

Bjørn R. Lescher-Nuland og Heidi Gautun

# Helse- og omsorgsbehov blant eldre lesbiske og homofile

En litteraturgjennomgang



Bjørn R. Lescher-Nuland og Heidi Gautun

# **Helse- og omsorgsbehov blant eldre lesbiske og homofile**

En litteraturgjennomgang

© Fafo 2010

ISBN 978-82-7422-762-0 (papirutgave)

ISBN 978-82-7422-763-7 (nettutgave)

ISSN 0801-6143

Omslagsfoto: © Getty Images / Queerstock

Omslag: Fafos Informasjonsavdeling

Trykk: Allkopi AS

# Innhold

<b>Forord</b> .....	<b>5</b>
<b>1 Innledning</b> .....	<b>7</b>
Gangen i rapporten .....	9
<b>2 Metode og data</b> .....	<b>11</b>
Seksuell identitet .....	11
<b>3 Homohistorisk tilbakeblikk og utvikling av holdninger</b> .....	<b>13</b>
Utvikling av holdninger i Norge.....	14
<b>4 Omsorgstjenestene til eldre</b> .....	<b>17</b>
Den offentlige revolusjon (1970 og 1980).....	17
Konsolidering og reorganisering (1980–1995).....	18
Sterk vekst i tjenester til yngre brukere. Effektivitet og kvalitetsarbeid (1995–2010) .....	19
Utfordringer og signaler for fremtiden.....	21
<b>5 Forskning om eldre lesbiske og homofile</b> .....	<b>25</b>
Helse- og omsorgsbehov og hvordan disse har blitt dekket.....	26
<b>6 Til ettertanke</b> .....	<b>33</b>
<b>Referanser</b> .....	<b>35</b>
<b>Vedlegg – Litteraturliste</b> .....	<b>43</b>
Norsk litteratur.....	43
Øvrig nordisk litteratur.....	47
Øvrig europeisk litteratur.....	47
Litteratur fra USA og Canada.....	48
Litteratur fra Australia og New Zealand .....	50



## Forord

Det foreligger lite forskning om helse- og omsorgsbehov blant eldre lesbiske og homofile, men temaet har i noe grad blitt tematisert i løpet av de siste årene. Fafo har derfor fått i oppdrag fra Barne-, likestillings- og diskrimineringsdepartementet å gjennomføre en litteraturstudie og kunnskapsstatus om temaet.

Prosjektgruppen på Fafo har bestått av Heidi Gautun og Bjørn R. Lescher-Nuland. Sistnevnte har vært prosjektleder. I arbeidet med notatet har Lescher-Nuland gjennomført litteraturstudien og skrevet de delene som konkret omhandler lesbiske og homofile, mens Gautun har skrevet kapittel 4 om utviklingen av omsorgstjenester til eldre i Norge. Gautun har også kvalitetssikret arbeidet.

Flere personer har bidratt underveis i arbeidet på ulik måte og i ulik grad. Som del av prosjektet har det vært kontakt med flere forskere som sjenerøst har delt av sin tid for å møtes, drøfte temaer og problemstillinger samt gitt tips om relevant litteratur. Vi vil gjerne rette en takk til Ann Cronin (University of Surrey), Andrew King (Kingston University), Brian de Vries (San Francisco State University), Bill Ryan (McGill University), Hans W. Kristiansen (Høgskolen i Gjøvik) og Arne Backer Grønningseter (Fafo). Prosjektet har også hatt et svært godt samarbeid med LLH og prosjektet Rosa Kompetanse ved Hanne Børke-Fykse. Prosjektet fikk også nyttige tilbakemeldinger og innspill fra medlemmer av LLH Oslo og Akershus sin seniorgruppe, etter innledning på deres stiftelsesmøte.

Vi vil også gjerne takke Dag Robin Simonsen, Knut Bjørn Christophersen og Kurt Ole Linn fra Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet for godt samarbeid.

Et notat om kunnskapsstatus på et såpass lite kartlagt område må nødvendigvis inneholde personlige vurderinger og synspunkter som ligger i grenseområdet mellom politikk generelt, forskningspolitikk og faktisk kunnskap. Disse synspunktene står selvfølgelig for forfatterens regning alene.

Bjørn R. Lescher-Nuland, prosjektleder  
Fafo, oktober 2010





# 1 Innledning

Lesbiske og homofile eldre utgjør en minoritetsgruppe som inntil nylig har vært usynlig i offentlig politikk, akademisk forskning og også innenfor det homofile miljøet (Vesterlund 2008). Svært lite forskning har blitt utført på sosiale nettverk og helse- og omsorgsbehov blant lesbiske og homofile eldre i Norge. På grunn av den demografiske utviklingen og den økende aksepten for forskjellighet, vil trolig lesbiske og homofile i større grad enn tidligere forvente at helse- og omsorgstjenestene blir tilpasset også deres livssituasjon og behov. Tradisjonelle gerontologiske modeller for «normal aldring» har de siste årene blitt utfordret av en økende bevissthet om at et større mangfold blant mennesker i dagens samfunn fører til at folk lever forskjellige liv også senere i livet (Dannefer 1996, Cronin 2004). Forskningen som tar inn over seg samfunnsmessig mangfold, eller økt heterogenitet, i den eldre befolkningen, har i all hovedsak fokusert på kjønn, klasse, rase/etnisitet eller kulturelt mangfold, og oversett seksuell legning (for eksempel Arber og Ginn 1991, Conway 1999 Turner, Evandrou 2000 eller McFadden 2001). Politikk og forskning om aldring og omsorg har med andre ord lagt en heteroseksuell norm til grunn, og har i hovedsak forstått «mangfold» som knyttet til etnisitet eller funksjonshemming (Nuland 2009). Homofili er heller ikke et eget tema innenfor utdanningen av helsepersonell.

Homoforskningen har på sin side vært lite opptatt av alderdom og omsorg. Forskningen har sjelden inkludert informanter over 60 år – antakelig fordi denne gruppen homofile og lesbiske har måttet gjemme seg bort. I de siste par årene har likevel problematikken blitt satt på dagsordenen. I regjeringens handlingsplan for bedre livskvalitet for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (Barne- og likestillingsdepartementet 2008), presenteres tiltak for å styrke kunnskapen om disse gruppene i pleie- og omsorgstjenestene. Hensikten med denne rapporten er å reise en diskusjon om behovet for en skeiv eldreomsorg. En slik diskusjon vil også kunne bidra til økt forståelse av aldring mer generelt, ved å ha en helhetlig og inkluderende tilnærming til pleie og omsorg blant dagens og morgendagens eldre.

At seksualitet er det som gjør eldre lesbiske og homofile annerledes fra heterofile, gjør at det å snakke om lesbiske og homofile ofte knyttes til seksualitet og seksuell akt. Men vi liker som regel ikke å tenke på eldre mennesker som seksuelle, og når man derfor trekker inn seksualitet i alderdommen, kan det oppleves som at man tar opp noe upassende. Følgelig har diskusjoner rundt lesbiske og homofile eldre nærmest blitt et ikke-tema både i forskning og i politikk.

Eldre homofile skiller seg fra andre eldre på flere måter. Svært få av dem har egne barn, og dobbelt så mange er enslige som i befolkningen for øvrig (Hegna m.fl. 1999). For at denne gruppen eldre skal få dekket sine behov, har de kanskje bruk for mer, eller også en annen støtte fra det offentlige hjelpeapparatet. Dette vet vi imidlertid svært lite om, siden det hittil ikke har blitt fokusert på denne gruppen eldres behov.

I den norske velferdsstaten forutsetter en at hele befolkningen er økonomisk sikret, at helsebehov er ivaretatt og at det er utviklet likeverdige helsetjenester for alle. I Stortingsmelding 25 (2005–2006) heter det at: «Det skal føres en politikk som skal motvirke diskriminering og stigmatisering av alle mennesker», og at «Regjeringen vil utvikle kvalitativt gode tjenester som er preget av verdighet og respekt, tilpasset og tilrettelagt ut fra den enkelte brukers behov og livssituasjon». Likevel viser forskning at tilgangen til helsetjenester ikke alltid er uten barrierer (Grønningsæter og Nuland 2008). Det er viktig å jobbe for likeverdige tjenester også for lesbiske og homofile (LDO 2007). Likeverdighet betyr å være inkludert som en naturlig del av alle brukere og at det settes av ressurser til de oppgaver som er viktige for å kunne ivareta lesbiske og homofiles behov. I situasjoner hvor hjelpetrengende er avhengige av det offentlige apparatet, er det viktig at lesbiske og homofile ikke blir usynliggjort eller på andre måter diskriminert. Noen eldre homofile føler at de må gå «inn i skapet igjen» i møtet med hjelpeapparatet (LLH 2006). For lesbiske og homofile som er avhengige av hjelp, vil hjelpernes kunnskaper og holdninger være avgjørende for en verdig alderdom.

Diskriminering innenfor offentlige tjenester kan være av forskjellig karakter. For eksempel kan ytelser og tjenester være innrettet og regulert slik at de virker diskriminerende. Det er liten grunn til å tro at det finnes mange eksempler på denne typen diskriminering i eldreomsorgstjenestene i Norge i dag. Det er mer sannsynlig at en annen form for diskriminering er mer utbredt, som går ut på at ansatte i tjenestene mangler forståelse for de spesielle problemene og utfordringene det innebærer å leve som lesbisk, homofil eller bifil. Manglende kunnskap og forståelse kan føre til at brukeren opplever seg diskriminert, eller at tiltakene som settes inn ikke er relevante for den hjelpetrengende.

Siden 1980-tallet har det vært rådende politikk i Norge å unngå å bygge opp særomsorgstjenester for bestemte grupper etter diagnose eller omsorgsbehov, men heller integrere tjenester rettet mot bestemte grupper i de ordinære. Behov blant lesbiske og homofile eldre skal derfor dekkes innenfor det ordinære offentlige tjenesteapparatet. Vi ser det derfor som viktig å belyse utviklingen i omsorgstjenestene generelt, og vurdere lesbiske og homofiles eldres behov og forventninger opp mot det tjenesteapparatet som har blitt bygget ut.

## Gangen i rapporten

Rapporten er inndelt i seks kapitler. I kapittel 2 tar vi for oss metode og datainnsamling for litteraturstudien. I kapittel 3 gis et homohistorisk tilbakeblikk på utvikling av lovverket samt utvikling av holdninger i den norske befolkningen til lesbiske og homofile. I kapittel 4 presenteres utviklingen av pleie- og omsorgstjenester til eldre generelt i Norge. Funn i litteraturstudien om eldre lesbiske og homofiles helse- og omsorgsbehov blir presentert i kapittel 5. Kapittel 6 er et avsluttende kapittel for litteraturstudien. Bakerst i rapporten er det en fullstendig referanseliste med oversikt over alle treff i litteratursøket.



## 2 Metode og data

Litteratursøket viser at det er gjort ganske mye forskning på homofile, lesbiske og bifiles livssituasjon i de senere år, men det er utført få undersøkelser av situasjonen til eldre lesbiske og homofile. Ved å søke i flere databaser har vi klart å finne relevant litteratur, hovedsakelig internasjonal, med noen bidrag fra Norge. Vi har gjort søk i samkatalogen og BIBSYS samt sjekket referanselistene i forskningslitteratur vi fant relevant. Bak i denne rapporten ligger en litteraturliste som gjengir funnene i litteratursøket fordelt geografisk.

I tillegg gjennomførte vi samtaler med relevante forskere på feltet som har gjennomført liknende studier:

- Brian de Vries (San Francisco State University, USA)
- Bill Ryan (McGill University, Canada)
- Ann Cronin (University of Surrey, Storbritannia)
- Andrew King (Kingston University, Storbritannia)
- Hans W. Kristiansen (Høgskolen i Gjøvik)

Prosjektet har også vært i dialog med LLH/Rosa Kompetanse ved Hanne Børke-Fykse i løpet av prosjektarbeidet, og det er blitt brukt i Rosa Kompetanse sitt arbeid rettet mot norske kommuner.

### Seksuell identitet

Å være lesbisk, homofil eller bifil er ikke uten videre enkelt å definere. I mye av homoforskningen har det for eksempel vært en debatt om essensialisme eller konstruksjonisme (jf. for eksempel Nissen 2001). Det har også vært mange kontroverser rundt begrepet skeiv. Denne typen diskusjoner er viktige, men vi anser dem ikke som relevante for tema og spørsmål vi belyser i denne rapporten. Vi mener likevel det er viktig å framheve at det ikke er åpenbart hvordan homofile og lesbiske skal defineres.

På bakgrunn av begrepsdiskusjoner i forskningslitteraturen, vurderer vi tre typer definisjoner til å gi mening:

- identitet – selvidentifikasjon som homofil eller lesbisk
- personer som opplever og erkjenner en seksuell eller følelsesmessig tiltrekning til eget kjønn
- personer som har homoseksuell erfaring

Bifil framstår som et mer problematisk begrep enn lesbisk og homofil, noe som har medvirket til at denne gruppen ofte blir utelatt i forskningen. I tillegg har det vært vanskelig å rekruttere bifile informanter. Informanter kategoriseres/defineres gjerne ut fra partnervalg, noe som har ført til at bifile blir omtalt enten som homofile/lesbiske eller heterofile. Til tross for at bifile sjelden er representert i undersøkelser, legges det ofte i forskningen automatisk til en «b» på LHB-gruppen. Men data som er samlet inn, beskriver i hovedsak lesbiske og homofile, og kan ikke si noe om hvordan det er å leve som bifil. I mesteparten av LHB-litteraturen skrives det ikke om biseksualitet, eller det forutsettes at bifile er lesbiske og homofile (Dworkin 2006). Denne litteraturstudien handler derfor primært om eldre lesbiske og homofiles helse- og omsorgsbehov.

### 3 Homohistorisk tilbakeblikk og utvikling av holdninger

I dag opplever lesbiske og homofile i stor grad aksept, toleranse og åpenhet. Lesbiske og homofile eldre har imidlertid hatt en barndom, en ungdomstid og også deler av voksenlivet i et Norge hvor homofili var både kriminelt og en sykdomsdiagnose. Oppvekst og store deler av voksenlivet i et diskriminerende samfunn kan ha påvirket hvordan lesbiske og homofile ser på seg selv i dag, og kan også ha påvirket deres evne og/eller vilje til å bruke helsevesenet.

Utvikling av holdninger har gjerne nær sammenheng med utvikling av lovverket. Lovverk knyttet til lesbiske og homofile har endret seg mye siden annen verdenskrig. De som er eldre i dag har vokst opp i et samfunn der både lovverk og holdninger har vært restriktive og negative overfor homofili.<sup>1</sup>

Da vår någjeldende straffelov ble vedtatt i 1902, ble det diskutert om man skulle ha en straffebestemmelse som regulerte sex mellom personer av samme kjønn, og om hva en slik bestemmelse eventuelt skulle inneholde. Skulle bestemmelsen ramme både kvinner og menn, skulle det være et generelt forbud eller skulle den inneholde en aldersgrense, slik at det for eksempel bare var seksuell omgang med noen under 18 eller 21 år som ble straffet? Resultatet av diskusjonene ble en bestemmelse – § 213 – som gjorde sex mellom menn straffbart. Sex mellom to kvinner ble altså ikke omfattet av forbudet.

Straffelovrådet utarbeidet i 1953 en statistikk som omfattet hele landet. Ifølge denne ble 119 menn dømt for brudd på straffelovens § 213 i perioden 1905–1950. Hvert år i perioden 1905–1950 ble altså to–tre menn dømt for brudd på denne bestemmelsen.

I 1972 la Regjeringen Bratteli fram lovforslag om fjerning av straffelovens § 213 – forbud mot mannlig homoseksualitet, og homoseksuell lavalder ble foreslått satt til 16 år. Forslaget ble vedtatt. Arbeidet med å utvikle lovverket ble fortsatt de neste tiårene. I 1979 endres klassifiseringsreglene for forsvarer slik at åpne homofile ikke lenger klassifiseres som «udyktige» på grunn av sin åpenhet, og i 1981 blir det gjort en tilføyelse i straffeloven om særlig strafferettslig vern for lesbiske og homofile. Fra 1990-tallet har

<sup>1</sup> Kilder til gjennomgang av homohistorie og utvikling av lover er hentet fra nettsiden «størst av alt er kjærligheten» ved Kjell Morten Bråten (<http://kjellemann.wordpress.com/homohistorien>) og homohistorie på Arbeidspartiets homonettverks hjemmeside gjengitt av Kim Friele og Håkon Haugli (<http://www.homonettverket.no/historie.html>).

diskusjonene om en likestilling også i familiepolitikken vært framtreddende, og partnerskapsloven ble vedtatt i 1993, lov om rett til stebarnsadoptsjon for lesbiske/homofile i registrert partnerskap i 2001, og ny felles ekteskapslov og lik rett til å bli vurdert for adopsjon og assistert befruktning i 2008.

I likhet med utvikling av lovverket, har også viktigheten av å arbeide for å bedre lesbiske og homofiles levekår blitt et politisk tema. I 2001 kom Stortingsmelding nr. 25 (2000–2001) *Levekår og livskvalitet for lesbiske og homofile i Norge*, og i 2008 ble den første handlingsplanen for bedre livskvalitet for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (Barne- og likestillingsdepartementet 2008) lagt fram med konkrete tiltak på områdene til åtte fagdepartementer.

I en diskusjon omkring lesbiske og homofiles tilgang til omsorgstjenester kan det være nyttig å trekke inn teorier om sosial kapital. Kjernen i disse teoriene er at sterke sosiale nettverk mellom borgerne, som enten er formet gjennom formelle organisasjoner eller mer uformelle sosiale relasjoner, genererer tillit og samarbeid mellom borgerne, og dermed økt engasjement og evne til kollektiv handling (Hansen og Tjerbo 2003). Bo Rothstein (1998) har tilført tradisjonen ytterligere en dimensjon, nemlig tilliten borgerne har til samfunnets institusjoner. Ved å sette lesbiske og homofiles tillit til omsorgsinstitusjoner inn i en slik ramme, går det an å spørre om denne gruppen skiller seg fra andre eldre. Historisk har mange homofile og lesbiske hatt et anstrengt forhold til helsevesen og psykiatri. I 1977 vedtok Norsk psykiatrisk forening at homoseksualitet ikke lenger burde brukes som sykdomsdiagnose (Malterud 2001). I debatten påpekte psykiateren Astrid Nøklebye Heiberg skjevhetene i det medisinske kunnskapsgrunnlaget, og synliggjorde forbindelseslinjene mellom fordommer, sykeliggjøring og seksuell orientering (ibid.). Homohistorien er et godt eksempel på ett av mange felter der medisinsk teori og praksis har spilt en sentral rolle som premissleverandør og forvalter for kulturelle forestillinger om sosiale avvik (ibid.). Leger har levert teoretiske modeller og formulert begreper som har legitimert medisinsk håndtering og diskriminerende praksis, ikke bare med hensyn til seksualitet, men også etnisitet, politisk stigma og kjønn (Malterud 2001, Thesen og Malterud 2001). Eldre lesbiske og homofile er i så måte en utsatt gruppe, fordi de kan ha liten tillit til det offentlige hjelpeapparatet, samtidig som de er mer avhengige av disse tjenestene enn andre (fordi lesbiske og homofile i mindre grad enn andre har egne barn).

## Utvikling av holdninger i Norge

Statistisk sentralbyrå har siden 1982 gjennomført en landsrepresentativ verdiundersøkelse fire ganger i den norske befolkningen. Den siste ble gjennomført i 2007. Undersøkelsene viser en økende liberalisering i den norske befolkningens verdier. Synet



på homofili har endret seg mye de siste 25 årene. De spurte har gitt uttrykk for sine holdninger på en skala fra én til ti, hvor én er «det kan aldri rettferdiggjøres» og ti er «det kan alltid rettferdiggjøres». I 1982 lå nordmenns mening om hvorvidt homofili kan rettferdiggjøres under 4 på denne skalaen, mens snittet i 2007 er 7,7.<sup>2</sup>

I tillegg til SSB sin verdimåling har det i de siste ti årene blitt gjennomført to undersøkelser om befolkningens holdninger til homofile, lesbiske og bifile. Den første ble gjennomført i 1999 som del av NOVA sin levekårsundersøkelse blant lesbiske og homofile (Hegna m.fl. 1999). I 2008 ble en tilsvarende undersøkelse gjennomført av Universitetet i Bergen (Anderssen og Slåtten 2008). Undersøkelsene viser at holdningene til homofile, lesbiske og bifile i Norge er i bevegelse, og i 2008 er et flertall nøytrale eller positive i spørsmål om holdninger til bifile, lesbiske kvinner og homofile menn. Blant kvinner er flertallet stort, mens blant menn er flertallet mindre. Andelen som sa seg enige i homonegative utsagn varierte fra 2 til 44 prosent.

I 2008 ble det gjennomført en landsdekkende holdningsundersøkelse. Undersøkelsen var en del av European Social Survey (ESS).

Tabell 3.1 «Homofile og lesbiske er frie til å leve som de vil». Prosent

	Sterkt enig	Enig	Verken enig eller uenig	Uenig	Sterkt uenig	N
Norge totalt	29	49	12	7	3	5525
Oslo Akershus	40	45	9	4	2	1155
Hedmark og Oppland	24	53	15	7	1	459
Sørøst-Norge	29	48	10	9	3	1002
Agder og Rogaland	21	49	14	10	6	789
Vest-Norge	28	51	13	6	2	1027
Trøndelag	28	49	15	6	3	515
Nord-Norge	26	52	13	7	2	578

\* Spørsmål stilt som: «Freedom of lifestyle» forstått som «free/entitled to live as gays and lesbians».

Tabell 3.1 viser at det er et stort flertall i Norge generelt som mener at homofile og lesbiske må være frie til å leve som de vil. Tabellen viser også at det er noen regionale forskjeller når det gjelder holdninger. Mens Oslo og Akershus i større grad har befolkning som sier seg enig i påstanden, utmerker Agder og Rogaland seg med mindre grad av enighet.

<sup>2</sup> Fra Dagsavisen 5. juli 2008. Dataene finnes på [www.nsd.uib.no](http://www.nsd.uib.no)



## 4 Omsorgstjenestene til eldre

Majoriteten av den eldre befolkningen som i dag mottar hjelp fra de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, er over 80 år. Disse ble født før 1930, og har hatt en barndom, en ungdomstid og også store deler av voksenlivet i et samfunn som er svært forskjellig fra dagens. De lærte at den enkelte var helt avhengig av familien i krisesituasjoner og vanskelige tider. I hovedsak var det familien, og først og fremst kvinnene, som tok seg av de gamle de første tiårene etter krigen (Seip 1994). Først på 1970-tallet kom den «offentlige revolusjon», det vil si en kraftig utbygging av velferdsstatens tjenester, særlig innen helse- og sosialsektoren (Skrede 1986). De som er de aller eldste og mest hjelpetrengende i dag, var altså over 40 år før det offentlige tok et hovedansvar for å gi omsorg til eldre ved å bygge ut aldersinstitusjoner og hjemmetjenester (Gautun 2003). I et historisk perspektiv er den offentlige eldreomsorgen svært ung. I løpet av sin korte levetid har den også gjennomgått store endringer. De aller eldste i dag har vært vitne til store endringer innen eldreomsorgen helt fram til de selv har blitt brukere. Ifølge Tor Inge Romøren (2006) er forklaringen på de raske endringene som har funnet sted i organisering av pleie- og omsorgstjenestene, at nye oppgaver har presset fram nye løsninger, og at motene for god organisering har skiftet. I dette kapitlet beskrives ulike faser i eldreomsorgen, dagens tjenesteapparat, utfordringer og signaler som er gitt fra sentrale myndigheter om utformingen av framtidens eldreomsorgstjenester.

### Den offentlige revolusjon (1970 og 1980)

Oppfatningen om at velferdsstaten skulle ha hovedansvaret for å være et sikkerhetsnett for den enkelte ble fastsatt gjennom lovgivningen på 1960-tallet. Dette gjaldt også eldreomsorgen. Det offentlige tok gjennom lov om sosial omsorg av 1964 et hovedansvar for å yte omsorg til voksne hjelpetrengende (Seip 1994). Med ny lovgivning falt siste rest av det juridiske omsorgsansvaret for slektninger bort. Denne loven la sammen med folketrygdloven av 1967 og sykehusloven av 1970 et lovmessig grunnlag for en omfattende utbygging og vekst i omsorgssektoren. Sykehusloven av 1970 ga fylkeskommunen ansvar for å bygge ut og drive sykehjem. Kommunene hadde ansvar for hjemmetjenestene.

En omfattende utbygging og vekst i omsorgssektoren kom først på 1970-tallet (Gautun 2003). Da kom den «offentlige revolusjon», og velferdsstatens tjenester, særlig innen helse- og sosialsektoren, ble kraftig bygd ut (Skrede 1986). Kvinner – ugifte og gifte – marsjerte i løpet av det samme tiåret ut i deltidsarbeid i et offentlig arbeidsmarked. Målt i årsverk ble omsorgstjenestene fordoblet fra 1970 til 1980. Holdningene til å motta tjenester fra det offentlige endret seg i disse årene radikalt i positiv retning (Daatland 1997). Undersøkelser på 1960-tallet avdekket stor skepsis til offentlige tjenester. Et stort flertall av befolkningen ga uttrykk for at de foretrakk å få hjelp fra familien framfor fra det offentlige. Etter hvert som tjenestene ble bygd ut, sa stadig flere eldre at de ville be det offentlige om hjelp (Daatland 1990). Antallet personer som mottok hjemmetjenester, og som oppholdt seg i aldersinstitusjoner, økte kraftig fra 1970 til 1980 (Daatland 1997, Lingsom 1997).

## Konsolidering og reorganisering (1980–1995)

Den kraftige veksten på 1970-tallet gikk over i en ny fase på 1980-tallet, da ordninger og tjenestetilbud ble konsolidert. Samtidig foregikk det en omfattende reorganisering av helse- og omsorgstjenestene (St.meld. nr. 25 (2005–2006) *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*). Tre store reformer ble gjennomført i perioden 1980 til 1995: kommunehelsereformen, sykehjemsreformen og reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming. Reformene førte til at kommunene fikk ansvar for et betydelig større antall brukere og til at omsorgen ble vridd til i stadig større grad å bli ytt til brukere som bodde utenfor institusjon. Kommunehelsereformen ble gjennomført med lov om helsetjenesten i kommunene fra 1984. Reformen førte til at kommunene fikk det samlede ansvaret for all primærhelsetjeneste, og ble samordnet med sosialtjenesten. Den andre reformen, sykehjemsreformen, overførte ansvaret for sykehjemmene fra fylkeskommunalt til kommunalt nivå i 1988. I alt 30 000 sykehjems plasser og 25 000 årsverk ble overført til kommunene og samordnet med hjemmetjenesten innenfor rammene av den kommunale helse- og sosialtjenesten. Den tredje reformen, reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming fra 1991, førte til at de kommunale omsorgstjenestene i tillegg til å yte omsorg til en stor gruppe eldre, fikk ansvar for å yte tjenester til en stor gruppe mennesker med psykisk utviklingshemming. Institusjonene i det fylkeskommunale HVPU (Helsevernet for psykisk utviklingshemmede) ble nedlagt, og ansvaret for tjenestetilbudet ble lagt til kommunene. Tallet på alders- og sykehjems plasser økte bare fra 40 751 i 1980 til 42 500 i 1995 (ibid.), men det ble bygd et stort antall trygde- og serviceboliger i denne perioden, og det kom en kraftig vekst i hjemmetjenestene, som ble ytt til brukere som bodde hjemme eller i trygde- og serviceboliger. Årsaken til veksten var først og fremst

overføring av ansvar og oppgaver fra fylkeskommune til kommune, og ikke i så stor grad en vekst i selve tjenestetilbudet.

## **Sterk vekst i tjenester til yngre brukere. Effektivitet og kvalitetsarbeid (1995–2010)**

Årene fra 1995 og fram til i dag kjennetegnes av en fortsatt vekst i de kommunale omsorgstjenestene. Det totale antall årsverk i omsorgstjenestene økte fra 70 000 i 1995 til 118 189 i 2007 (SSB 2009). Det meste av veksten har ikke tilfalt eldre, men nye unge brukere, som barn, unge og voksne med ulike former for nedsatt funksjonsevne, psykiske lidelser, utviklingshemming eller rusproblemer (St.meld. nr. 25 (2005–2006), Romøren 2006).

Pleie- og omsorgstjenestene består i dag i hovedsak av sykehjem, aldershjem, omsorgsboliger (med tilknyttede hjemmetjenester, enten ambulante og/eller stasjonære) og hjemmetjenester som hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Men også annet som består av støtte til sosial inkludering, avlastning, støttekontakt og aktivitetssenter osv, inngår som en del av pleie- og omsorgstjenesten.

Trenden med å dreie tjenestetilbudet bort fra institusjonsomsorg til hjemmetjenester som enten ytes til hjelpetrequende som bor hjemme eller i tilrettelagte boliger, har fortsatt etter 1995. I 1995 var det flest årsverk innen institusjonsomsorgen, mens i 2005 var det om lag like mange årsverk i hjemmetjenesten som i institusjon (St.meld. nr. 25 (2005–2006)). I 2008 mottok i alt 260 604 brukere kommunale pleie- og omsorgstjenester.<sup>3</sup> De fleste av mottakerne fikk tjenestetilbudet tilrettelagt i eget hjem. Mer enn 40 000 bodde i aldersbolig og sykehjem, mens nesten 50 000 bodde i omsorgsboliger eller andre boliger tilpasset omsorgsformål.

Fra 1994 har Staten gjennom Husbanken ytt tilskudd til bygging av en ny type bolig tilpasset eldre og funksjonshemmede, som har fått navnet omsorgsbolig. Omsorgsbolig er en leilighet på 40–50 kvadratmeter med to rom og bad, ofte en bod og som regel en kjøkkenkrok (Romøren 2006). Boligene er utformet slik at det er mulig å gi omfattende pleie i dem, og på denne måten kan de fungere som en erstatning for sykehjem. Bygging av tilpassede boliger for eldre og funksjonshemmede har pågått siden 1960, og er altså ingen ny kommunal aktivitet. Boligene har blitt kalt for eldreboliger, trygdeboliger, serviceboliger og annet (Romøren 2006). Tilskuddsordningen fra 1994 har imidlertid ført til en sterk vekst i antall omsorgsboliger. Ifølge Romøren (2006) finnes det om lag 25 000 tilpassede boliger i kommunene bygget før 1994, og om lag 27 000 nye omsorgsboliger med «husbankstandard» som er bygget etter

<sup>3</sup> SSB: <http://ssb.no/pleie/tab-2009-7-02-06.htm>

1994. Cirka halvparten av disse har beboere over 67 år, hvorav de fleste er mye eldre enn 67 år (Romøren 2006). I omsorgsboligene ytes enten ambulante eller stasjonære hjemmetjenester. Noen kommuner har en blandingsmodell. Hvor mye hjelp eldre mottar i omsorgsboligene, varierer. Det er kun i et mindretall det ytes et like omfattende pleietilbud som i sykehjem. De fleste omsorgsboliger for eldre (58%) er lokalisert i eller i umiddelbar nærhet av et sykehjem, og 80 prosent har en eller annen form for stasjonær bemanning (Romøren 2006).

Hjemmetjenestene har endret seg fra i hovedsak å være et hjemmehjelptilbud med praktisk bistand, til i stadig større grad å bli et behandlings- og pleietilbud, med et sterkt innslag av hjemmesykepleie og annet fagpersonell fra helse- og sosialtjenesten. Hjemmetjenesten tilbys i dag i hovedsak til sterkt hjelpetrequende yngre personer (under 67 år) og til de aller eldste og mest hjelpetrequende i eldregruppen. Stadig færre eldre i alderen 67 til 80 år mottar hjemmetjenester (Brevik 2010).

### **Effektivitet og kvalitet**

Fra slutten av 1980-tallet har det blitt satt et stadig sterkere søkelys på effektivitet innenfor pleie- og omsorgssektoren. Effektivisering har vært gjenstand for diskusjon både i den politiske debatten og blant forskere (St.meld. nr. 25 (2005–2006)). Kritikerne er bekymret for at kravet om effektivisering innenfor omsorgssektoren går utover tjenesteutøvernes arbeidsmiljø og kvaliteten på tjenestene til brukerne. Økt fokusering på penger og effektivitet framfor på faglighet og brukernes behov, oppfattes som å gå ut over kvaliteten på tjenestene, og også samhandlingen mellom tjenester (Gautun m.fl. 2001). Flere er dessuten bekymret for at det brukes for mye arbeidskraft på å rapportere og kontrollere tjenestene, framfor på å yte omsorg. Andre hevder at det ikke er noen motsetning mellom effektivitet og kvalitet, men at det tvert imot kan være en positiv sammenheng. Det pekes på at det innenfor omsorgssektoren kan være spesielt mye å hente på kompetanseheving, utvikling av fagmiljø og styrking av lederfunksjoner (St.meld. nr. 25 (2005–2006)).

Etter at Strengenhagenutvalgets rapport kom i 1994, har også oppmerksomheten omkring kvalitetsarbeid innen omsorgstjenestene blitt større. Strengenhagenutvalget var en arbeidsgruppe som ble nedsatt av Sosial- og helsedepartementet og KS, og som spesielt var opptatt av å belyse og bedre kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene til eldre. I årene etter har det gjentatte ganger blitt uttrykt nasjonale målsettinger om å bedre kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene, og ikke bare eldre, men også andre brukergrupper, som personer med ulike former for nedsatt funksjonsevne, psykiske lidelser, utviklingshemming eller rusproblemer, har blitt løftet fram. Vektleggingen av et brukerperspektiv har blitt sterkere og sterkere. Stortingsmeldingen *Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenestene* (St.meld. nr. 45 (2002–2003)) vektla at den enkelte bruker skulle være i sentrum for utvikling av individuelle pleie- og omsorgstjenester. I 2002 ble det

inngått en avtale mellom regjeringen og KS om kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene. I 2003 kom det også en egen forskrift om kvalitet i disse tjenestene (FOR 2003-06-27 nr. 729). I denne forskriften slås det fast at brukere skal ha innflytelse på tjenesteutforming. Kvalitetsutviklingen i pleie- og omsorgssektoren har blitt fulgt opp av en egen nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenestene for perioden 2005–2015 (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Brukermedvirkning og brukerinnflytelse er en viktig målsetting for dette arbeidet.

De økte kravene om effektivitet og kvalitetsarbeid er ressurskrevende for kommunene. Det er en fare for at dette stjeler tid som ansatte heller kunne brukt direkte i møte med brukerne. Det er også en fare for at en for overdreven kontroll med tjenestene kan oppleves som et uttrykk for mistillit mot profesjonene som jobber i tjenestene, og dermed virke demotiverende for deres innsats.

## Utfordringer og signaler for fremtiden

De offentlige eldreomsorgstjenestene står overfor store utfordringer i årene som kommer på grunn av følgende tre endringer: demografiske endringer, endringer i familie- og samlivsmønstre og det at omsorgstjenestene i stadig større grad må forholde seg til en mangfoldig brukergruppe. Hvilke signaler gir offentlige myndigheter om hvordan disse utfordringene skal møtes?

### Demografi

Framskrivninger viser at antallet eldre vil øke sterkt, og langt mer enn den yrkesaktive delen av befolkningen. Antallet personer i yrkesaktiv alder per eldre over 67 år i Norge, forventes å bli redusert fra 4,7 i 2000 til 3,5 i 2030 og 2,9 i 2050 (St.meld. nr. 25 (2005–2006)). Fra 2020 vil vi få en stor økning i oppgavene innen pleie og omsorg på grunn av sterk vekst i antallet personer over 85 år, noe som vil kreve en betydelig utbygging av tjenestetilbudet dersom dagens dekningsgradsnivå skal opprettholdes. Til tross for at det offentlige har et lovpålagt ansvar for å yte omsorg til eldre, er familien fortsatt en viktig bidragsyter. Eldre som blir hjelpetrengende mottar støtte både fra det offentlige hjelpeapparatet og fra familien. Beregninger som er gjort viser at familien står for litt under halvparten av den omsorgen eldre får i dag, målt i antall årsverk (Rønning 2009). Undersøkelser viser at ved siden av ektefelle, er det barn i 50–60-årsalderen som står for hoveddelen av familieomsorgen som gis til eldre. I hovedsak er det kvinner som gir denne hjelpen, men menn har også kommet mer på banen i de senere år (Lingsom 1997, Gautun 2003). Framskrivninger viser at mens det i dag er om lag ti eldre som er 85 år og eldre per hundre personer i aldersgruppen 50–64 år, så vil dette tallet være

nær tretti i 2050 (St.meld. nr. 25 (2005–2006), Barstad 2004). Vi vil altså få en kraftig reduksjon i generasjonen under de aller eldste, og presset på disse vil øke fordi de vil få færre å dele omsorgsoppgavene med. Dersom familieomsorgen forvittrer, vil presset på de offentlige pleie- og omsorgstjenestene bli enda mer omfattende.

### **Endringer i kjønnsroller og familie- og samlivsmønstre**

Endringer i kjønnsroller og familie- og samlivsmønstre påvirker familieomsorgen, noe som kan føre til økt press på de offentlige eldreomsorgstjenestene i årene som kommer. Større yrkesaktivitet og en økende utbredelse av heltidsarbeid blant kvinner påvirker muligheten familien har til å gi omsorg til eldre. De siste tre til fire årene har det derfor blitt fokusert på den omsorgsklemma som stadig flere arbeidstakere i 40-, 50- og 60-årsalderen kommer i (Gautun 2008). Forskere hevder at for at familien skal klare å stille opp med omsorg for eldre i årene som kommer, vil det være svært avgjørende at eldreomsorgstjenestene ikke bare tilpasses omsorgstrengende eldre, men også deres pårørende, som ofte er en datter eller en sønn (Gautun og Hernes 2006). Ikke bare endringer i kjønnsrollemønstre og økt yrkesdeltakelse og heltidsarbeid blant kvinner påvirker muligheten eldre har til å få omsorg fra familien i årene som kommer. Økningen i antall skilsmisser og større barnløshet kan også påvirke Eldres, spesielt menns mulighet til å få familieomsorg. Fram til nå har eldre menn i stor grad mottatt omsorg fra en ektefelle, eller fra barn, mens den store gruppen av brukere av de offentlige eldreomsorgstjenestene i stor grad har vært kvinner. Forskere har uttrykt bekymring over at flere og flere menn mister kontakt med sine barn på grunn av en sterk vekst i antall skilsmisser fra 1970-tallet og fram til i dag, og at dette kan føre til redusert omsorg for disse mennene i alderdommen (Gautun 2008, Hagestad 2009). Hagestad (2008) viser også til at 26 prosent av menn i 40–45-årsalderen i Norge i dag er barnløse. I denne gruppen finner vi sannsynligvis flere homofile menn. Tidligere undersøkelser av barnløse har vist at disse gjerne stilte opp for og utviklet nære bånd til nevøer og nieser gjennom livet, som de så mottok omsorg fra i alderdommen (Gautun 1993). Hagestad (2008) påpeker imidlertid at dagens kohorter med barnløse menn har vokst opp i et alderssegregert samfunn, og at de har færre nevøer og nieser som de kan knytte seg til, sammenliknet med tidligere kohorter, det vil si de som er født i første halvdel av det 20. århundre. Hagestad mener det er god grunn til å være bekymret for disse mennenes framtidige alderdom når det gjelder deres muligheter til å motta familieomsorg.

### **Omsorgstjenestene ytes til en stadig mer mangfoldig brukergruppe**

Tjenesteapparatet utfordres også fordi brukere av pleie- og omsorgstjenester representerer et stadig større mangfold. Ikke bare antallet yngre brukere med ulike behov har



økt, men den store majoriteten av brukere, eldre over 80, blir også mindre homogene. Vi beveger oss bort fra at den typiske eldre bruker av pleie- og omsorgstjenestene er en etnisk norsk kvinne, som i tillegg mottar familieomsorg fra døtre og sønner, til et større innslag av andre brukergrupper. Vi har allerede nevnt eldre skilte og barnløse menn, som står i fare for ikke å motta familieomsorg fra generasjonen under. En økende andel av eldrebefolkningen har også etnisk minoritetsbakgrunn. Større aksept for forskjellighet har dessuten synliggjort lesbiske og homofiles behov (Nuland 2009). De samme tjenestene skal yte omsorg til brukere som kan ha svært ulike behov. Å få til en god omsorg i møtet med de ulike brukerne krever mye av de som jobber innen pleie- og omsorgstjenestene.

### Signaler for framtiden

I St.meld. nr. 25 (2005–2006) *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*, sies det at tjenestetilbudet gradvis må bygges ut fram mot 2020 for å møte behovene som økningen i antallet eldre over 80 skaper. I samme stortingsmelding fremmes også forslag til konkrete tiltak for kompetanseheving og kvalitetsutvikling innen omsorgstjenestene, for å møte utfordringene knyttet til et større mangfold i brukergruppen. Mangfold har imidlertid i hovedsak blitt forstått som å handle om etnisitet og funksjonshemming. Det har vært lagt lite vekt på at pleie- og omsorgstjenestene også skal tilpasses lesbiske og homofile (Nuland 2009).

Den økte oppmerksomheten omkring jobb- og omsorgsklemma som middelaldrende og eldre arbeidstakere kommer i når deres foreldre blir omsorgstrengende, har ført til at det nylig har blitt vedtatt rett til ti dager fri med ubetalt permisjon per år for å gi omsorg til voksne eller eldre slektninger. Ordningen er vedtatt for å bedre samspillet mellom familieomsorgen og helse- og omsorgstjenestene for eldre, og for andre voksne som er syke og hjelpetrengende. Ikke bare barn, men også ektefeller og andre familiemedlemmer eller slektninger har rett til å benytte denne ordningen. Om den vil bli benyttet, er usikkert, i og med at flere i dag bruker sykelønnsordningen, som er en betalt ordning, for å stille opp for sine nærmeste når de blir syke (Gautun 2008). Forskning har vist at det er behov for å utvikle en arbeidslivs- og velferdspolitik som gjør det mulig for pårørende å kombinere jobb med omsorgsforpliktelser for eldre, og at det både trengs mer kunnskap og politisk fantasi for å møte de utfordringene som vil komme i 2020 (Gautun og Hernes 2006).

Som tidligere nevnt har det helt siden 1980-tallet vært en rådende politikk å unngå særomsorg for særskilte grupper og behov, og heller integrere dem i de ordinære tjenestene (St.meld. nr. 25 (2005–2006)). Sentrale helsemyndigheter påpeker at det skal tilbys likeverdige helse- og omsorgstjenester til alle (St.meld. nr. 28 (1999–2000), St.meld. nr. 25 (2005–2006)). Nuland (2009) mener imidlertid det er grunn til å spørre om minoritetsgrupper får ivaretatt sine særegne behov. Han spør: «Hvilken

evne har en velferdsstat som er basert på likhet til å imøtekomme det økte mangfoldet av behov, verdier og preferanser? Kan likhetsidealene i velferdsstaten resultere i svikt i tilbudet til de som ikke er like?» (Nuland 2009:51).

## 5 Forskning om eldre lesbiske og homofile

Levekårsforskning om lesbiske og homofile i Norge viser at mange lesbiske og homofile har det bra, særlig når vi ser på tradisjonelle levekårsvariabler (Hegna m.fl. 1999). NOVAs undersøkelse fra 1999, *Levekår og livskvalitet blant lesbiske kvinner og homofile menn*, viser at majoriteten i gruppen av lesbiske og homofile «i snitt» oppgir å ha det bra når det spørres om lønn, forbruk og materielle verdier. Men undersøkelsen nanserer dette bildet ved å vise at lesbiske og homofile har høyere risiko for dårlig helse og nedsatt livskvalitet (ibid.). Svensk forskning viser for eksempel at eldre lesbiske kvinner er den gruppen med dårligst helse i Sverige (Roth m.fl. 2006).

Eldre lesbiske og homofile møter på mange av de samme utfordringene som eldre generelt i Norge møter når det gjelder å få sine pleie- og omsorgsbehov dekket. Men det er noen aspekter som gjør at det er grunn til å anta at de også opplever alderdommen og omsorgsutfordringene noe annerledes enn heterofile eldre (Cronin 2004). Det er vist at familien står for cirka halvparten av den omsorgen eldre hjelpetrequende mottar i dagens Norge, målt i antall årsverk (Rønning 2009). Vi vet at det er færre blant homofile og lesbiske enn i befolkningen for øvrig som har egne barn som kan bistå med hjelp og støtte i alderdommen. Det kan derfor være grunn til å anta at denne gruppen eldre er mer avhengig av offentlige pleie- og omsorgstjenester i alderdommen (Nuland 2008).

NOVAs studie viser også at sammenliknet med befolkningen for øvrig, så var det flere lesbiske og homofile som bodde alene som kun hadde sporadisk kontakt med naboene sine (Hegna m.fl. 1999). Det er også grunn til å anta at en oppvekst der homofili både var straffbart og ble sett på som en sykdom, har ført til at mange eldre gjennom livet har skjult sin homofile og lesbiske identitet. Videre at å skjule denne identiteten har vært en overlevelsesstrategi for å unngå straff, tap av jobb eller kontakt med familie og venner. Taushet rundt egen status ga beskyttelse (Kristiansen 2004a). En holdningsundersøkelse fra 2008 viser at andelen med negative holdninger til homofiles rettigheter og livssituasjon er størst blant eldre over 60 år (Anderssen og Slåtten 2008). Til sammen kan disse faktorene gi grunnlag for å tro at eldre lesbiske og homofile kan ha høyere risiko for negative reaksjoner og sanksjoner i møte med andre eldre og for å oppleve isolasjon og ensomhet.

Homofil, lesbisk eller ikke; alle eldre deler den samme frykten for ensomhet, isolasjon, fysisk avhengighet av andre, tap av selvstendighet og fattigdom. Lesbiske og homofile kan i tillegg føle frykt som er knyttet til deres seksuelle identitet. Dette kan være i forbindelse med åpenhet overfor familie og venner, åpenhet overfor helsepersonell, diskriminering fra tjenestesektoren, hiv og aids, det å miste livspartneren og mangel på muligheter til å treffe andre eldre lesbiske og homofile (Quam 1997, Zirngast 2002). Disse forholdene kan skape noen utfordringer for eldreomsorgstjenestene.

## Helse- og omsorgsbehov og hvordan disse har blitt dekket

Det finnes lite norsk forskning om helse- og omsorgsbehov blant eldre lesbiske og homofile og om hvilke tjenester de mottar. Temaet er også beskjedent dekket internasjonalt, men noen studier er gjennomført de senere årene. Forskningen domineres av kvalitative studier som ikke sier så mye om omfanget av problematikk, men de forteller oss om prosesser og opplevelser i møte med helsevesenet og samfunnet rundt.

Forskningen kan grovt sett deles inn i to kategorier, eller i to skoler, når det gjelder tilnærming. På den ene siden er det publisert forskning som setter søkelyset på mestringsstrategier for å takle alderdommen. Denne skolen trekker fram forutsetninger for å takle alderdom på en god måte (for eksempel Kooden og Flowers 2000). Den første av de tre forutsetningene som gjerne trekkes fram, er krisekompetanse. Lesbiske og homofile har opparbeidet seg god kompetanse til å håndtere fordommer og homofobe handlinger. Det er en styrke. Den andre forutsetningen er at lesbiske og homofile er preget av mindre rigide kjønnsroller. I seg selv gir dette gode forutsetninger for å håndtere alderdommen. Den siste forutsetningen er viktigheten av å delta i homomiljøer, eller mikromiljøer innenfor homobevegelsen. Det kan fungere som et godt substitutt for familienettverk.

På den andre siden er det gjennomført noen få studier av levekår, livskvalitet og tilgang på tjenester for eldre lesbiske og homofile. Resultatene fra disse studiene peker i to retninger. På den ene siden viser de at noen møter usynliggjøring og diskriminering både innad i det homofile miljøet og i hjelpeapparatet, med ensomhet og helsesvikt som resultat (Herdt og de Vries 2004). På den andre siden viser de at enkelte har lært seg mestringsstrategier for å håndtere stigmatisering gjennom et langt liv i et samfunn preget av homofobi. I så måte kan eldre lesbiske og homofile være bedre rustet til å håndtere aldersdiskriminering enn andre.

Flere etnografiske studier har vist en sterk korrelasjon mellom marginalisering, mangel på sosial kontakt og negative konsekvenser som for eksempel alkoholmisbruk (Newton 1993) og risikosex (Rubin 1997). Å være uten partner ser ut til å øke ensom-

hetsfølelsen, og alkohol blir for mange en flukt (Grossman m.fl. 2000, Herdt og de Vries 2004). Helsepersonell bør ha kunnskap og kompetanse om slike problemer for å kunne ivareta eldre lesbiske og homofile Eldres pleie- og omsorgsbehov. Et livsløpsperspektiv kan være nyttig for å forstå hvilke behov som finnes i denne eldregruppen, og hvordan disse skal ivaretas. Depresjon, selvmordstanker, rus- og alkoholmisbruk, røyking og overvekt er gjerne negative konsekvenser for eldre som har levd et langt liv utsatt for diskriminering (Brotman og Ryan 2008).

Hans W. Kristiansens doktorgrad fra 2004 er et viktig norsk bidrag til hvordan vi skal forstå situasjonen til eldre homofile menn. Avhandlingen hans er unik i norsk sammenheng, og dette er første gang eldre homofile menn og deres liv behandles i forskningen. Han tar blant annet opp at eldre homofile menn har andre normer for hva som er komfortabelt når det gjelder åpenhet. Diskresjon blir sett på som dyd. De eldre homofile mennene har blitt sosialisert til diskresjon og gjensidig fortrolighet. Det å være diskret, det å opptre taktfullt i det offentlige rom, ble oppfattet som en form for sosial kompetanse som gjorde det mulig å skape seg livsrom i et samfunn som stort sett var negativt innstilt til homofile (Kristiansen 2004a). Denne normen kan være med på å skape sosial isolasjon i eldre år. Kristiansens forskning viser også at eldre homofile som har vært i forhold med langtidspartnere ser ut til å være mest utsatt for sosial isolasjon i eldre år (ibid.). Spesielt gjelder dette de som har hatt eldre partnere. Kristiansen føyer seg inn i en forskningstradisjon som framhever viktigheten av et livsløpsperspektiv. Situasjonen til eldre lesbiske og homofile i dag må forstås gjennom å se på livet de har levd, fordi erfaringene deres fortsetter å prege dem i alderdommen, til tross for at samfunnet har forandret seg i synet på homofile. Livsstrategien de valgte i unge år, følger dem inn i alderdommen (Clunis m.fl. 2005), og valgene de har gjort når det gjelder åpenhet, har ikke vært enkle.

Livserfaring og de valg man har tatt tidligere i livet vil kunne prege hvilke forventninger man har til andre. En britisk studie basert på kvalitative intervjuer med lesbiske og homofile som vokste opp på 1930-, 1940- og 1950-tallet viser at informantene søker en alderdom ekskludert fra andre eldre og helsevesenet (Pugh 2009). Hvordan dette kommer til uttrykk, varierer noe, men det er basert både på manglende tro på muligheten for å motta hjelp som er tilpasset dem og en frykt for å måtte gi slipp på sin identitet som lesbisk eller homofil. I tillegg hadde de en manglende tro på at det var grunnlag for å ha noe til felles med andre jevnaldrende eldre. Disse holdningene kan knyttes til deres erfaring med å vokse opp i et land preget av homofobi både i tjenester og i befolkningen, men også til at livet de har levd har vært så annerledes enn de heterofile Eldres liv. Studien konkluderer med at det vil være viktig å utvikle tjenester som ikke bare inkluderer alle, men som også tilgodeser behov som er annerledes enn majoritetsbefolkningens. Tjenester som i stor grad legges opp til «one-size fits all» vil bli sett på som tjenester som i liten grad gir rom for annerledeshet (ibid.)

Spørsmål om åpenhet er noe som følger lesbiske og homofile personer gjennom hele livet. Likevel blir temaet ofte omskrevet til når man kommer ut av skapet, med en implisitt forståelse av at fra dette tidspunktet er man åpen overfor andre om sin seksuelle identitet. Forskning viser at åpenhet varierer fra person til person, og positive eller negative erfaringer vil påvirke hver enkelt sitt valg om å fortelle. Spørsmål om åpenhet kan også knyttes til heteronormativitet. Heteronormativitet betyr at heteroseksuell orientering, stort sett alltid, tas som en implisitt forutsetning når mennesker møtes (BLD 2008). Lesbiske, homofile og bifile opplever dermed hele tiden å stille utenfor «det heterofile fellesskapet», og homoseksualitet blir «den andre seksualiteten» (ibid.). Dette fører blant annet til at homofili i stor grad blir stigmatisert og sosialt usynlig, og at homofile opplever å måtte gå på tvers av forventninger og «forklare seg» når temaer som partner og familieliv tas opp (Röndahl 2005). «Komme ut»-prosessen blir for mange lesbiske og homofile et livslangt prosjekt, der de stadig må forklare seg for nye mennesker, og hver gang med en usikkerhet omkring hvordan vedkommende vil reagere. Valg om åpenhet er noe lesbiske og homofile må ta hver eneste dag, og vurdere til hvem, hvor og med hvilke konsekvenser man skal fortelle (Walters and Phillips 1994). Frykten for negative reaksjoner kan for mange være så belastende at de velger å holde sitt privatliv hemmelig for eksempel helsepersonell. Det viser at situasjonen til eldre lesbiske og homofile i dag må forstås gjennom å se på livet de har levd, fordi erfaringene de har gjort seg også preger alderdommen, til tross for at den alminnelige holdning til homofili har endret seg. Dette er viktige temaer når eldre lesbiske og homofiles helse- og omsorgsbehov skal undersøkes.

### **Vennskapsnettverk – «valgt familie» og «konstruert familie»**

Sosiale nettverk og familienettverk er viktige for at eldre skal få dekket sine omsorgsbehov. En norsk studie av eldre uten barn fant at de som ikke hadde etablert nære relasjoner til andre i familien tidligere i livet, for eksempel nieser og nevøer, etablerte andre nære relasjoner som liknet på familienettverk (Gautun 2003). Gautun kaller disse nettverkene «konstruert familie». Denne tendensen finner vi også igjen i en del forskning på lesbiske og homofiles nettverksbygging og det som ofte kalles «valgt familie» (Andersen 1987, Kristiansen 2004b). Et støtteapparat er helt nødvendig for at man skal kunne håndtere de utfordringene man møter som gammel. At eldre lesbiske og homofile bygger nettverk på denne måten, finner vi også støtte for i den utenlandske forskningen. En amerikansk studie om eldre lesbiske kvinner fant at lesbiske kvinner i stor grad danner nettverk med venner som substitutt for familien, som resultat av å ha blitt avvist av egen biologisk familie (van Wormer m.fl. 2000). Samme studie finner at lesbiske, i likhet med heterofile kvinner, i stor grad ønsker en partner de regner med å bli gammel sammen med.

En annen amerikansk studie fra 2001 (Grossman m.fl. 2001) fant at eldre lesbiske, homofile og bifile i gjennomsnitt hadde 6,3 personer i sitt nære nettverk. En nær venn var den vanligste personen i disse nettverkene (i 90 prosent av tilfellene), mens partner utgjorde 44 prosent, slekt 39 prosent, søsken 33 prosent og bekjente 32 prosent (ibid.). Nesten halvparten av respondentene (49 prosent) hadde personer i nettverkene sine som var under 60 år, og respondentene var i stor grad eldre (i gjennomsnitt 10) enn personene i sine nettverk. Stiller man funnene i Grossman-studien sammen med funnene til Gautun, er det grunn til å spørre om ikke flere norske lesbiske og homofile har knyttet til seg personer i sine nettverk, enten som valgt familie eller fra biologisk familie, som man kan ha nytte av når man blir eldre og har behov for hjelp og omsorg.

### **Tilgang på helse- og omsorgstjenester**

Artikkel 1 i FNs menneskerettighetserklæring sier at alle mennesker er født frie og med samme menneskeverd og menneskerettigheter. Den har også betydning om vi ser på lesbiske og homofile og på deres behov for omsorg. Dette fordi gruppen sammenliknet med andre eldre i større grad opplever marginalisering og møter noen ekstra hindre når det gjelder tilgang på helse- og omsorgstjenester (Jones and Ward 2010). En britisk studie viser at flere lesbiske og homofile eldre uttrykker misnøye med tjenesteapparatet på grunn av dårlig kommunikasjon og antakelser knyttet til hjelpen som gis, som for eksempel antakelsen om at alle eldre pleiemottakere er heterofile (Jones and Ward 2010). Gruppen er ikke alltid åpen om sin seksuelle identitet i møtet med helsepersonell, på grunn av frykt for diskriminering eller truende reaksjoner, og som resultat er det flere som unngår tjenesteapparatet. Dette settes i sammenheng med at helse- og omsorgspersonell i liten grad har fått opplæring om lesbiske og homofile som pasienter, og dermed blir deres til en viss grad særegne behov oversett. Samtidig er forskerne i dette arbeidet tydelige på at det også er viktig å unngå fallgruven med å tilnærme seg lesbiske og homofile eldre som en homogen gruppe med felles karakteristikk og behov (Cronin and King 2010). Dette poenget ses konkret i sammenheng med sosial identitet, og forskerne hevder at det er viktig å være bevisst på hvordan komplekse og historiske prosesser er med på å definere oss som personer. Det påpekes at helsepersonell må være oppmerksom på de unike og særegne behovene til eldre lesbiske og homofile som gruppe, men også tilrettelegge for hver enkelt pasients individuelle behov.

En kanadisk studie fra 2003 fant at eldre lesbiske og homofile i liten grad stolte på at de ville bli ivaretatt av helsevesenet. Dette fordi de gjennom et langt liv har opplevd å bli marginalisert og undertrykt (Brotman m.fl. 2003). «I lys av denne virkeligheten», bemerker forskerne, «muligheten for en dag å måtte være avhengige av helsevesenet, i sykehjem, eller på en annen institusjon, provoserer forståelig nok fram angst og frykt hos eldre lesbiske kvinner og homofile menn» (vår oversettelse). Men den kanadiske studien fant også at erfaring med diskriminering over et langt livsløp har gjort lesbiske



og homofile eldre til eksperter på å håndtere motgang og endringer, og på å lære å ta vare på seg selv. Denne tilpasningsevnen følger dem i alderdommen, så selv om de ikke stoler på tjenesteapparatet, har de utviklet evner til å ta vare på seg selv og hverandre (ibid.). Studien etablerer imidlertid en viktig sammenheng mellom diskriminering og stigma på den ene siden og god helse på den andre, ved å vise en skjevfordeling av depresjon, selvmordstanker, narkotika- og alkoholmisbruk, røyking og fedme, og at dette er helsemessige resultater av livslang diskriminering.

Forventninger til og erfaringer med helse- og omsorgstjenester har også vært tema for studier i USA og Australia. En amerikansk undersøkelse om oppfatningen av diskriminering i omsorgsinstitusjoner fra 2005, med 127 respondenter, fant at 60 prosent trodde de ikke ville ha lik tilgang som andre eldre til pleie- og omsorgstjenester, 73 prosent trodde at diskriminering forekom i pleie- og omsorgsinstitusjoner og 34 prosent trodde at de ville skjule sin seksuelle identitet dersom de kom på en pleie- og omsorgsinstitusjon (Johnson m.fl. 2005).

En australsk studie fra 2007 gjennomførte narrative intervjuer med eldre lesbiske og homofile, hvor de spurte om deres erfaringer med og forventninger til leverandører av helsetjenester (Hughes 2007). Dataene ble analysert ved å identifisere vurderinger og påstander informantene kom med i konkrete fortellinger fra egne liv, og deretter ble disse påstandene gruppert i kategorier. Eldre homofile og lesbiske reflekterte over betydningen av sin seksuelle identitet og hvordan de ønsket at den skulle bli anerkjent i deres møte med leverandører av helsetjenester. Gruppen rapporterte direkte diskriminering i tillegg til en mer indirekte form for stigmatisering, gjennom tilbydernes antakelser om heteroseksualitet.

Et annet viktig tema knyttet til tjenester for eldre er bosituasjonen. Diskusjonen om å bygge egne sykehjem og omsorgsboliger for eldre lesbiske og homofile har gått i flere sammenhenger i mediene, og noen land har allerede utviklet slike løsninger (bl.a. USA og Tyskland). Argumentasjonen har gjerne vært at det er behov for slike særomsorgstilbud for å skape trygge rammer for eldre lesbiske og homofile, og at de ønsker seg en alderdom der de kan bo sammen med andre som er lik dem selv. Noen har også trukket fram det generelle behovet for homovennlige institusjoner som gjør det klart at lesbiske og homofile er akseptert. For eksempel har eldre heterofile som har lesbiske eller homofile barn trukket fram at et slikt tilbud ville være ønskelig, slik at de kan føle seg trygge når de snakker om eller får besøk av sine egne barn.

En amerikansk studie om eldre homofile menn har vektlagt bolig og bosituasjonen (Cruz 2003). Studien fant at flertallet av respondentene ikke ønsket seg egne boligkomplekser eller eldreinstitusjoner kun for homofile, til tross for at flere enkeltrespondenter uttrykte det motsatte. Generelt ønsket de homofile mennene å ta egne valg, og for flertallet var dette valget å kunne bli boende i egen bolig. Noen respondenter oppga at det ikke var behov for homospesifikke boliger, fordi de trodde det bare var et spørsmål om tid, noen få år, før homofile og heterofile eldre ville kunne bo sammen



på institusjon eller i ulike omsorgsboliger uten problemer. Liknende konklusjoner ble trukket i et annet prosjekt, som undersøkte tematikken blant lesbiske kvinner (Clunis m.fl. 2005). Prosjektet fant at uavhengighet var svært viktig for kvinnene de intervjuet. Majoriteten av kvinnene vil fortrinnsvis forbli uavhengig så lenge som mulig, og avstå fra å motta hjelp utenfra, delvis på grunn av deres erfaring med undertrykkelse og diskriminering. Blant de som hadde behov for tjenester, ville mange av de eldre lesbiske i denne studien fortrinnsvis ønske å motta tjenester innenfor tradisjonelle pleie- og omsorgsinstitusjoner, og ikke åpent identifisere seg som lesbisk. Dette viser at offentliggjøring av ens seksuelle identitet kan være et problem når det gjelder å motta helsetjenester. Informantene ønsket å være uavhengig av andres hjelp så lenge som mulig, men i det øyeblikk de ble avhengige av andre for pleie og omsorg, ville de skjule sin seksuelle identitet.

Det er ikke gjennomført tilsvarende undersøkelser i Norge. LLH (Landsforeningen for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner) gjennomførte imidlertid i 2006 en undersøkelse blant et lite antall eldre medlemmer, og de fant at disse så på alderdommen med frykt eller usikkerhet når det gjaldt tilgang til tjenester som ville tilgodese deres behov, vel og merke uten å ha noe ønske om eller preferanse for særbehandling eller særomsorgstilbud (LLH 2006). De var redde for å bli usynliggjort på aldershjem, irriterte over at de ulike sosiale arenaene for eldre ofte er heteroorienterte, og bekymret for sin egen begravelse (ibid.). Samlet sett representerte tilbakemeldingene i prosjektet en bekymring for å skulle oppleve en trist avslutning på livet. Noen av deltakerne i prosjektet uttrykte at de var på vei «inn i skapet» igjen, til tross for å ha levd et liv som homoaktivister. De beskrev det for eksempel som svært belastende når hjemmehjelp eller hjemmesykepleier ga uttrykk for overraskelse eller viste avstand til deres måte å leve på.

En svensk undersøkelse blant sykepleiere finner at det eksisterer en holdning om at omsorg skal ytes på en nøytral måte (Röndahl 2005). Samtidig viser undersøkelsen at pasientenes opplevelse av kvaliteten på tjenestene har nær sammenheng med personlig kontakt med omsorgsgiver (ibid.). Mangel på involvering eller taushet når legning kommer fram, kan oppleves som en negativ reaksjon for den eldre, selv om helsepersonell forfekter en holdning om at seksualitet tilhører «privatlivets fred», og at det ikke påvirker omsorgen som ytes. Undersøkelsen viser at pleie- og omsorgstjenestenes møte med eldre lesbiske og homofile pleietrengende byr på noen særlige utfordringer. Det er nødvendig å øke kunnskapsnivået om hvordan lesbiske og homofile brukere opplever omsorgen som gis, og i tillegg er det nødvendig å styrke den etiske kompetansen hos helsepersonell. Følgende sitat fra Kim Friele illustrerer dette poenget:

«Hetsen kommer gjerne fra medpasienter. Det jeg kaller dypdiskriminering kommer fra helsepersonell. De sier det kanskje ikke rett ut, men hele kroppsspråket forteller at de føler sterkt ubehag ved å hjelpe en lesbisk.» (Kim Friele til Dagbladet, 24.08.2009)



## 6 Til ettertanke

I denne rapporten har vi forsøkt å vise hvordan eldre homofile kan skille seg fra andre eldre ved å ha behov for mer, eller andre former for, hjelp. Mange har et svakt familienettverk, selv om det for noen er kompensert av relativt bedre kontakt med venner, men risikoen for sosial isolasjon og ensomhet er nok større blant homofile og lesbiske enn blant eldre flest. Vi har sett hovedsakelig på internasjonal forskning, og funnet flere undersøkelser som viser at det er mange utfordringer når det gjelder denne gruppen eldre. Det er nyttig å se på forskning som er utført i andre land, men vi kan ikke uten videre overføre funn fra disse undersøkelsene til Norge. De er utført i land som er forskjellige fra Norge med hensyn til lovgivning omkring homofili, familieliv og velferdsstat. Det er derfor viktig å få kartlagt pleie- og omsorgsbehovene i denne gruppen eldre også i Norge, og se hvilken betydning familien og det sosiale nettverket har, samt i hvilken grad det offentlige stiller opp med nok og riktig omsorg. Selv om det er noen typer utfordringer knyttet til eldre homofile og lesbiske, er det viktig å prøve å unngå et elendighetsperspektiv når det settes søkelys på denne gruppen eldre. Forskningen fra andre land viser at det er et mangfold også innad i denne gruppen eldre, og at det blir feil å se på eldre homofile og lesbiske som en ensartet gruppe enslige, ensomme, deprimerede og isolerte fra resten av verden. Dette er likevel en gruppe eldre som møter en del strukturelle utfordringer, og det eksisterer en skjevfordeling av helseproblemer som må tas på alvor.

På bakgrunn av litteraturstudien kan følgende innspill gis til planleggingen av den framtidige eldreomsorgen:

- Demografisk utvikling og endringer i familiestruktur og helsebehov vil ha betydning både for etterspørselen etter tjenester og for holdninger til ansatte i tjenestene. Det vil derfor være viktig å ha oppdatert kunnskap om denne utviklingen samt arbeide med holdninger blant ansatte.
- Familien er fremdeles en viktig omsorgsleverandør, og det er derfor viktig å undersøke nærmere hvordan eldre uten eller med konstruerte familienettverk får sine omsorgsbehov dekket.
- Helse- og omsorgstjenestene må ta innover seg at praktisk hjelp ikke er nok, det må også avsettes tid til og rom for å ivareta sosiale og emosjonelle behov. Det er en tilbøyelighet til at slike behov blir rasjonalisert bort når det er knapt om tid og

hjelper. Dette er kanskje en særlig utfordring når det gjelder lesbiske og homofile eldre, fordi de i større grad bor alene og i mindre grad har egne barn.

- Det kan tenkes at det skjer mye uformell diskriminering som skyldes manglende kunnskap og liten etisk kompetanse/refleksjon hos helsepersonell, siden det finnes en grunnleggende antakelse om at alle er heterofile. Det er derfor behov for å styrke kunnskapen og den etiske kompetansen i helse- og omsorgsyrkene.

Likeverdige tjenester betyr både å inkludere alle som en naturlig del av brukerne og at det settes av ressurser til de oppgavene som er viktige for å ivareta lesbiske og homofiles særegne behov. Men utvikling av likeverdige tjenester fordrer at vi har kunnskap om behovene. Å skaffe til veie mer kunnskap om eldre lesbiske og homofile vil kunne bidra til bedre forståelse av hvordan det er å bli gammel for minoritetsgrupper som er redde for stigmatisering. Slik kunnskap vil bidra til en bedre generell forståelse av aldring og gi en mer helhetlig og inkluderende forståelse av omsorgsbehov hos eldre. Å være bevisst på det spesielle ved å være eldre lesbisk og homofil, samt på deres omsorgsbehov, vil være en forutsetning for å utvikle gode tjenester som kan møte denne gruppens behov.

## Referanser

- Allen, K. R., R. Blizner & K. A. Roberto (2000), «Families in the middle and later years: A review and critique of research in the 1990s.» *Journal of marriage and the family*, 62, 911–926.
- Andersen, A. (1987), *Coming out – Coming Home. Vennskap som sosial strategi*. Master thesis in Sociology. Oslo: University of Oslo.
- Anderssen, N. & H. Slåtten (2008), *Holdninger til lesbiske kvinner, homofile menn, bifile kvinner og menn og transpersoner (LHBT-personer). En landsomfattende representativ spørreundersøkelse*. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Arber, S. & J. Ginn (1991), *Gender and later life: A sociological analysis of resources and constraints*. London: Sage publications.
- Barne- og likestillingsdepartementet (2008), *Regjeringens handlingsplan: Bedre livskvalitet for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner 2009–2012*. Oslo
- Barstad, S. (2004), *The potential support ratio. Eldreomsorgens demografiske utfordring*. Fagretningsoppgave. Høgskolen i Lillehammer.
- Bech, H. (1989), *Mellom mænd*. København: Tiderne Skifter.
- Bech, H. (1997), *When men meet. Homosexuality and modernity*. Cambridge: Polity press.
- Bergh, S., B. Bjerck & E. Lund (1978), *Homofile – Myter og virkelighet. En undersøkelse blant homofile kvinner og menn i Norge*. Oslo: Pax.
- Brotman, S. & B. Ryan (2008), «We Treat Everybody the Same! The Health and Social Service Needs of Gay and Lesbian Seniors and Their Families in Canada.» Paper presented at International Federation of Ageing 9<sup>th</sup> Global Conference on Ageing. September 6.
- Brotman, S., B. Ryan & R. Cormier (2003), «The health and social service needs of gay and lesbian seniors and their families in Canada.» *The Gerontologist*, 43, 192–202.

- Brotman, S., B. Ryan, S. Collins, L. Chamberland, R. Cormier, D. Julien, E. Meyer, A. Peterkin & B. Richard (2007), «Coming out to care: Caregivers of Gay and Lesbian Seniors in Canada.» *The Gerontologist*, 47, 490–503.
- Brotman, S., B. Ryan, Y. Jalbert & B. Rowe (2002), «The impact of coming out on health and health care access: The Experiences of Gay, Lesbian, Bisexual and Two-spirit People.» *Journal of Health and Social Policy*, 15(1), 1–29.
- Clunis, D. M., K. I. Fredriksen-Goldsen, P. A. Freeman & N. Nystrom (2005), *Lives of lesbian elders. Looking back, looking forward*. New York: The Haworth Press.
- Conway-Turner, K. (1999), «Older women of color: a feminist exploration of the intersections of personal familial and community life.» *Journal of Women and Aging*, 11: 2/3, 115–130.
- Cronin, A. (2004), «Sexuality in gerontology: a heteronormative presence, a queer absence.» In: S. O. Daatland & S. Biggs (eds.), *Ageing and diversity. Multiple pathways and cultural migrations*. Bristol: Policy Press.
- Cronin, A. & A. King (2010), «A queer kind of care: some preliminary Notes and observations» In: R.L. Jones and R. Ward (eds.), *LGBT issues: Looking beyond categories*. Edinburgh: Dunedin Academic Press.
- Cruz, M. (2003), *Sociological analysis of aging. The gay male perspective*. New York: Harrington Press.
- Dannefer, D. (1996), «The social organization of diversity, and the normative organization of age.» *The Gerontologist*, 36, 147–177.
- de Vries, B. (2006), «Home at the end of the rainbow: Supportive housing for LGBT elders.» *Generations*, 29, 64–69.
- de Vries, B. (2007), «LGBT Couples in Later Life: A Study in Diversity». *Generations*. 31(3), 18–23
- de Vries, B. (2007), «The family-friends of older gay men and lesbians.» In: N. Teunis and G. Herdt (eds.) *Sexual inequalities and social justice*. Berkeley: University of California Press
- de Vries, B., C. Croghan, & T. Worman (2006), «Always independent, never alone: serving the needs of gay and lesbian elders.» *The Journal of Active Ageing*. July/August 2006.

- Dworkin, S. H. (2006), «The aging bisexual: The invisible of the invisible minority.» In: D. Kimmel, T. Rose & S. David (eds.), *Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender aging: Research and clinical perspectives*. New York: Columbia University Press.
- Daatland, S. O. (1997), «Family solidarity, popular opinion and the elderly. Perspectives from Norway.» *Ageing International*. 1, 51–62.
- Daatland, S. O. & K. Herlofson (2004), *Familie, velferdsstat og aldring. Familiesolidaritet i et europeisk perspektiv*. Oslo: NOVA rapport 7/04.
- Daatland, S. O., M. Veenstra & I. A. Lima (2009), *Helse, familie og omsorg over livsløpet*. Oslo: NOVA rapport 4/09.
- ESS (2008), *European Social survey 2008*. <http://ess.nsd.uib.no/>
- Evandrou, M. (2000), «Social inequalities in later life: the socio-economic position of older people from ethnic minority groups in Britain.» *Population Trends*, 101, 32–39.
- Fannin, A., L-A. Fenge, C. Hicks, N. Lavin & K. Brown (2008), *Social work practice with older lesbians and gay men*. Exeter: Learning Matters.
- Gautun, H. (1993), *Gammel, barnløs og alene? En sammenligning av omsorg til eldre med og uten barn*. INAS-rapport 93:5.
- Gautun, H. (2003), *Økt individualisering og omsorgsrelasjoner i familien. Omsorgsmønstre mellom middelaldrende kvinner og menn og deres gamle foreldre*. Dr. grads avhandling i sosiologi, Universitetet i Oslo. Fafo-rapport 420.
- Gautun, H. (2008), *Arbeidstakere og omsorg for gamle foreldre – den nye tidsklemma*. Oslo: Fafo-rapport 2008:40.
- Gautun, H. & G. Hernes (2006), «Bestemor mellom jobb og oldemor?» *Aldring og Livsløp*, 4.
- Gautun H., E. Kjerstad & F. Kristiansen (2002), *Mellom to senger? Eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*. SNF-rapport 57/01. Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning.
- Grossman, A. H., A. R. D'Augelli & S. L. Hershberger (2000), «Social support networks of lesbian, gay and bisexual adults 60 years of age and older.» *Journal of Gerontology*. 55B, 3, 171–179.

- Grønningsæter, A.B. & B. R. Nuland (2008), *Diskriminering av lesbiske, homofile og bifile og av hivpositive. En litteraturgjennomgang*. Oslo: Fafo-notat 2008:24.
- Gullestad, M. (2002), «Invisible fences: Egalitarianism, nationalism and racism.» *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 8 (1), 45–63.
- Hagestad, G. (2008), «The book – ends: emerging perspectives on children and old people». In: C. Saraceno (ed), *Families, Ageing and social policy. Intergenerational solidarity in European Welfare States*. Edward Elgar: Cheltenham, UK – Northampton, MA, USA.
- Hansen, T. & T. Tjerbo (2003), *Politisk engasjement, borgerroller og sosial kapital*. Makt- og demokratiutredningens rapportserie, rapport 62. Oslo: Unipub.
- Hegna, K., H. W. Kristiansen & B. U. Moseng (1999), *Levekår og livskvalitet blant lesbiske kvinner og homofile menn*. Oslo: NOVA rapport 1/1999.
- Herd, G. & B. de Vries (eds.) (2004), *Gay and lesbian aging. Research and Future directions*. New York: Springer Publishing Company.
- Herlofson, K. & S. O. Daatland (eds.) (2001), *Ageing, intergenerational relations, care systems and quality of life – an introduction to the OASIS project*. Oslo: NOVA report 14/2001.
- Hughes, M. (2007), «Older Lesbians and Gays Accessing Health and Aged-Care services.» *Australian Social Work* 60 (2), 197–209.
- Hunter, N. D., C. G. Joslin & S. M. McGowan (2004), *The rights of lesbians, gay men, bisexuals and transgender people*. Carbondale: Southern Illinois University Press.
- Johnson, M. J., N. C. Jackson, J. K. Arnette & S. T. Koffman (2005), «Gay and Lesbian Perceptions of Discrimination in Retirement Care Facilities.» *Journal of homosexuality*, 49, 83–101.
- Jones, R. L. & R. Ward (eds.) (2010), *LGBT issues: Looking beyond categories*. Edinburgh: Dunedin Academic Press.
- Kimmel D., T. Rose, & S. David (eds.) (2006), *Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender aging: Research and clinical perspectives*. New York: Columbia University Press.
- Kingston, T. (2002), «You have to speak up all the time: Bisexual elders address issues, concerns of aging.» *Outword*, 8, 4–5.



- Kooden, H., & C. Flowers (2000), *Golden Men. The Power of Gay Midlife*. New York: Harper.
- Kristiansen, H. W. (2000), «Tilbakeblikk på skeive liv. Eldre homoseksuelle menns livsfortellinger.» *Aldring & Eldre. Gerontologisk magasin*, 2.
- Kristiansen, H. W. (2004a), *Kjærlighetskarusellen. Eldre homoseksuelle menns fortellinger og livsløp i Norge*. Avhandling til dr.polit graden ved Sosialantropologisk institutt. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Kristiansen, H. W. (2004b), «Narrating Past Lives and Present Concerns: Older Gay Men in Norway» In: G. Herdt and B. de Vries, *Gay and Lesbian Aging. Research and Future Directions*. New York: Springer Publishing Company.
- Kristiansen, H. W. (2008), *Masker og motstand. Diskré homoliv i Norge 1920–1970*. Oslo: Unipub.
- LDO (2007), Likestillings- og diskrimineringsombudets rapportering på tiltak i St.meld. 25 (2001), Levekår og livskvalitet for lesbiske og homofile – forslag til nye tiltak. Brev til Barne- og likestillingsdepartementet fra Likestillings- og diskrimineringsombudet.
- Lingsom, S. (1997), *The substitution issue. Care policies and their consequences for family care*. Oslo: NOVA-Rapport 97:6
- LLH OA (2006), *Sluttrapport for prosjektet «Gammel, grå og homo»*. Oslo: LLH Oslo og Akershus.
- Logan, J., S. Kershaw, K. Karban, S. Mills, J. Trotter & M. Sinclair (1996), *Confronting Prejudice. Lesbian and gay issues in social work education*. Brookfield, Vermont: Arena, Ashgate Publishing Company.
- Malterud, K. (2001), «Lesbiske i medisinsk teori og praksis. Et kritisk perspektiv på kunnskap og helsetjenester.» I: M. C. Brantsæter, T. Eikvam, R. Kjær, K. O. Åmås (red.) *Norsk homoforskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- McFadden, S. (2001), «Feminist scholarship as a meeting ground for age and disability studies.» *The Gerontologist*, 42:1, 133–137.
- Meyer, I. H. & M. E. Northridge (2007), *The health of sexual minorities. Public health perspectives on lesbian, gay, bisexual and transgender populations*. New York: Springer.
- Moseng, B. U. (2002), *Lesbisk psykisk helse*. Oslo: NOVA rapport 4/02.

- Newton, E. (1993), *Cherry grove, fire island. Sixty years in America's first gay and lesbian town*. Boston: Newton Press.
- Nissen, N. A. (2001), *Homo/hetero*. Oslo: Gyldendal.
- Nuland, B. R. (2008), «Appropriate services for the elderly: Elderly with weak family networks – health care services for lesbians and gays.» Paper at the International Federation of Ageing 9th Global Conference, Montreal.
- Nuland, B. R. (2009), «Behov for skeiv eldreomsorg?» *Aldring og livsløp*, 3–4, 60–63.
- Nuland, B. R. (2009), «Gay and lesbian aging: How social networks and the experience of stigma affect the need for and access to health and care services.» Paper at the 9th European Sociological Association Conference, Lisbon.
- Ohnstad, A. & K. Malterud (red.) (2006), *Lesbiske og homofile i møte med helse- og sosialtjenesta*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Price, E. (2007) «Ageing against the grain: gay men and lesbians.» In: P. Burke and J. Parker (eds.) *Social work and disadvantage – Addressing the roots of stigma through association*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Pugh, S. (2009) «Being different – managing and living with State sponsored homophobia: the life course of 6 British older lesbians and gay men.» Paper presented at the European Sociological Association, Portugal, September.
- Quam, J. K. (ed.) (1997), *Social Services for Senior Gay Men and Lesbians*. New York: Hayworth Press.
- Romøren, T. I. (2001), *Metusalems søsken. Forløp av funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk i høy alder*. Doktorgradsavhandling, Institutt for allmenntidisin og samfunnsmedisin: Universitetet i Oslo.
- Romøren, T. I. (2006a), «Omsorgsboliger: bruk og utviklingstendenser.» *Aldring og Livsløp*, 4, 8–13.
- Romøren, T. I. (2006b), «Organisering av pleie- og omsorgstjenesten i kommunene.» *Aldring og livsløp*, 1, 2–9.
- Roth, N., G. Boström & K. Nykvist (2006), *Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland HBT-personer*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.
- Rothstein, B. (1998), *Just Institutions Matter. The Moral and Political Logic of the Universal Welfare State*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Röndahl, G. (2005), *Heteronormativity in a Nursing Context. Attitudes toward homosexuality and experiences of lesbians and gay men*. Uppsala: Uppsala Universitet.
- Rønning, R., T. Schanke & V. Johansen (2009), «Frivillighetens muligheter.» *Eldreomsorg*, 11.
- Scarce, M. (1999), *Smearing the Queer. Medical Bias in the Health Care of Gay Men*. New York: Harrington Park Press.
- Seip, A. L. (1994), *Veiene til velferdsstaten. Norsk sosialpolitikk 1920–75*. Oslo: Gyldendal Forlag.
- Selle, M. S. (2001), «Nei til 'behandling' – ja til terapi. En mentalhygienisk veiledning for helsepersonell og pasienter om homoseksualitet.» I: M. C. Brantsæter, T. Eikvam, R. Kjær, K. O. Åmås (red.), *Norsk homoforskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skrede, K. (1986), «Gifte kvinner i arbeidslivet.» Kapittel 5 i *Det norske samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Slagsvold, B. & P. E. Solem (2005), *Morgendagens eldre. En sammenligning av verdier, holdninger og atferd blant dagens middelaldrende og eldre*. Oslo: NOVA rapport 11/05.
- Smith, P. R. (2002), «Bisexuality: Reviewing the basics, debunking the stereotypes for professionals in aging.» *Outword*, 8, 2, 8.
- SSB (2009), Statistisk årbok. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Statens Folkhälsoinstitut (2005), *Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation. Åtterrapportering av regeringsuppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen bland hbt-personer*. Rapport nr A 2005:19. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.
- St.meld. nr. 28 (1999–2000), *Innhald og kvalitet i omsorgstenestene. Omsorg 2000*.
- St.meld. nr. 25 (2005–2006), *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*.
- St.meld. nr. 25 (2000–2001), *Levekår og livskvalitet for lesbiske og homofile i Noreg*. Teunis, N. & G. Herdt (eds.) (2007), *Sexual Inequalities and Social Justice*. Berkeley: University of California Press.
- Thesen, J. & K. Malterud (2001), «Empowerment og pasientstyrking – et undervisningsopplegg.» *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 121, 1624–1628.

- Van Wormer, K., J. Wells & M. Boes (2000), *Social work with lesbians, gays and bisexuals. A Strengths perspective*. Needham Heights: Allyn & Bacon.
- Veenstra, M., I. A. Lima & S. O. Daatland (2009) *Helse, helseatferd og livsløp*. Oslo: NOVA rapport 3/09.
- Vesterlund, J. (2008), *Ud af usynligheden. Ældre homoseksuelles livshistorier*. København: Frydenlund.
- Walters, K. L. (1994), «Hurdles: An activity for homosexuality education.» *Journal of Sex education and therapy*, 20, 198–203.
- Zirngast, N. (2002), *Aged Care in Australia for Gay, Lesbian Bisexual, Transgender and Intersex people*. RMIT Student Union Briefing paper.

## Vedlegg – Litteraturliste

Denne listen er en oversikt over relevant litteratur som vi har funnet i litteratursøk. Ved å søke i flere databaser har vi klart å finne både norsk og internasjonal relevant litteratur. I tillegg til søk i databaser har vi også gjort søk i konferanse-abstracts og sjekket referanselister i relevant forskningslitteratur, og vi har gjennom samtaler med forskere som jobber innen feltet blitt kjent med relevante publikasjoner. Nedenfor er alle publikasjonene listet opp, fordelt etter geografi.

### Norsk litteratur

- Andersen, A. (1987), *Coming out – Coming Home. Vennskap som sosial strategi*. Master thesis in Sociology. Oslo: University of Oslo.
- Anderssen, N. & H. Slåtten (2008), *Holdninger til lesbiske kvinner, homofile menn, bifile kvinner og menn og transpersoner (LHBT-personer). En landsomfattende representativ spørreundersøkelse*. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Barne- og likestillingsdepartementet (2008), *Regjeringens handlingsplan: Bedre livskvalitet for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner 2009–2012*. Oslo
- Barstad, S. (2004), *The potential support ratio. Eldreomsorgens demografiske utfordring*. Fagretningsoppgave. Høgskolen i Lillehammer.
- Bergh, S., B. Bjerck & E. Lund (1978), *Homofile – Myter og virkelighet. En undersøkelse blant homofile kvinner og menn i Norge*. Oslo: Pax.
- Brevik, I. (2010), *De nye hjemmetjenestene – langt mer enn eldreomsorg. Utvikling og status i bruk av hjemmebaserte tjenester 1989–2007*. NIBR rapport.
- Daatland, S. O. (1997), «Family solidarity, popular opinion and the elderly. Perspectives from Norway.» *Ageing International*. 1:51-62
- Daatland, S. O. & K. Herlofson (2004), *Familie, velferdsstat og aldring. Familiesolidaritets i et europeisk perspektiv*. Oslo: NOVA rapport 7/04.

- Daatland, S. O., M. Veenstra & I. A. Lima (2009), *Helse, familie og omsorg over livsløpet*. Oslo: NOVA rapport 4/09.
- Gautun, H. (1993), *Gammel, barnløs og alene? En sammenligning av omsorg til eldre med og uten barn*. INAS-rapport 93:5.
- Gautun, H. (2003), *Økt individualisering og omsorgsrelasjoner i familien. Omsorgsmønstre mellom middelaldrende kvinner og menn og deres gamle foreldre*. Dr. grads avhandling i sosiologi, Universitetet i Oslo. Fafo-rapport 420.
- Gautun, H. (2008), *Arbeidstakere og omsorg for gamle foreldre – den nye tidsklemma*. Oslo: Fafo-rapport 2008:40.
- Gautun, H. & G. Hernes (2006), «Bestemor mellom jobb og oldemor?» *Aldring og Livsløp*, 4.
- Gautun H., E. Kjerstad & F. Kristiansen (2002), *Mellom to senger? Eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*. SNF-rapport 57/01. Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning.
- Grønningsæter, A.B. & B. R. Nuland (2008), *Diskriminering av lesbiske, homofile og bifile og av hivpositive. En litteraturgjennomgang*. Oslo: Fafo-notat 2008:24.
- Gullestad, M. (2002), «Invisible fences: Egalitarianism, nationalism and racism.» *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 8 (1), 45–63.
- Hagestad, G. (2008), «The book – ends: emerging perspectives on children and old people». In: C. Saraceno (ed), *Families, Ageing and social policy. Intergenerational solidarity in European Welfare States*. Edward Elgar: Cheltenham, UK – Northampton, MA, USA.
- Hansen, T. & T. Tjerbo (2003), *Politisk engasjement, borgerroller og sosial kapital*. Makt- og demokratiutredningens rapportserie, rapport 62. Oslo: Unipub.
- Hegna, K., H. W. Kristiansen & B. U. Moseng (1999), *Levekår og livskvalitet blant lesbiske kvinner og homofile menn*. Oslo: NOVA rapport 1/1999.
- Herlofson, K. & S. O. Daatland (eds.) (2001), *Ageing, intergenerational relations, care systems and quality of life – an introduction to the OASIS project*. Oslo: NOVA report 14/2001.
- Kristiansen, H. W. (2000), «Tilbakeblikk på skeive liv. Eldre homoseksuelle menns livsfortellinger.» *Aldring & Eldre. Gerontologisk magasin*, 2.

- Kristiansen, H. W. (2004a), *Kjærlighetskarusellen. Eldre homoseksuelle menns fortellinger og livsløp i Norge*. Avhandling til dr.polit graden ved Sosialantropologisk institutt. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Kristiansen, H. W. (2004b), «Narrating Past Lives and Present Concerns: Older Gay Men in Norway» In: G. Herdt and B. de Vries, *Gay and Lesbian Aging. Research and Future Directions*. New York: Springer Publishing Company.
- Kristiansen, H. W. (2008), *Masker og motstand. Diskré homoliv i Norge 1920–1970*. Oslo: Unipub.
- LDO (2007), Likestillings- og diskrimineringsombudets rapportering på tiltak i St.meld. 25 (2001), Levekår og livskvalitet for lesbiske og homofile – forslag til nye tiltak. Brev til Barne- og likestillingsdepartementet fra Likestillings- og diskrimineringsombudet.
- Lingsom, S. (1997), *The substitution issue. Care policies and their consequences for family care*. Oslo: NOVA-Rapport 97:6
- LLH OA (2006), *Sluttrapport for prosjektet «Gammel, grå og homo»*. Oslo: LLH Oslo og Akershus.
- Malterud, K. (2001), «Lesbiske i medisinsk teori og praksis. Et kritisk perspektiv på kunnskap og helsetjenester.» I: M. C. Brantsæter, T. Eikvam, R. Kjær, K. O. Åmås (red.), *Norsk homoforskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Moseng, B. U. (2002), *Lesbisk psykisk helse*. Oslo: NOVA rapport 4/02.
- Nuland, B. R. (2008), «Appropriate services for the elderly: Elderly with weak family networks – health care services for lesbians and gays.» Paper at the International Federation of Ageing 9th Global Conference, Montreal.
- Nuland, B. R. (2009), «Behov for skeiv eldreomsorg?» *Aldring og livsløp*, 3–4, 60–63.
- Nuland, B. R. (2009), «Gay and lesbian aging: How social networks and the experience of stigma affect the need for and access to health and care services.» Paper at the 9th European Sociological Association Conference, Lisbon.
- Ohnstad, A. & K. Malterud (red.) (2006), *Lesbiske og homofile i møte med helse- og sosialtjenesta*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Romøren, T. I. (2001), *Metusalems søsken. Forløp av funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk i høy alder*. Doktorgradsavhandling. Institutt for allmennmedisin og samfunnsmedisin: Universitetet i Oslo.

- Romøren, T. I. (2006a), «Omsorgsboliger: bruk og utviklingstendenser.» *Aldring og Livsløp*, 4, 8–13.
- Romøren, T. I. (2006b), «Organisering av pleie- og omsorgstjenesten i kommunene.» *Aldring og livsløp*, 1, 2–9.
- Rønning, R., T. Schanke & V. Johansen (2009), «Frivillighetens muligheter.» *Eldreomsorg*, 11.
- Seip, A. L. (1994), *Veiene til velferdsstaten. Norsk sosialpolitikk 1920–75*. Oslo: Gyldendal Forlag.
- Skrede, K. (1986), «Gifte kvinner i arbeidslivet.» Kapittel 5 i *Det norske samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Selle, M. S. (2001), «Nei til 'behandling' – ja til terapi. En mentalhygienisk veiledning for helsepersonell og pasienter om homoseksualitet.» I: M. C. Brantsæter, T. Eikvam, R. Kjær, K. O. Åmås (red.), *Norsk homoforskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Slagsvold, B. & P. E. Solem (2005), *Morgendagens eldre. En sammenligning av verdier, holdninger og atferd blant dagens middelaldrende og eldre*. Oslo: NOVA rapport 11/05
- SSB (2009), Statistisk årbok. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- St.meld. nr .28 (1999–2000), *Innhald og kvalitet i omsorgstenestene. Omsorg 2000*.
- St.meld. nr. 25 (2005–2006), *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*.
- St.meld. nr. 25 (2000–2001), *Levekår og livskvalitet for lesbiske og homofile i Noreg*.
- Thesen, J. & K. Malterud (2001), «Empowerment og pasientstyrking – et undervisningsopplegg.» *Tidsskrift for den norske lægeförening*, 121, 1624–1628.
- Veenstra, M., I. A. Lima & S. O. Daatland (2009), *Helse, helseatferd og livsløp*. Oslo: NOVA rapport 3/09.



## Øvrig nordisk litteratur

- Bech, H. (1989), *Mellom mænd*. København: Tiderne Skifter.
- Bech, H. (1997), *When men meet. Homosexuality and modernity*. Cambridge: Polity press.
- Roth, N., G. Boström & K. Nykvist (2006), *Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland HBT-personer*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.
- Rothstein, B. (1998), *Just Institutions Matter. The Moral and Political Logic of the Universal Welfare State*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Röndahl, G. (2005), *Heteronormativity in a Nursing Context. Attitudes toward homosexuality and experiences of lesbians and gay men*. Uppsala: Uppsala Universitet.
- Statens Folkhälsoinstitut (2005), *Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation. Återrapportering av regeringsuppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen bland hbt-personer*. Rapport nr A 2005:19. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.
- Vesterlund, J. (2008), *Ud af usynligheden. Ældre homoseksuelles livshistorier*. København: Frydenlund.

## Øvrig europeisk litteratur

- Cronin, A. (2004), «Sexuality in gerontology: a heteronormative presence, a queer absence.» In: S. O. Daatland & S. Biggs (eds.), *Ageing and diversity. Multiple pathways and cultural migrations*. Bristol: Policy Press.
- Fannin, A., L-A. Fenge, C. Hicks, N. Lavin & K. Brown (2008), *Social work practice with older lesbians and gay men*. Exeter: Learning Matters.
- Jones, R. L. & R. Ward (eds.) (2010), *LGBT issues: Looking beyond categories*. Edinburgh: Dunedin Academic Press.
- Kleinman, M. (2002), *A European Welfare State? European Union Social Policy in Context*. New York: Palgrave.

- Price, E. (2007), «Ageing against the grain: gay men and lesbians.» In: P. Burke and J. Parker (eds.), *Social work and disadvantage – Addressing the roots of stigma through association*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Pugh, S. (2009), «Being different – managing and living with State sponsored homophobia: the life course of 6 British older lesbians and gay men.» Paper presented at the European Sociological Association , Portugal, September.

## Litteratur fra USA og Canada

- Allen, K. R., R. Bliezner & K. A. Roberto (2000), «Families in the middle and later years: A review and critique of research in the 1990s.» *Journal of marriage and the family*, 62, 911–926.
- Brotman, S. & B. Ryan (2008), «We Treat Everybody the Same! The Health and Social Service Needs of Gay and Lesbian Seniors and Their Families in Canada.» Paper presented at International Federation of Ageing 9<sup>th</sup> Global Conference on Ageing. September 6.
- Brotman, S., B. Ryan & R. Cormier (2003), «The health and social service needs of gay and lesbian seniors and their families in Canada.» *The Gerontologist*, 43, 192–202.
- Brotman, S., B. Ryan, S. Collins, L. Chamberland, R. Cormier, D. Julien, E. Meyer, A. Peterkin & B. Richard (2007), «Coming out to care: Caregivers of Gay and Lesbian Seniors in Canada.» *The Gerontologist*, 47, 490–503.
- Brotman, S., B. Ryan, Y. Jalbert & B. Rowe (2002), «The impact of coming out on health and health care access: The Experiences of Gay, Lesbian, Bisexual and Two-spirit People.» *Journal of Health and Social Policy*, 15(1), 1–29.
- Clunis, D. M., K. I. Fredriksen-Goldsen, P. A. Freeman & N. Nystrom (2005), *Lives of lesbian elders. Looking back, looking forward*. New York: The Haworth Press.
- Cruz, M. (2003), *Sociological analysis of aging. The gay male perspective*. New York: Harrington Press.
- de Vries, B. (2006), «Home at the end of the rainbow: Supportive housing for LGBT elders.» *Generations*, 29, 64–69.
- de Vries, B. (2007), «LGBT Couples in Later Life: A Study in Diversity». *Generations*. 31(3), 18–23

- de Vries, B. (2007), «The family-friends of older gay men and lesbians.» In: N. Teunis and G. Herdt (eds.), *Sexual inequalities and social justice*. Berkeley: University of California Press
- de Vries, B., C. Croghan, & T. Worman (2006), «Always independent, never alone: serving the needs of gay and lesbian elders.» *The Journal of Active Ageing*. July/August 2006.
- Grossman, A. H., A. R. D'Augelli & S. L. Hershberger (2000), «Social support networks of lesbian, gay and bisexual adults 60 years of age and older.» *Journal of Gerontology*. 55B, 3, 171–179.
- Herdt, G. & B. de Vries (eds.) (2004), *Gay and lesbian aging. Research and Future directions*. New York: Springer Publishing Company.
- Hunter, N. D., C. G. Joslin & S. M. McGowan (2004), *The rights of lesbians, gay men, bisexuals and transgender people*. Carbondale: Southern Illinois University Press.
- Johnson, M. J., N. C. Jackson, J. K. Arnette & S. T. Koffman (2005), «Gay and Lesbian Perceptions of Discrimination in Retirement Care Facilities.» *Journal of homosexuality*, 49, 83–101.
- Kimmel D., T. Rose & S. David (eds.) (2006), *Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender aging: Research and clinical perspectives*. New York: Columbia University Press.
- Kingston, T. (2002), «You have to speak up all the time: Bisexual elders address issues, concerns of aging.» *Outword*, 8, 4–5.
- Kooden, H., & C. Flowers (2000), *Golden Men. The Power of Gay Midlife*. New York: Harper.
- Logan, J., S. Kershaw, K. Karban, S. Mills, J. Trotter & M. Sinclair (1996), *Confronting Prejudice. Lesbian and gay issues in social work education*. Brookfield, Vermont: Arena, Ashgate Publishing Company.
- Meyer, I. H. & M. E. Northridge (2007), *The health of sexual minorities. Public health perspectives on lesbian, gay, bisexual and transgender populations*. New York: Springer.
- Newton, E. (1993), *Cherry grove, fire island. Sixty years in America's first gay and lesbian town*. Boston: Newton Press.
- Quam, J. K. (ed.) (1997), *Social Services for Senior Gay Men and Lesbians*. New York: Hayworth Press.

- Scarce, M. (1999), *Smearing the Queer. Medical Bias in the Health Care of Gay Men*. New York: Harrington Park Press.
- Smith, P. R. (2002), «Bisexuality: Reviewing the basics, debunking the stereotypes for professionals in aging.» *Outword*, 8, 2, 8.
- Teunis, N. & G. Herdt (eds.) (2007), *Sexual Inequalities and Social Justice*. Berkeley: University of California Press.
- Van Wormer, K., J. Wells & M. Boes (2000), *Social work with lesbians, gays and bisexuals. A Strengths perspective*. Needham Heights: Allyn & Bacon.

## **Litteratur fra Australia og New Zealand**

- Hughes, M. (2007), «Older Lesbians and Gays Accessing Health and Aged-Care services.» *Australian Social Work* 60 (2), 197–209.
- Zirngast, N. (2002), *Aged Care in Australia for Gay, Lesbian Bisexual, Transgender and Intersex people*. RMIT Student Union Briefing paper.



# Helse- og omsorgsbehov blant eldre lesbiske og homofile

Lesbiske og homofile eldre skiller seg fra andre eldre på flere måter. For det første vet vi at det er færre blant homofile og lesbiske enn i befolkningen for øvrig som har egne barn som kan bistå med hjelp og støtte i alderdommen. Videre viser forskning at dobbelt så mange eldre blant lesbiske og homofile som i befolkningen for øvrig bor alene. Denne gruppen eldre er kanskje derfor mer avhengig av statlige ordninger i alderdommen. I tillegg kan man anta at mange eldre lesbiske og homofile har skjult sin identitet som en overlevelsesstrategi i frykt for straff, tap av jobb eller kontakt med familie og venner. Til sammen kan disse faktorene gi grunnlag for å tro at kanskje eldre lesbiske og homofile vil stille det offentlige hjelpeapparatet innen pleie og omsorg overfor nye utfordringer.

Denne rapporten viser funn fra en litteraturgjennomgang av eksisterende forskning på feltet. På grunn av den demografiske utviklingen og utviklingen i samfunnet vil et økende antall lesbiske og homofile i årene fremover forvente helse- og omsorgstjenester som er tilpasset deres liv og erfaringer. Samtidig behandles ikke homofili på en systematisk måte i noen helseutdanning i Norge. Ved å belyse dette temaet er målet med rapporten å ta opp en diskusjon om behovet for mer kunnskap om pleie- og omsorgsutfordringer for minoritetsgrupper som opplever stigmatisering i alderdommen. En slik diskusjon vil kunne bidra til økt forståelse av aldring mer generelt ved å ha en helhetlig og inkluderende tilnærming til pleie- og omsorgsbehov blant morgendagens eldre.



**Fafo**

Borggata 2B/Postboks 2947 Tøyen  
N-0608 Oslo  
[www.fafo.no](http://www.fafo.no)

Fafo-rapport 2010:38  
ISBN 978-82-7422-762-0  
ISSN 0801-6143  
Bestillingsnr. 20182