæsen, der normalt bygger på høj faglighed og tillid. Samtidig peger rapporten på noget væsentligt: **Løsningerne er hverken komplekse eller uopnåelige, men består i at justere de rammer, der allerede findes:**

- At gøre det lettere for patienter at bidrage med viden
- At styrke den måde, vi spørger på
- Og at skabe tydelige signaler om, at alle patienter er relevante at tale med – også når det, de kommer med, ikke passer ind i standardantagelser

Almen praksis har en særlig position i sundhedsvæsenet. Det er her, relationen opstår. Det er her, tilliden og kontinuiteten bygges. Og det er her, sygdom kan opdages – eller overses.

Derfor er almen praksis også et af de steder, hvor ulighed i sundhed kan reduceres mest effektivt. Ikke gennem store reformer. Men gennem målrettede, praksisnære ændringer, der styrker kvaliteten i den enkelte konsultation.

Spørgsmålet er derfor ikke, om vi ved nok.

Spørgsmålet er, om vi vil bruge den viden, vi allerede har.

Det kræver ikke mere tid – men en ændring i hvad vi spørger om, og hvordan vi er uddannet til at spørge.



Anerkendelser

Sund LGBT+ praksis vil gerne takke alle deltagende respondenter, som har bidraget med deres viden og erfaring, og dermed til skabelsen af denne rapport. Tak til jer i venteværelserne og jer rundt i samfundet, som har delt jeres oplevelser.

Undersøgelsen er gennemført uafhængigt og uden ekstern finansiering. Arbejdet er udført som en del af interessegruppens faglige engagement og uden sponsorering eller honorering. Vi vil derfor gerne takke for godt samarbejde til de nationale institutioner der til dagligt arbejder mod ulighed i sundhed – heriblandt også for LGBT+ sundhed. Tak til PLO for at gøre undersøgelsen mulig og til DSAM for platformen til interessegruppen. Tak til Social Sundhed for faglig sparring. Tak til Fonden for Tidsskrift for Praktisk Lægegerning, AIDS Fondet, Sex & Samfund og Normkritiske Læger, for sparring og for at dele undersøgelsen på deres platforme.

Vi vil også gerne sende en særlig tak til politiker Thomas Rohden for at bakke op om projektet, gå i dialog om problematikken, og stille sig rådighed for opfølgende indsatser.

Undersøgelsen og rapporten er udført af medlemmer fra Sund LGBT+ praksis:

Daniel Staal Nyboe

Læge og projektleder for interessegruppen Sund LGBT+ praksis

Næstformand i Forum for Yngre Almen Medicinere

Sladjan Sehested

Læge og medskaber af interessegruppen



10. Referenceliste

- 1. Statens Serum Institut & Aalborg Universitet**
SEXUS – Danmark i tal. National kortlægning af danskernes seksuelle sundhed og trivsel.
København: Statens Serum Institut, 2019.
- 2. Statens Serum Institut**
Sundhedsdata og epidemiologiske analyser.
København: Statens Serum Institut.
Tilgængelig på: www.ssi.dk
- 3. Sundhedsstyrelsen**
Ulighed i sundhed – årsager og indsatser.
København: Sundhedsstyrelsen.
Tilgængelig på: www.sst.dk
- 4. World Health Organization (WHO)**
Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health.
Genève: WHO, 2008.
- 5. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)**
Health at a Glance: Europe – State of Health in the EU Cycle.
Paris: OECD Publishing.