

Helsepersonell må legge til rette for eldre skeive

LHBTIQ-personer som har behov for helse- og omsorgstjenester, er ekstra sårbare. Hvordan kan helsepersonell yte likeverdige helsetjenester som imøtekommer et kjønns- og seksualitetsmangfold?

Janne Bromseth

Kjønns- og seksualitetsforsker og faglig leder
Skeiv kunnskap, FRI Oslo og Viken

Eldre

Geriatrici

Helsepersonell

Helsetjeneste

Homofili

Sykepleien 2021 109 (83315) (e-83315)
DOI: 10.4220/Sykepleiens.2021.83315

Hovedbudskap

Eldre skeive, eller LHBTIQ-personer (lesbiske, homofile, bifile, transpersoner, interkjønnspersoner og queerpersoner), bryter med samfunnets forventninger til kjønn og/eller seksualitet på ulike måter – enten det gjelder hvordan man identifiserer seg eller uttrykker kjønn, eller hvilket livsløp man har hatt. Hvordan kan helsepersonell skape inkluderende praksis og møte alle pasienter og brukere med kunnskap, respekt og positiv bekreftelse – også skeive? Denne artikkelen ser på skeives aldringsvilkår. Den undersøker hvordan bevissthet rundt normer kan hjelpe helsepersonell til å skape inkluderende måter å møte brukere og pasienter på, som er sensitive til et mangfold av identiteter og livsløpserfaringer.

Krav om likeverdig tilgang til gode og ikke-diskriminerende helse- og omsorgstjenester er regulert i ulike internasjonale og nasjonale lover og forskrifter. I Norge reguleres eldreomsorgstjenester gjennom lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, som blant annet skal sikre et likeverdig tjenestetilbud.

Forskriften verdighetsgarantien, som omhandler eldreomsorgens kvalitet, presiserer at tjenestene skal: «legge til rette for en eldreomsorg som sikrer den enkelte tjenestemottaker et verdig og så langt som mulig meningsfylt liv i samsvar med sine individuelle behov [...] i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel (1)».

Men hva har individuelle behov med likeverdige helse- og omsorgstjenester å gjøre? Et verdig og meningsfylt liv i samsvar med individuelle behov handler også om at helse- og omsorgsvirksomheter må ta hensyn til en mangfoldig brukergruppe (2).

Hva er god personsentrert omsorg?

Det å møte hvert menneske som unikt kan også knyttes til prinsippene for god personsentrert omsorg, den dominerende omsorgsfilosofien i eldreomsorgen, som særlig brukes i behandlingen av personer med kognitiv svikt (3).

Personsentrert omsorg tar utgangspunkt i anerkjennelsen av menneskets absolutte verdi uavhengig av alder og kognitiv funksjon. Det innebærer å kunne gi omsorg ut fra et empatisk perspektiv og understreker «ansvaret for å etablere et støttende miljø som dekker personens psykologiske behov – for nettopp å bli inkludert, bekreftet, støttet/trøstet, oppleve tilknytning og ha meningsfulle gjøremål» (3, s. 37).

Kjønns- og seksualitetsnormer preger skeives livsløp

Det siste tiåret har det blitt økt oppmerksomhet på og bedre kunnskap om ulike minoritetsgruppers aldringsvilkår og på hvordan maktstrukturer påvirker helsetjenestenes møter med pasienter og brukere som på en eller flere måter bryter med normer for sosial identitet og bakgrunn (2).

En utfordring i helsevesenet for brukere og pasienter med ulike minoritetserfaringer er opplevelsen av å bli å bli møtt med mangel på kunnskap og å bli «annerledesgjort», der minoritetsbakgrunnen enten usynliggjøres eller stigmatiseres (4).

I bakgrunnen spøker de ofte usynlige normene som skaper og opprettholder negativ forskjellsbehandling – fremfor alt hvithets- og norskhetsnormer, maskulinitetsnormer, heteronormer, klassenormer og funksjonsnormer.

Det holder altså ikke å behandle alle likt for å få et likeverdig resultat. Det handler om å ha kunnskap om ulikhet og bevissthet rundt de normene som privilegerer visse livserfaringer og identiteter over andre. Dette kommer jeg tilbake til. Først skal vi se på hvordan kjønns- og seksualitetsnormer preger skeives livsløp (se faktaboks).

Begrepsavklaringer

Skeiv er et paraplybegrep for personer som bryter med forventninger til kjønn og seksualitet. Lesbisk, homofil, bifil, transperson, interkjønn og queer (LHBTIQ) er de vanligste identitetsmerkelappene. Det finnes imidlertid mange flere, og innenfor hver bokstav finnes det også variasjoner som henger sammen med hvilke andre identiteter og erfaringer man har.

Transperson er et paraplybegrep for personer som bryter mot forventninger til kjønn, der man skiller på binære og ikke-binære. *Binære transpersoner* kjenner at de tilhører et annet kjønn enn det juridiske kjønn de ble tildelt ved fødselen, mens *ikke-binære* kjenner at de enten tilhører begge kjønnene eller definerer seg utenfor tokjønnsnormen (16). «Transpersoner kan ha mange forskjellige kjønnsidentiteter og kjønnsuttrykk. Man kan identifisere seg som kvinne eller mann, veksle mellom ulike kjønn, identifisere seg et sted midt imellom mann og kvinne, eller som et kjønn helt utenfor tokjønnsnormen» (22).

Cisperson er det motsatte av transperson, en paraplybetegnelse for ulike identiteter og uttrykk som bryter med forventninger til kjønn. Cispersoner har en kjønnsidentitet som samsvarer med kjønn man fikk tildelt ved fødselen. I Norge finnes det kun to juridiske kjønnskategorier. «*Cisnormen* er alle de strukturer som får ciskjønn til å fremstå som ønskelig, naturlig og gitt, mens andre former for kjønnsidentiteter, kjønnsuttrykk og kropper sees på som annerledes, uforståelige eller rett og slett uakseptable» (16, s. 28).

Interkjønnspersoner er født med variasjoner av kroppslig kjønnskarakteristika. Se kilden for en mer utdypende forklaring (16).

Kilder: Bromseth J (16), Skeiv ungdom (22)

Livsløpsnormene henger tett sammen med normer for kjønn og seksualitet, heteronormen. Denne normen viser til den mest ettertraktede måten å leve livet på i ulike aldre (5).

«Likevel er det heterofile paret med egne barn idealet i kulturen vi bør streve etter.»

Det finnes mange ulike måter å identifisere seg og leve på som er akseptert i det senmoderne samfunnet. Likevel er det heterofile paret med egne barn, og etter hvert barnebarn, fortsatt det idealet i kulturen vi bør streve etter, med pardannelse og egen reproduksjon som livets høydepunkt (6).

I dag har mange skeive tilgang til både ekteskap og assistert befruktning, men historisk sett har skeives liv vært preget av følgende: å ikke leve opp til livsløpsforventninger på ulike måter.

Eldre skeive voksne er en like sammensatt gruppe som resten av befolkningen, men har to ting til felles: 1) de deler en rekke livsløps erfaringer og 2) de møter et heteronormativt helse- og omsorgsvesen med for lite kunnskap om deres livsløp og behov (7).

Samfunnet har endret seg radikalt

Skeive over 60 år har vokst opp i et samfunn som har endret seg radikalt når det gjelder forståelsen av kjønn og seksualitet i allmennhet, med færre rettigheter enn heterofile og uten beskyttelse mot diskriminering.

I Norge ble samkjønnede seksuelle handlinger mellom menn avkriminalisert i 1972, men homofili var frem til 1977 en del av det norske psykiatriske diagnoseregisteret og har vært preget av å være skambelagt og sykelliggjort også i mange år etter dette.

Verdens helseorganisasjon fjernet transseksualisme fra kapittelet om psykiatriske diagnoser i 2018, og transkjønnethet beskrives som en del av et kjønns mangfold i kapittelet om seksuell helse (8). Frem til 2016 har transpersoner i Norge vært avhengig av kjønnsbekreftende behandling basert på diagnose for å kunne endre juridisk kjønn (9).

Mangelen på aksept og rettigheter innebar at det kunne være svært risikofyllt å være åpen om sin egen kjønnsidentitet eller seksuelle orientering. Det kunne innebære alt fra å miste jobben, leiekontrakten eller sosiale relasjoner.

Mange valgte dermed å leve diskret, et dobbeltliv der det skeive livet bare var kjent av et fåtall (10). Særlig gjelder det den eldste generasjonen, født før 1940. Disse personene kom ut for seg selv før den åpne homobevegelsen vokste frem fra 1970-tallet og fremover. Bevegelsen krevde rettigheter og tilbød positivt bekreftende sosiale miljøer.

Det skulle imidlertid ta mange år før skeives rettigheter og tilgang på full beskyttelse mot diskriminering var på plass. Det skjedde først i 2014, og samfunnets holdninger har sakte endret seg i positiv retning de siste 40 årene.

Flere skeive har dårligere psykisk helse

Hvilke livsløpserfaringer man har med seg i bagasjen, påvirker også aldringsforutsetninger, både når det gjelder helse og levekår. På tross av at majoriteten har god helse, har skeive over 60, i likhet med skeive i alle aldre, høyere forekomst av nedsatt psykisk helse, fremfor alt depresjon og angst, enn befolkningen i gjennomsnitt (11).

Vi har lite norsk kunnskap om eldre skeives livsløpserfaringer og livskvalitet, men vi kan se noen tydelige mønstre i den internasjonale forskningen i sammenliknbare land. I den amerikanske levekårsundersøkelsen «Caring and aging with pride», med 2650 deltakere, er det tre utfordringer som peker seg ut: depresjon og angst, risiko for sosial isolering og bekymring for behov for omsorg og pleie (12).

En majoritet er fornøyd med livene sine, men samtidig oppgir et flertall at de har blitt utsatt for forskjellige former for krenkelser gjennom livet. Hver tredje i studien sliter med depresjon og angst. En majoritet i studien lever alene, over dobbelt så mange som heterofile, og dette gjelder særlig homo- og bifile menn.

De har betydelig færre barn, i gjennomsnitt 20–25 prosent, og økt risiko for sosial isolering. Personer som lever med hiv, er særlig utsatt og har svake sosiale nettverk (12, 14).

Det er fremfor alt den eldste generasjonen skeive samt bifile menn og kvinner, hivpositive menn og transpersoner som er særlig utsatt for nedsatt helse og lav livskvalitet (12). Lav utdanning, erfaringer med rasisme, å ha vært utsatt for homonegative miljøer over tid, ha levd skjult lenge og ha kommet ut sent i livet er også hemmende for god helse og livskvalitet.

Det som preger eldre skeive som opplever høy livskvalitet og god helse, er fordelaktige sosiale posisjoner som høy inntekt og høy utdanning, å være åpen om sin kjønnsidentitet og/eller seksuelle orientering og leve i par – som i befolkningen i øvrig.

Venner og partnere er viktige støtter

Når det gjelder sosiale relasjoner, er det store variasjoner i hvilken støtte og hvilke sosiale nettverk den enkelte har. Venner og partnere oppgis som de viktigste relasjonene.

«Valgte familier» er et begrep som brukes av mange skeive for å beskrive sine nærmeste: det vil si relasjoner som positivt bekrefter ens kjønnsidentitet og seksuelle orientering, enten det er aksepterende familie, venner, egne barn eller bonusbarn, husdyr eller et skeivt fellesskap (12, 15).

Det var også primært partnere og venner man skulle henvende seg til i en krisesituasjon, viser en engelsk undersøkelse (12, 15).

Noen har et distansert eller vanskelig forhold til deler av sin primærfamilie, enten fordi de ikke har hatt nær kontakt, eller har opplevd krenkelser eller mangel på aksept og forståelse (5, 12, 15).

For noen kan det ha ført til et brudd med ikke-aksepterende foreldre eller barn eller til en negativt betinget relasjon, selv om relasjonen kan ha endret seg i en positiv retning (21).

Ikke alle tør åpne seg for helsepersonell

Da Inger Wærstad (67) ble operert for brystkreft i mai, var det én ting hun ikke fortalte helsepersonellet – at samboeren hennes er en kvinne: «Man har veldig mange refleksjoner på hvor det er lurt eller ikke lurt å si det. Skal jeg si ‘henne’ om partneren min, eller skal jeg ikke?»

«Åpenhet kan være en utfordring for den eldre generasjonen skeive.»

En majoritet er åpne i møte med fastlegen sin, men åpenhet er samtidig situasjonsbetinget og handler om hvordan man tror man vil bli møtt, og om det kan ha negative konsekvenser (9, 10). Vi vet at eldre voksne med minoritetserfaringer venter lenger enn andre med å oppsøke helsehjelp, og de deltar mindre i sosiale tilbud (11, 13).

Åpenhet kan være en utfordring for den eldre generasjonen skeive, noe som blant annet handler om livsløpserfaringene. Å fortelle hvem man var, kunne bety å utsette seg selv for negative reaksjoner fra omverdenen. Mange har selv hatt eller kjenner andre som har hatt negative opplevelser i møte med helsepersonell (12).

Mange har lav tillit til helsevesenet

Å ha behov for helse- og omsorgstjenester innebærer en sårbarhet. Tilliten er lav til at helsepersonell har gode holdninger og kunnskap om skeive livsløp (7). Skeive er også bekymret for hvordan det kan bli i fremtiden, som Lena på 65 sier:

«Aldringen som Lena, ja så lenge jeg er hjemme, går det vel bra, men senere [...] Når jeg ikke klarer meg selv og de kommer inn og ser at det er en mann som går i kvinneklær: ‘Gud så ekkelt, den der vil vi ikke gå hjem til flere ganger’, man vet jo ikke.» (5, s. 231)

Samtidig er det ikke bare ubegrunnet bekymring det er snakk om. Det finnes fortsatt negative holdninger til skeive, heteronormative forventninger og for lite kunnskap og bevissthet blant helsepersonell som møter eldre i helse- og omsorgsvirksomheter (7).

Det innebærer fremfor alt å anta at de man møter, er ciskjønnede (se faktaboks) og heterofile og har hatt et visst heteronormativt livsløp med ekteskap, barn og barnebarn og en usynliggjøring av normbrytende identiteter og livserfaringer.

Som helsefagarbeider Marek erfarte, er det ikke åpenbart hvem som har hatt skeive livsløpserfaringer og ikke: «Fordi hun hadde vært gift og hadde tre barn, tenkte jeg aldri på at hun kunne ha hatt et forhold til en annen kvinne» (16).

Institusjonsmiljøer er heteronormative

Åpenhet er en særlig utfordring på sykehjemsinstitusjoner eller i omsorgsboliger, der beboere både må forholde seg til helsepersonell, andre beboere og pårørende.

For mange eldre skeive har hjemmet hatt en særlig betydning i den forstand at de kunne slippe den heteronormative kulturens krav og forventninger og være seg selv på egne vilkår. Hjemme kunne de invitere andre skeive eller andre som var positive til deres identitet og livsvalg (17).

«Å flytte på institusjon blir ensbetydende med å bo i et heteronormativt miljø på fulltid.»

Å flytte på institusjon blir dermed ensbetydende med å bo i et heteronormativt miljø på fulltid. Flere studier viser at en majoritet av skeive sykehjemsbeboere ikke er åpne (19), og mange sier at de ville valgt å skjule sin identitet dersom de ble avhengige av hjelp.

Transpersoner som ikke har gjennomgått full kjønnsbekreftende behandling, kan for eksempel avstå fra å uttrykke det kjønnnet de opplever å være. For andre som bryter med kjønnsnormer, særlig trans- og interkjønnspersoner, vises det også på kroppen, noe som innebærer at de er spesielt utsatt.

Det finnes en uttalt frykt for å forsnakke seg ved demensdiagnose i miljøer som ikke kjennes trygge, siden verken kjønnsidentitet eller seksuell orientering forsvinner ved kognitiv svikt (19). Å håndtere sin egen åpenhet og regulere hva som kjennes trygt og ikke, blir vanskeligere.

Også det å ha en pårørende som er positivt innstilt til seg og har kunnskap om det livet man har levd, er avgjørende for å kunne utøve god personsentrert omsorg. Men nær familie vet ikke nødvendigvis om at personen har levd skeivt, eller pårørende kan synes det er problematisk (19).

God personsentrert omsorg innebærer å spørre

Å være åpen om sin normbrytende kjønnsidentitet eller seksuelle orientering er selvsagt opp til brukerne og pasientene selv. Men, det er ikke å «respekttere privatlivet» å la være å spørre, tenke at eldre skeive ikke finnes, eller tenke at kjønnsidentitet eller seksuell orientering ikke har relevans for helse- og omsorgstjenestene.

Det å ikke spørre er å gå glipp av viktig informasjon om hvem personen er, hvilket liv vedkommende har levd, viktige relasjoner og hva personen behøver for å kjenne seg inkludert, delaktig, støttet, trøstet og forstått.

Slik informasjon trengs for at helsepersonell skal kunne gi god personsentrert omsorg og likeverdige helsetjenester som utgår fra pasientens eget perspektiv og livserfaringer.

«Skeive har lav tillit til at helsepersonell vil møte dem med respekt, åpenhet og kunnskap.»

Hva kan da helsepersonell gjøre for å skape en inkluderende virksomhet som er opptatt av kjønns- og seksualitetsmangfold? I en studie ble 363 eldre skeive spurt om hva som gjør en tjeneste LHBTIQ-inkluderende (20). Seks av ti tiltak handler om tilrettelegging hos helse- og omsorgsvirksomheter og understreker hvor viktig det er med kompetanseheving i tilbudene. De tre viktigste tiltakene var følgende:

1. Å vise tydelig utad, med regnbuesymbol eller på annen måte, at det er en LHBTIQ-vennlig virksomhet.
2. Bruk av inkluderende språk.
3. Skeive ansatte som er åpne.

Skeive har lav tillit til at helsepersonell vil møte dem med respekt, åpenhet og kunnskap. Derfor må tilliten bygges ved at helsepersonellet tydelig viser i praksis at det finnes både gode holdninger og kompetanse blant dem, og at de aktivt inviterer pasienter og brukere til å være åpne.

Helsepersonell må også vise at de er i stand til å forvalte denne informasjonen på en respektfull og positivt bekreftende måte. Det hjelper lite å ha regnbueklistremerke på døra eller på navneskiltet dersom man tiltaler en transperson med feil pronomen, eller om man spør en lesbisk kvinne om hun bor sammen med mannen sin.

Helsepersonell må reflektere rundt egne holdninger

For å skape inkluderende helse- og omsorgsvirksomheter og arbeidsplasser kreves det at helsepersonell både 1) får ny kunnskap, 2) reflekterer rundt egne holdninger og praksis, og 3) trener på å avlære praksis som har en ekskluderende effekt, og heller lære inn inkluderende språk og praksis.

Første skritt er ny kunnskap og en mulighet for selvrefleksjon, gjerne sammen med andre kolleger, som gjør det mulig å se seg selv og sin egen yrkespraksis med «nye øyne». Hvordan omtaler vi egentlig brukere og kolleger på lunsjrommet?

«Vi påvirkes alle av normene i kulturen vi lever i – normer for hva som er normalt og unormalt.»

Hvilke spørsmål stiller vi på inntakssamtaler, på hjemmebesøk og i møte med pårørende? Vi påvirkes alle av normene i kulturen vi lever i – normer for hva som er normalt og unormalt – enten vi vil det eller ei. Vi «antar en hel del ting» om andre mennesker gjennom å kategorisere de vi møter ut fra hvordan de ser ut, lever og oppfører seg.

Arbeid med å utfordre normer

For å utfordre normer som skaper negativ forskjellsbehandling, er det altså viktig å granske våre egne holdninger og forestillinger og alle våre små hverdagsvalg av språk og handlinger. Hvordan bidrar vi selv til å opprettholde visse måter å definere seg selv på eller leve på, som er mer naturlige eller unaturlige enn andre?

Dette arbeidet bør med fordel gjøres sammen med flere på arbeidsplassen for å ha god effekt. Start med å gjøre en felles kartlegging av deres egen virksomhet: Hva gjør vi i dag? Hva mangler vi kunnskap om? Hva har vi ikke tenkt på?

I boken *Veier til inkluderende eldreomsorg. Skeive perspektiv* (16) finnes det et eget kartleggings skjema og refleksjonsøvelser for å komme i gang med å granske både seg selv og virksomheten man jobber i. Det finnes øvelser og ressurser for å jobbe med inkluderende og normbevisste måter å møte brukere og pasienter på.

Her finnes det også tips til inkluderende språkbruk og til hvordan man kan jobbe langsiktig med å integrere arbeid med likeverdige tjenester som en del av det pågående kvalitetsarbeidet.

Referanser

1. Forskrift 12. november 2010 nr. 1426 om en verdig eldreomsorg. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426> (nedlastet 20.01.2021).
2. Meld. St. 29 (2012–2013). Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.
3. Brooker D, Deschington T. Personsentrert demensomsorg. Veien til bedre tjenester. Tønsberg: Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse; 2007.
4. Hamran T, Blix BH. Helse- og omsorgstjenester til samiske eldre. Tromsø: Senter for omsorgsforskning Nord, UiT Norges arktiske universitet; 2015.
5. Siverskog A. Queera livslopp. Att leva och åldras som lhbtq-person i en heteronormativ värld [doktoravhandling]. Linköping: Linköpings universitet, NISAL; 2016.
6. Andersen UC. Når margin blir mainstream. Forhandlinger av ekteskap, foreldreskap og slektskap [doktoravhandling]. Oslo: Universitetet i Oslo, Fakultet for samfunnsvitenskap, Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi; 2014.

7. Willis P. Provision of inclusive and anti-discriminatory services to older lesbian, gay, bisexual-identifying (LGB) people in residential care environments in Wales. Swansea: Centre for Innovative Ageing; 2013. Tilgjengelig fra: <https://www.scie-socialcareonline.org.uk/provision-of-inclusive-and-anti-discriminatory-services-to-older-lesbian-gay-bisexual-identifying-lgb-people-in-residential-care-environments-in-wales/r/a11G0000005KPLFIA4> (nedlastet 15.01.2021).
8. Verdens helseorganisasjon. WHO/Europe brief – transgender health in the context of ICD-11. København: Verdens helseorganisasjon. Tilgjengelig fra: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/gender-definitions/who-europe-brief-transgender-health-in-the-context-of-icd-11> (nedlastet 27.01.2021).
9. Lov 17. juni 2016 nr. 46 om endring av juridisk kjønn. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2016-06-17-46> (nedlastet 27.01.2021).
10. Kristiansen HW. Kjærlighetskarusellen. Eldre homoseksuelle menns livsfortellinger og livsløp i Norge [doktoravhandling]. Oslo: Universitetet i Oslo, Fakultet for samfunnsvitenskap, Institutt for sosialantropologi; 2004.
11. Andersen N, Malterud, K. Seksuell orientering og levekår. Bergen: Unihelse; 2013.
12. Fredriksen-Goldsen K, Hyun-Jun K, Emlet CA, Muraco A, Erosheva EA, Hoy-Ellis CP et al. The ageing and health report. Disparities and resilience among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. Seattle: Institute for multigenerational health. Tilgjengelig fra: https://www.lgbtagingcenter.org/resources/pdfs/LGBT%20Aging%20and%20Health%20Report_final.pdf (nedlastet 15.01.2021).

13. Myrvang VH, Thorsen K, Ingebretsen R. Livsmot, trivsel og fellesskap blant eldre personer med innvandrerbakgrunn. Oslo: Aldring og helse; 2016.
14. Grønningsæter AB, Hansen ILS. Om å bli eldre med hiv. Oslo: FAFO; 2018. FAFO-rapport 2018:43.
15. Heaphy B, Yip A, Thompson D. Ageing in a non-heteronormative context. *Ageing and Society*. 2004;24(6):881–902.
16. Bromseth J. Veier til inkluderende eldreomsorg. Skeive perspektiv. Oslo: FRI Oslo og Viken, Senter for fagutvikling og forskning / Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Oslo, Sykehjemsetaten, Oslo kommune; 2019.
17. Lindholm M. «Jag vill dö med gräsklipparen i händerna!»: en berättelse om lesbiskhet och åldrande. I: Bromseth J, Siverskog A, red. *LHBTQ-personer och åldrande: Nordiska perspektiv*. Lund: Studentlitteratur; 2013.
18. Grigorovich A. Long-term care for older lesbian and bisexual women: an analysis of current research and policy. *Soc Work Public Health*. 2013;28(6):596–606. DOI: [10.1080/19371918.2011.593468](https://doi.org/10.1080/19371918.2011.593468)
19. Westwood S, Price E. *Lesbian, gay, bisexual and trans* individuals living with dementia: concepts, practice and rights*. London og New York: Routledge; 2016.
20. Croghan CF, Moon RP, Olsson AM. *Twin cities LGBT aging needs assessment survey report*. Minneapolis: PFund Foudation; 2012.
21. Bromseth J. «Som en riktig familj.» Äldre lesbiska och bisexuella kvinnors berättelser om familj och nära relationer. I: Bromseth J, Siverskog A, red. *LHBTQ-personer och åldrande. Nordiska perspektiv*. Lund: Studentlitteratur; 2013. s. 47–73.

22. Skeiv ungdom. Skeiv fra A til Å. Skeiv ungdom.
Tilgjengelig fra: <https://skeivungdom.no/skeiv-a-a/#A>.
(nedlastet 20.01.2121).