

VEIER TIL INKLUDERENDE ELDREOMSORG

Skeive perspektiv



JANNE BROMSETH

FORORD

Eldre lesbiske, homofile, bifile, trans- og interkjønnpersoner (LHBTI-personer) trenger, og har rett til, å bli møtt og forstått på en likeverdig måte i tråd med Oslo kommunes overordnede mål om likeverdige tjenester og det mangfolds- og integreringsarbeidet som gjøres. Mye tyder på at ansatte i helse- og omsorgstjenestene trenger økt kompetanse om eldre LHBTI-personers behov. Publikasjonen du holder i hånden og snart skal lese, kan bidra til dette.

Å se og forstå den enkeltes behov, forutsetninger og livshistorie, uavhengig av kjønn og seksualitet, er viktig for å utøve personsentrert omsorg. Jeg tror at eldre LHBTI-personer som bor hjemme, kommer på helsehus eller flytter til langtidshjem vil oppleve en inkluderende eldreomsorg og møtes med kunnskap, respekt og omsorg når du har kompetansen som kan utgjøre en forskjell i den enkelte eldres liv.

Takk for at du engasjerer deg!

Ellen Andersen

Seksjonsleder Senter for fagutvikling og forskning/USHT, Sykehjemsetaten.

FORORD

FRI – Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold har eksistert siden 1950 i Norge. Tidligere navn på foreningen er Det norske forbundet av 1948 (DNF-48) og Landsforeningen for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (LLH).

FRI Oslo og Akershus (FRI OA) har i mange år jobbet med seniorpolitikk og skeiv aldring i Oslo og Akershus, og startet det første sosiale tilbudet for skeive i 2009 som ble utvidet til dagtilbudet på Kampen Omsorg+ og Regnbuetreff for seniorer.

I 2006 ga FRI Oslo og Akershus (da LLH OA) ut rapporten “Gammel, grå og homo” basert på erfaringer fra 21 lesbiske, homofile og bifile personer i alderen 59 – 82 år. Rapporten konkluderer blant annet med at skeive eldre som alle andre, søker tilhørighet, vennskap og nærhet. Det levde liv og de opplevelser og erfaringer vi har gjort oss, former oss alle som mennesker og påvirker vår helse. Å bli sett og å møte et miljø som speiler egne livserfaringer er viktig. Det fordrer kompetanse, oppmerksomhet og bevissthet fra ledelse og ansatte i helsesektoren.

Eldre skeive er en sammensatt gruppe og består både av åpne, stolte og trygge personer, men også av eldre som har levd diskre. Noen har lite nettverk og familie, eller kan slite med sosial isolering, angst og depresjon. Fra forskning på feltet og gjennom FRI OA's erfaring fra vårt seniorarbeid, vet vi at flere eldre skeive har lavere tillit til helse- og omsorgstjenester og er bekymret for negative reaksjoner og usynliggjøring.

Samfunnets syn på personer som har brutt med normer for kjønn og seksualitet, har i Norge endret seg radikalt siden 1950 da den skeive bevegelsen ble dannet, men fortsatt utsettes lhbtq-personer for diskriminering og krenkelser, og har betydelig større risiko for psykisk uhelse enn heterofile. Dette gjelder særlig bifile kvinner og transpersoner. Den største utfordringen er de kjønn- og seksualitetsnormene vi tar for gitt som preger samfunnet og som skaper usynliggjøring og ekskludering.

Det er på tide at også kjønns- og seksualitetsmangfold tas inn i arbeidet med likeverdige helse- og omsorgstjenester. Prosjekt Skeiv kunnskap i FRI OA tilbyr kompetanseheving i likeverdige tjenester, kjønn og seksualitetsmangfold for virksomheter og faggrupper i Oslo kommune og kommuner i Akershus. Skeiv kunnskap har utviklet egne tilbud rettet mot eldreomsorgen (sykehjem, dagsenter og hjemmetjenester) hvor målet er å bidra til å skape trygge og inkluderende arbeidsplasser og likeverdige og ikke-diskriminerende tjenester. Denne utgivelsen er et bidrag i dette arbeidet.

Monica Bothner

Prosjektleder Skeiv kunnskap, FRI Oslo og Akershus

Janne Bromseth, PhD, er kjønn- og seksualitetsforsker og faglig leder i Skeiv kunnskap. Hun har siden 2009 særlig jobbet med forskning og undervisning om kjønn, seksualitet, normer og skeiv aldring.

OM BOKEN

Utgivelsen av *Veier til inkluderende eldreomsorg* – med fokus på kjønns- og seksualitetsmangfold er et samarbeid mellom Senter for fagutvikling og forskning, Sykehjemsetaten, Oslo og prosjekt Skeiv kunnskap i FRI Oslo og Akershus – Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold i Oslo og Akershus.

Formålet med boken er å bidra med:

1. Kunnskap om normer¹, kjønn og seksualitet
2. Aldringsvilkår og eldre lesbiske, homofile, bifile og trans- og interkjønnpersoner²
3. Praktisnære refleksjonsoppgaver, tips og råd for inkluderende og normbevisste møter i eldreomsorgen.

Den retter seg primært mot yrkesgrupper som jobber med eldre, men også andre som jobber innen helse- og omsorg kan finne den nyttig. Boken er lagt opp i to deler. Del 1 formidler kunnskap om kjønn, seksualitet, normer og eldre skeives aldringsvilkår. Del 2 tar for seg hvordan man i praksis kan jobbe med å skape inkluderende omsorgsvirksomhet som tar hensyn til eldre skeives erfaringer. Boken bygger på internasjonal forskning og ikke minst materiale og erfaringer som er gjort i andre prosjekt fra Sverige, England og fra FRI Oslo og Akershus seniorarbeid³. Den bygger også på ledere og helsepersonells erfaringer fra eldresomsorgsvirksomheter i Oslo kommune i forbindelse med kompetansehevingsprosesser med Skeiv kunnskap.

God lesning!

Janne Bromseth

Forfatter

1 Begrepet norm forklares nærmere i kapittel 2.

2 Skeive referer til personer som bryter med forventninger til kjønn og seksualitet på en eller flere måter. Lesbiske, homofile, bifile, transpersoner, interkjønnpersoner og queer er de vanligste identitetskategoriene. Det finnes også fler enn dette – og innenfor hver bokstav skjuler det seg også mange variasjoner som henger sammen med hvilke andre identiteter og erfaringer man har. Å være brun og homo innebærer f.eks utsatthet for både rasisme og homofobi – mens ikke-binære transpersoner har gjennom-snittlig dårligere psykisk helse og opplever mer diskriminering enn binære. Se kapittel 2, s 35 for ordliste.

3 Dette gjelder særlig LHBT-prosjektet på Gävle kommunes bistandsenhet 2014 – 2015 (Bromseth 2016), Age UK og Opening Doors Londons materiale Safe to be me (2017)



INNHOLD

DEL I: NY KUNNSKAP

- | | |
|---|----|
| 1. Vi behandler da alle likt? | 11 |
| 2. Hvilken kunnskap behøver vi for å endre vår praksis? | 17 |
| 3. Normer, kjønns- og seksualitetsmangfold | 27 |
| 4. Aldring, helse og levekår | 37 |
| 5. Hva hindrer god praksis? | 47 |

DEL II: VEIER TIL FORANDRING, PRAKTISKE ØVELSER

- | | |
|---|----|
| 6. Å granske egen virksomhet | 53 |
| 7. Hvordan utfordre normer i hverdagen? | 63 |

DEL III: NORMBEVISSTE MØTER OG LANGSIKTIG ARBEID MED SKEIVE PERSPEKTIV PÅ INKLUDERENDE ELDTREOMSORG, TIPS OG RÅD

- | | |
|--|----|
| 8. Tips for lhbtq-inkluderende og normsensitive møter i eldtreomsorgen | 73 |
| 9. Hvordan jobbe systematisk med å utvikle en inkluderende og likeverdig eldtreomsorg? | 81 |
| Referanser og tips til videre lesning | 84 |

DEL I NY KUNNSKAP

1. VI BEHANDLER DA ALLE LIKT?

Rammer for likeverdige møter i eldreomsorgen

Hvordan omtaler vi brukere og kollegaer i lunsjrommet? Hvilke spørsmål stiller vi på innkomst-samtaler, på hjemmebesøk og i møte med pårørende? Hvordan beskriver og formidler vi informasjon om brukere i rapporter til andre instanser? Hvilke bilder og framstillinger preger nettsidene våre? Hvordan er alle våre små hverdagsvalg av språk, bilder og handlinger med på å opprettholde visse måter å definere seg selv eller leve på som mer naturlige eller unaturlige enn andre? Hva har dette med personsentrert eldreomsorg å gjøre?

Personsentrert omsorg er en dominerende omsorgsfilosofi i eldreomsorgen som særlig brukes i behandling av personer med kognitiv svikt. Prinsippene for personsentrert omsorg er basert på et verdigrunnlag som anerkjenner:

“...menneskets absolutte verdi uavhengig av alder eller kognitiv funksjon, en individuell tilnærming som vektlegger det unike hos hvert enkelt menneske, at helsepersonell evner å forstå verden, sett fra personens perspektiv samt ansvaret vi har for å etablere et støttende sosialt miljø som dekker personens psykologiske behov – for nettopp å bli inkludert, bekreftet, trøstet/støttet, oppleve tilknytning og å ha meningsfulle gjøremål.”

(Brooker 2007)

Å avvike fra samfunnets normer for kjønn og seksualitet kan imidlertid innebære både usynliggjøring og utsatt-het for negative reaksjoner. Hva må til for at også eldre skeive kjenner seg sett og forstått som hele seg, blir

positivt bekreftet og inkludert? Og hva har dette med normer å gjøre? Under en periode på ett år hadde jeg månedlige workshops med søknadsbehandlere ved Omsorgsenheten i Gävle kommune,⁴ der jeg ledet et kompetansehevingsprosjekt om kjønn- og seksualitetsnormer i eldreomsorgen. Innsikten om at vi “antar en hel del ting” om andre mennesker – gjennom å kategorisere mennesker som vi møter ut fra hvordan de ser ut og oppfører seg, var helt sentral i prosessen. I sitatet under reflekterer søknadsbehandlerne Linn og Rakel over hvordan *normer* påvirker dem, både i jobbhverdagen og ellers i livet, i forhold til forventninger om de menneskene de møter:

For å endre normer som skaper negative forskjellsbehandling er det viktig å granske egne holdninger og forestillinger.

Rakel: Det som har vært en skikkelig øyeåpner for meg er at de her normene sitter steinhardt – at hva jeg tror jeg skal møte når jeg kommer hjem til noen, eller jeg skal treffe noen, eller se en film, altså man bare antar [...]

Linn: [...]men man antar kjempemange ting – det gjør man i et hjemmebesøk også, man gjør det ut fra den lille teksten man har fått når man avtalte møtet, fra samtalen når man ringer. Siden kan man komme på et hjemmebesøk og så er det helt annerledes.

Intervjuer: man har allerede et bilde.

Linn: [...] når man kommer dit. Men det kan man se på et omsorgsplanleggingsmøte for eksempel, at man har bestemt seg litt før en kommer dit ut fra den teksten man har, at det blir nok det og det liksom. Hvorfor gjør en det egentlig? En forbereder seg på en måte, på om det skal bli en vanskelig sak eller en lett sak, men det har man ingen aning om uansett. (Gruppeintervju med søknadsbehandlere i eldreomsorgen i Gävle, 2015)

For å endre normer som skaper negative forskjellsbehandling er det viktig å granske egne holdninger og forestillinger. Vi påvirkes alle av normene i kulturen vi lever i. Normer for hva som er normalt og unormalt – enten vi vil det eller ei. Den aller viktigste lærdommen for søknadsbehandlerne var dette: ny kunnskap og mulighet for selvrefleksjon med andre kolleger skapte en mulighet for å kunne se seg selv og sin egen yrkespraksis med «nye øyne». Innsikten om hvordan vi forstår den virkelighet vi lever i ut fra visse normer ble viktig for å kunne jobbe videre med å skape mer

⁴ Se Bromseth 2016

inkluderende yrkespraksiser i eldreomsorgen. Hvem utgår jeg fra at du er og hva du trenger? Dette kommer vi tilbake til. Først ser vi på de lover, konvensjoner og forskrifter som gjelder i forhold til eldreomsorgens verdigrunn, både i det norske samfunnet og internasjonalt. Hva sier de om likeverdighet og ikke-diskriminering i helse- og omsorgstjenester?

Lover og rammeverk

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 omsorgstjenester⁵ som har som overordnet formål å:

1. Forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne.
2. Fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer.
3. Sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.
4. Sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud.
5. Sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov.
6. Sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet.
7. Bidra til at ressursene utnyttes best mulig.

Når det gjelder eldreomsorgens *kvalitet* reguleres loven gjennom forskriften verdighetsgarantien som har som verdigrunnlag å:

“...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. Tjenestetilbudet skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel og sikre at medisinske behov blir ivaretatt.”

(Verdighetsgarantien)

⁵ 2011

Men hva har individuelle behov å gjøre med likeverdige helsetjenester? Et verdig og meningsfylt liv i samsvar med individuelle behov handler også om at helse- og omsorgsvirksomheter må ta hensyn til en mangfoldig brukergruppe. Dette har i økende grad blitt satt på kartet de siste 10 årene. Stortingsmeldingen Morgendagens omsorg sier det slik:

“Morgendagens omsorgstjeneste må bygge på individuell tilnærming og tilpasning av tjenestetilbudet til den enkeltes bakgrunn, enten det handler om språk, kultur, tro, livssyn eller det handler om alder, kjønn, seksuell orientering eller det handler om diagnose, funksjonsnedsettelse eller problem.”⁶

Tilgang til god helse, eller til en verdig eldreomsorg, er heller ikke mulig om krenkelser, stigmatisering og forskjellsbehandlende normer er en del av de tilbud og miljø som eldre tar del av. Dette gjelder naturligvis også i forhold til eldreomsorgen som arbeidsplass. Likestilling- og diskrimineringsloven⁷ gjelder på alle samfunnsområder, og skal fremme likestilling på bakgrunn av kjønn, religion og livssyn, nedsatt funksjonsevne, etnisitet, alder, kjønnsuttrykk, kjønnsidentitet og seksuell orientering, fagforeningsmedlemskap/politisk syn, omsorgsoppgaver, graviditet og foreldrepermisjon.

Likeverdig tilgang til god fysisk og psykisk helse er også en menneskerettighet.

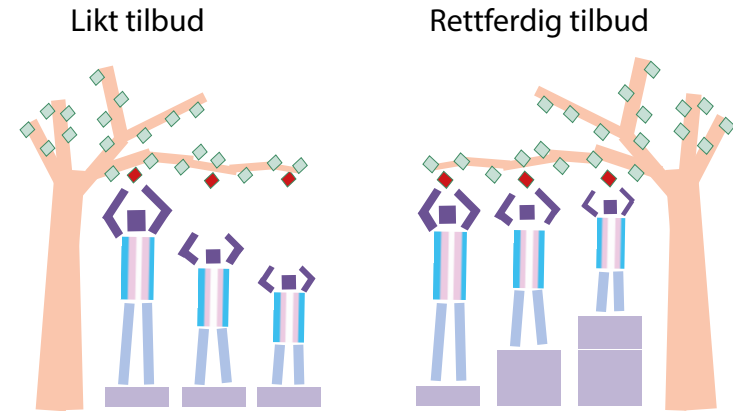
Likeverdig tilgang til god fysisk og psykisk helse er også en menneskerettighet, påpeker de svenske forskerne Westerståhl og Stål som har undersøkt ikke-heterofile og transpersoners opplevelser av helsetjenester i Sverige: “Tilgang skal i denne sammenhengen forstås i et bredt perspektiv der det ikke bare handler om en fysisk tilgang til en virksomhet, sånn som at virksomheten på utsida vender seg til alle, men også om skjulte strukturer (som i dette tilfellet en heteronormativ kultur) som hindrer at samtlige borgere får ta del.”⁸ Halvparten av deltakerne i studien rapporterte om negative opplevelser.⁹ En majoritet av disse handlet om at heteronormativiteten ble tatt for gitt (57%), mens 40% opplevde at personalet hadde bristende kompetanse om lhbt-personers levekår. 30% opplevde at det ble et ubehag rundt sin seksuelle orientering,

⁶ St mld 29 Morgendagens omsorg, 2012–2013

⁷ LOV-2017-06-16-51

⁸ 2011 s 3

⁹ Ståhl & Westerståhl 2012.



Å anta at lik behandling gir likt resultat for alle er en vanlig forestilling. I praksis bidrar den til å opprettholde forskjell fordi vi har ulikt utgangspunkt i tilgang eller opplevd tilgang til helse- og omsorgstjenester.

mens en av fem kjente seg direkte krenket. En av fem nevner at de opplevde en overfokusering på sin seksuelle orientering/kjønnsidentitet med altfor nærgående og i sammenhengen irrelevante spørsmål.

Men hva innebærer likeverdige helse- og omsorgstjenester i praksis? På tross av et økt fokus på at behovene og livssituasjonen er forskjellig hos dagens eldre, og også i forhold til eldre skeive, er det grunn til å spørre seg om minoritetsgrupper får ivaretatt sine særegne behov – eller om det likhetsideal som har dominert den norske velferdsstaten kan resultere i svikt i tilbudet til de som ikke er like, skriver Bjørn Nuland.¹⁰

“Jeg trodde at vi behandlet alle likt, men nå forstår jeg at vi ikke gjør det.”

Deltaker etter kompetanseheving med Skeiv kunnskap på sykehjem

Å anta at lik behandling gir likt resultat for alle er en vanlig forestilling, men som bildet over illustrerer bidrar den i praksis til å opprettholde forskjell fordi vi har ulikt utgangspunkt i tilgang eller opplevd tilgang til helse- og omsorgstjenester. Denne boka gir kunnskap og metoder for å skape *forutsetninger* for likeverdighet; gjennom å både granske de normer som skaper ulikhet og ved å se på spesifikke aldringsvilkår for eldre skeive som gruppe.

¹⁰ Se Nuland 2009: 51.

2. HVILKEN KUNNSKAP BEHØVER VI FOR Å ENDRE VÅR PRAKSIS?

”Vi trodde ikke vi hadde noen skeive beboere her, men etter å ha fått ny bevissthet så vi det med et annet blikk og fant ut at det hadde vi nok.”

Sykehjemsleder etter kompetanseheving med Skeiv kunnskap

Vi trenger ny kunnskap for å forandre, men hvilken kunnskap trenger vi? For å skape en inkluderende helse- og omsorgsvirksomhet som ikke krenker eller diskriminerer, direkte eller indirekte, må virksomheten *i praksis* ta hensyn til de normer og maktstrukturer som finnes i kulturen. Vi skal undersøke normene som *skaper* annerledeshet og forskjellsbehandling og hvilke konsekvenser det kan ha å avvike fra dem. Men hva er normer egentlig?

Normer og privilegier

Sosiale normer regulerer hva som anses å være akseptabel oppførsel i fellesskapene vi er en del av, og som vi er avhengig av for at samfunnet skal fungere. Normer er nedfelt i lover, regler og formelle og uformelle sosiale konvensjoner. De er sted og situasjonsbundne og forandrer seg over tid. Sosiale normer, det vil si ideer og forventninger til hva som anses å være legitim oppførsel og hva som anses å bryte mot disse forventningene, forhandles gjennom samhandling med andre. I Norge er det vanlig å takke for maten, si hei eller hilse med en klem når

En norm er en regel som sier noe om forventet oppførsel.

en møter en venn. Hvilke normer som gjelder varierer imidlertid mellom situasjoner og fellesskap. Forventet oppførsel er forskjellig i lunsjrommet på jobben og hjemme hos en venn, og høflighetskoder er ikke de samme i Norge og i Japan, for ikke å snakke om hvordan de har forandret seg de siste 50 årene.

Normer er også en del av å skape og opprettholde makt gjennom *sosiale kategorier*, der visse måter å se ut på, leve på og identifisere seg på gir *privilegier* og bidrar til å skape og opprettholde systematiske forskjeller mellom mennesker. I likestillings- og diskrimineringsloven inngår flere av de viktigste kategoriene som skaper forskjell og diskriminering; som kjønns- og seksualitetsnormer, hvithetsnormer, norskhetsnormer, aldersnormer og funksjonalitetsnormer (se kap 3). I tillegg til disse skaper også klasse og økonomiske ressurser forutsetninger for forskjeller mellom folk, samt en del andre sterke forventninger, som for eksempel normer for kroppsstørrelse og kjøttspisenormen. Disse normene samskapes på bestemte og komplekse måter, med uforutsett resultat for de av oss som bryter mot dem på en eller flere måter.

På neste side er en oversikt over de mest sentrale maktstrukturerne og normsystemene, hvem som kan rammes og hva en kan kalle den bestemte formen for marginalisering.

Kategori	Norm	Utsatt	Marginalisering
Kjønn	Mannlighetsnorm, tokjønnsnorm	Kvinner, personer som verken definerer seg som kvinner eller menn	Sexisme
Seksualitet	Heteronorm	Ikke-heteroseksuelle (LHBQ)	Homofobi
Etnisk bakgrunn	Etnisk majoritet	Etniske minoriteter, marginaliserte etniske grupper	Etnocentrisme
Religion	Sekulær, kristen kulturell	Muslimere, jøder, andre marginaliserte religioner	Islamofobi, antisemittisme
Alder	Ung voksen, middelalders	Barn, ungdom og eldre	Alderisme
Funksjonalitet	Funksjonsfullkommenhet	Personer med (synlige) normbrytende funksjonsnedsetninger	Ableisme
Rase	Hvithetsnorm	Personer med utseende som avviker fra hvithetsnormen	Rasisme, xenofobi m fl.
Klasse	Middelklasse	Arbeiderklasse, økonomisk utsatte	Klassisme
Kjønnsuttrykk & kjønnsidentitet	Cis-norm (tokjønnsnorm)	Transpersoner, interkjønnpersoner	Cis-sexisme, transfobi

11

11 Tabellen er utviklet med inspirasjon fra Feministdelegationen.se

Sosiale identiteter

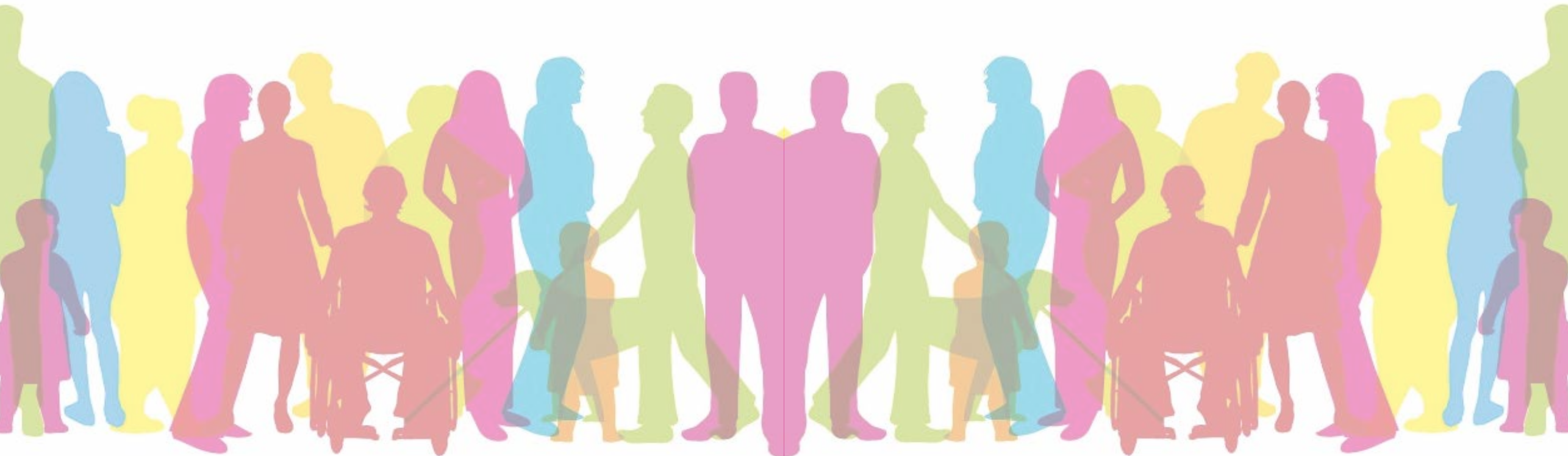
De fleste av oss har flere identiteter som vi bruker for å beskrive oss selv. Disse henger sammen med hvilke grupperinger som anses viktige i den eller de kulturer vi er en del av. Dominerende forestillinger om grupper i kulturen kan også kalles *sosiale identiteter*. Hvilke ferdigheter og egenskaper antar vi at grupper av mennesker har? Hva som er viktig for *meg* er ikke nødvendigvis det samme som det *andre* rundt oss mener er viktig. Hva andre definerer som viktig i sin tolkning av oss og på hvilken måte er noe vi ikke kan kontrollere. Vi kan bli satt i bås uten at vi er enig i det!

Norm og avvik skapes ofte i motsatt-par- der normen er usynlige og det som ikke er norm markeres *som kontrast mot* normen; hvite- **svarte**, menn - **kvinner**, hetero - **homo** etc. Disse inndelingene er også utgangspunkt for at ulike grupper av mennesker oppfattes og behandles *ulikt* og som mer eller mindre verdt. Den som bryter med normene på en eller flere måter er oftest den som må "forklare seg" - mens normen tas for gitt. "Hvorfor har du giftet deg og fått barn," er et sjelden stilt spørsmål sammenlignet med det

motsatte. Det som bryter med normene markeres ofte med en ekstra merkelapp: for eksempel snakkes det om fotballspillere og *kvinnelige* fotballspillere; familier, *regnbuefamilier* eller *innvandrersfamilier*. Dette henger sammen med hvilke forventninger som finnes i kulturen om hvem en skal være og hva en skal gjøre. Samme handling kan vurderes forskjellig - avhengig av hvem som utfører dem. En heterofil mann som tar like mye foreldrepermisjon som sin kvinnelige partner kan få mye ros, mens en kvinne som tar halvparten av permisjonen risikerer å stemples som en dårlig og egoistisk mor. En hvit mann med negative holdninger til skeive tolkes annerledes enn en med mørk hud, som lett blir til en representant for en forståelse av at "alle innvandrermenn er homofober". Vi kan si at det å leve opp til normenes forventninger har visse fordeler, eller privilegier gjennom å slippe å forklare sin identitet, valg, og levemåte og slippe usynliggjøring eller stigmatisering.

Stereotypier: Ingen er bare skeiv

Sosiale identiteter som avviker fra normen kan lett bli det som kjennetegner hele personen. At den som er skeiv *bare* og *alltid*



Stereotypi: en generalisert forestilling om hvordan en bestemt gruppe mennesker er, for eksempel om visse nasjonaliteter eller yrkesgrupper.

er skeiv (og ikke for eksempel nordlending, kvinne og student) – eller at den som er *eldre* bare er det.

Stereotypier er en forenklet framstilling av grupper av mennesker som bidrar til stigmatisering gjennom representasjoner i medier og kultur, i utdanningsinstitusjoner, politikk og hverdagslige sosiale samspill. Stereotypier er også en viktig ingrediens i humoren. Hva og hvem er det greit å le av? Og hvem bestemmer om det er morsomt? Et tydelig mønster er at de som avviker fra normen oftere gjøres til gjenstand for latter enn omvendt.

Flere og mer nyanserte bilder av mennesker som avviker fra normene som bidrar til å redusere risikoen for at stereotypiene blir de eneste bildene som styrer hvordan vi tenker om andre på. Det er for eksempel stor forskjell på hvordan mediene for 30 år siden framstilte homofile som noe problematisk og vanskelig, og de fortellinger som finnes i mediene i dag. Selv om det fortsatt finnes “problemfokus” og “sensasjonsfokus” inngår også ikke-stigmatiserende representasjoner i media generelt, der visse former for homoseksualitet også får inngå som en del av kulturens mangfold av måter å være og leve på. De som får en stemme som “vanlige” er framfor alt hvite middelaldrende homofile og lesbiske uten synlige funksjonsnedsettelse og som lever nær det heteronormative idealet: monogamt med en partner og som kanskje også har barn. .

Eldre er også en gruppe som ikke like ofte får representere “et vanlig menneske”, men får komme på banen *som eldre*, om det gjelder utfordringer i eldreomsorgen eller om hvordan det var å bo i Oslo under krigen. Eller, som eldre skeiv, hvordan det var å vokse opp i et samfunn der homoseksualitet var sterkt stigmatisert eller om de vil ha separate sykehjem for skeive.

Enkeltindividers erfaringer, identiteter og forutsetninger er komplekse og mangfoldige – og noe ganske annet enn stereotypene. Mennesker kan derfor aldri reduseres til å representere én ting på bakgrunn av sin seksualitet eller kjønnsidentitet. Som Mats løfter fram i sine tanker om den framtidige alderdommen, der identiteten som homofil (og det skeive storbymiljøet) og tilhørighet til hjemstedet på en liten øy er begge viktige:

Og så har jeg begynt å tenke på, det finnes et nytt ganske fint sykehjem for eldre på Øya der jeg har to tanter, at sånn kunne jeg også tenkt meg å leve. Være i et miljø som er rolig og omsorgsfullt, for jeg har behovd så mye hjelp at jeg vil være blant snille mennesker. Jeg kan ikke være der nå, for jeg er 60, men kanskje senere kan jeg ha et slags fellesskap. Samtidig finnes det andre sider ved å bo på Øya, å bo blant heteroseksuelle, jeg vet ikke (pause). Hvor morsomt det er. Men samtidig, hvilken rolle spiller det om jeg er homo når jeg er 80, jeg kommer vel ikke å springe på disco da, uansett hvor frisk jeg er. Og har jeg ikke funnet en partner enda da så kan jeg vel like godt sitte å sladre med kjerringer og gubber på min egen alder hjemme på Øya.

(Mats, 60)¹²

Normbevisst endringsarbeid - en prosess med “feilene” som ressurs

Hva som blir forstått som normalt og avvikende, og hvilke verdier som knyttes opp mot dette, påvirker alle som bor i samfunnet vårt. Uansett hvilke meninger en har om dem, om en påvirkes positivt eller rammes på negative måter, er det umulig å ikke forholde seg til normene. Vi bidrar dessuten til å gjenscape normer ubevisst. Den som er bevisst på dette må hele tiden jobbe med å forandre og utfordre innarbeidede forestillinger og handlinger. En innsikt om at vi stadig kommer til å “mislykkes” i våre anstrengelser med å handle riktig og gjøre rett er dermed viktig for å ikke gi opp, argumenterer utdanningsviteren Kevin Kumashiro.¹³ Isteden kan vi se på disse mislykkede forsøkene som et uttrykk for hvor seige normer og maktstrukturer er, og dermed som viktige kilder og ressurser for å avlære seg gamle handlemåter og lære nye (se kap 6).

Å handle normbevisst er en prosess som aldri tar slutt. Den pågår kontinuerlig gjennom å snu og vende på hva, hvorfor og hvordan, både alene og sammen med andre. Det krever en fleksibel innstilling og stor takhøyde. Vi kan lære av hverandres erfaringer med normer, og på den måten dra nytte av hverandre i prosessen.

Del erfaringer av “å mislykkes” med kollegaer! Bruk dem til å reflektere sammen: Hva kunne du sagt og gjort isteden? Eller kan du snakke med pasienten/kollegaen og prøve å rette opp det som ble feil?

¹² Sitatet er hentet fra et intervju som ble gjort i forbindelse med prosjektet Ett värdigt åldrande för alla, Bromsseth 2015.

¹³ Kumashiro 2002

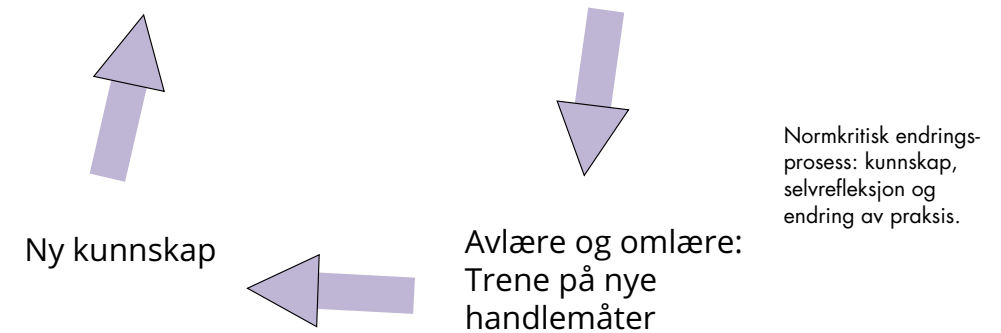
NORMBEVISSTHET SOM METODE

For å skape varig endring er det den er den hverdagslige praksisen som teller. Men hvordan kommer vi dit? En prosess rundt inkludering og normbevissthet kan grovt sett deles inn i tre hoveddeler:

- **Ny kunnskap** Hva er kjønn- og seksualitetsnormer og hvordan er de med på å skape forestillinger om "normale liv og livsløp"? Hva har dette med alder å gjøre? Hva sier forskningen om L,H,B og T-personers levekår generelt, og mer spesifikt om eldre skeives levekår? Hva er likt og forskjellig innenfor gruppa skeive?
- **Selvrefleksjon: et bevisst og selvreflekterende blikk på hvordan en selv påvirkes av normen** Hvordan påvirkes jeg av heteronormens bilder av "normale liv" og de av oss som avviker? Å få øye på hvordan normene påvirker de forestillinger vi har og hvordan det påvirker både privatlivet og yrkeslivet er viktig for å kunne forandre.
- **Avlære og omlære: Trene på nye handlemåter** Trene på å integrere ny kunnskap og økt bevissthet for å endre egen praksis: Trene på å gjøre på nye måter, individuelt og kollektivt: Å forandre gamle vaner, hvordan vi tenker og handler, krever at vi avlærer oss gamle måter å handle på og at vi lærer inn nye måter. Akkurat som alt annet. Hvordan kan en trene på egen hånd og sammen med kollegaene for å utfordre normer og fremme en mer inkluderende praksis? Hvordan kan "feil" være ressurser og noe vi kan lære av i prosessen?¹⁴

¹⁴ Bromseth 2016

Selvrefleksjon: Hvordan påvirkes jeg/vi og mine og våre handlinger av normer?



Endringsarbeid kan forstås som en læringsprosess der en starter med å være «ubevisst inkompetent», å mangle kompetanse men ikke være klar over det. Gjennom en bevisstgjøringsprosess med ny kunnskap og analyse og refleksjon rundt egen praksis kan etablerte handlemønstre endres, læres inn og til slutt «gå av seg selv» – å bli ubevisst kompetent.¹⁵ Normbevissthet en sirkulær prosess som aldri avsluttes helt. Når en har utfordret én måte å tenke og handle på og etablert nye praksiser, finnes det alltid andre normer å jobbe med! Det er dessuten viktig å alltid være oppmerksom: selv om en har fått ny bevissthet og trent på nye formuleringer så blir ofte gamle mønstre som en ryggmargsrefleks. Tenk på forrige gang du flyttet- kanskje tok det tid før kroppen «visste» hvor alle tingene var?

Autopiloten, som kan være vår beste venn for effektive rutiner, kan derfor også være vår verste fiende når det gjelder å endre etablerte handlemåter.

¹⁵ Se kompetansetrappen, i Björkman, 2019

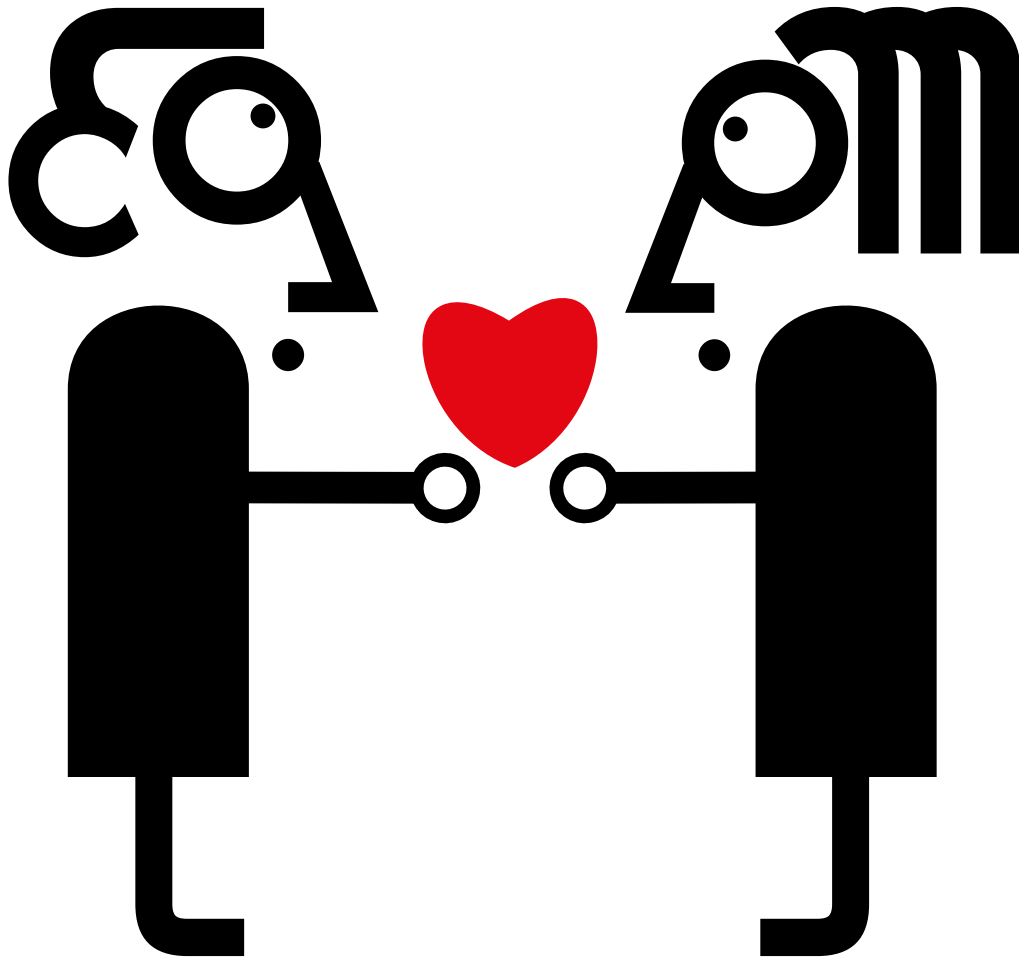
3. NORMER, KJØNNS- OG SEKSUALITETSMANGFOLD

Er du jente eller gutt? Homo eller hetero? Kjønn er en sosial ordning som organiserer samfunnet vårt på bestemte måter der det å leve i tråd med gitte rammer gir visse privilegier- og å utfordre dem kan føre til sosiale sanksjoner.

Heteronormativitet og tokjønnsnormer:

Normer knyttet til kjønn og seksualitet henger sammen på helt spesielle måter, som illustrert i tegningen til venstre; forventninger om hvordan man skal se ut, være, oppføre seg og hvilke relasjoner og liv som betraktes som ønskelige, naturlige og verdifulle. Et barn som tildeles kjønnskategorien jente på bakgrunn av kjønnskarakteristika forventes å uttrykke seg innenfor kulturens oppfatninger av en 'riktig jente' og identifisere seg som jente. Det finnes en forventning i kulturen om at mennesker blir født som *enten* jenter *eller* gutter som vokser opp og blir enten kvinner eller menn. Dette innebærer å oppføre seg på måter som anses akseptable i henhold til kulturens normer, har til dels ulike egenskaper og preferanser og er forskjellige fra hverandre. Menn og kvinner forventes også å bli tiltrukket av og forelsket i hverandre. Kategorien menn ses generelt som overordnet kategorien kvinner.

Kjønn og seksualitet defineres innenfor historiske og kulturelle fortåelsesrammer, og hva som oppfattes som naturlig og unaturlig, sykt eller friskt, normalt og avvikende. De forventninger om kjønn og seksualitet som skapes i kulturen kan omtales som **heteronormativitet**, der de kjønnsidentiteter, kjønnsuttrykk og livsformer som inngår i heteronormen er det som oppfattes som naturlig og forventet. Hva som inngår i heteronormen vil alltid være foranderlig og avhengig av tid og sted, og definerer hva som enhver tid oppfattes som «gode liv» i kulturen.





Kilde: Identitet, kjønn og seksualitet, Skeiv ungdom 2017

Cisperson:

Personer som har kjønnsidentitet som samsvarer med kjønn de fikk tildelt ved fødselen kan kalles cispersoner. Cisperson er det motsatte av transperson.

Tokjønnsnormen eller **cisnormen**¹⁶ er en sentral del av heteronormen. Men hva er det? Ordet cisperson ble introdusert for å synliggjøre den tatt-for-gitte forståelsen av helhet mellom kjønn, kropp, identitet og uttrykk og henviser til personer som vokser opp og føler seg tilfreds med det juridiske kjønn man er blitt tildelt ved fødsel. *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. I Norge er det kun to kjønnskategorier.

Heteroprivilegier?

Når kom du senest ut som heterofil eller som cisperson i din hverdag? For de av oss som forstår oss som cispersoner og lever heterofilt har det nok kanskje aldri skjedd, nettopp fordi det tas for gitt og – fordi det er norm. Det kan forstås som et privilegium å slippe å svare på spørsmål i motsetning til å måtte legitimere og forklare seg fordi man ikke tilhører normen.¹⁷

¹⁶ Modellen over illustrerer det som queerteoretikeren Judith Butler kalte den heteroseksuelle matrisen (1990). Den viser hvordan normer for kjønn og seksualitet er knyttet sammen på helt spesifikke måter, der en sentral del av å være 'riktig kvinne eller mann' innebærer å være tiltrukket av og danne par med en person av «det andre» kjønn.

¹⁷ Martinsson & Reimers 2014.



Hvilke usynlige privilegier har heteronormative liv i kulturen?

De færreste tilhører normen overalt og hele tiden. Mange av oss har en eller annen gang opplevd å være den som avviker fra det normale.

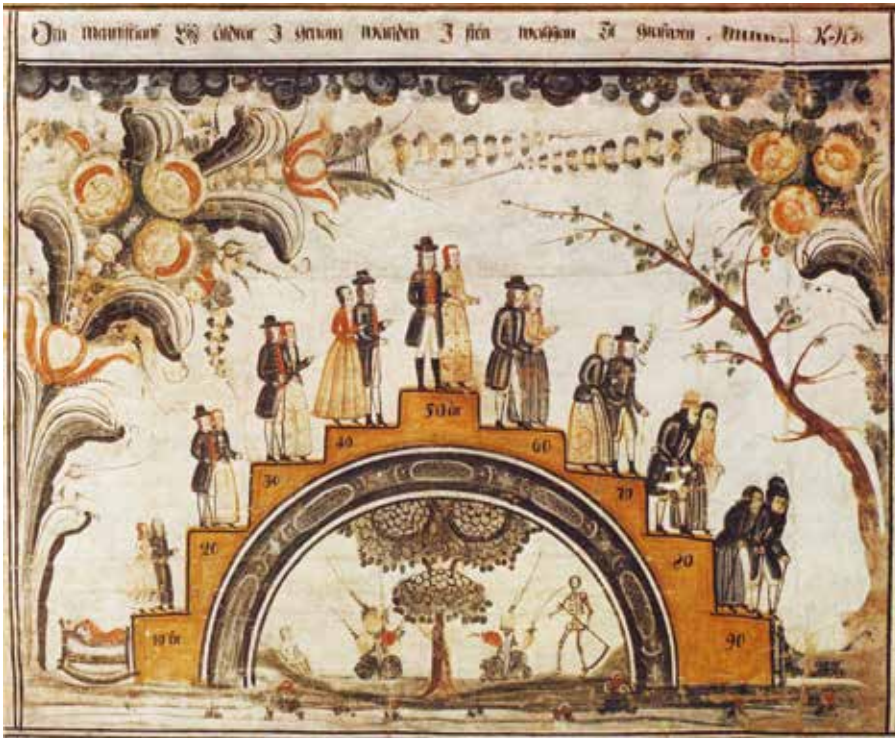
Heteronorm og heteroseksualitet er imidlertid ikke det samme selv om de ofte overlapper. Det finnes mange måter å leve heterofilt på, og alle former av heteroseksualitet er ikke normative.

Livsløpsnorm

Det finnes en livsløpsnorm, der forestillingen om “et godt og meningsfullt liv” sammenfaller med det monogame ulik-kjønnede par med egne barn (og etterhvert barnebarn) som livets høydepunkt.

“Det kan bli litt vel mye snakk om barnebarna når jeg treffer de heterofile venninnene mine.”

Tora, 66, lesbisk



Det klassiske bildet *Ålderstrappan* (Winter Carl Hansson, 1777-1805) fanger en del av dette grunnmønsteret, selv om den har blitt utfordret og forandret på mange måter.

Gjennom å spørre oss hva som har status som et "idealliv" nærmer vi oss det som inngår i heteronormen: Et livsløpsideal om hva som oppfattes som et ønsket og ettertraktet liv.¹⁸ Det ulikkjønnede paret som lever monogamt, eller seriemonogamt, med en partner om gangen, og med egne biologiske barn, har en særstilling i kulturens bilde av "det gode liv": Livsmanuset synliggjør 'oppskriften' for hvordan nære relasjoner bør leves, hvilke hendelser som bør inngå, og i hvilken rekkefølge. I dag inngår for eksempel å skaffe seg en utdannelse som ung voksen,

å bli økonomisk selvstendig, å etablere seg med en partner i begynnelsen av 30-åra og skaffe seg barn med han eller henne; og pleie karriere og småbarnsliv fram til 50-årsalderen. Etter fylte 60 år skal pensjonstilværelsen planlegges med reising og opplevelser, og barnebarn skal også gjerne inngå.¹⁹

Alder henger sammen med institusjonaliserte livsforløp; hva som skal eller bør skje, når og for hvem.²⁰ Skolegang, straffereettslig ansvar og pensjon er noe av det som reguleres juridisk gjennom alder.

18 Halberstam 2005

19 Se Ambjörnsson & Bromseth 2010

20 Se Siverskog 2016

Forestillinger om ulike livsfaser som følger etter hverandre, og hva som bør inngå i dem, tar utgangspunkt i aldersbaserte sosiale posisjoner. Forventninger om å gifte seg og skaffe barn er ikke juridiske plikter, men reguleres i større grad gjennom kulturens normer – handlinger som oppmuntres gjennom de økonomiske og sosiale privilegier det gir å følge dem. Selv om alle kan gifte seg når de er myndige, vil et fåtall anbefale å gjøre det i så ung alder eller det å få barn før utdanning.

Den mest ettertraktede heteroseksualiteten må forstås i sammenheng med både alder, etnisitet, hudfarge, sosial bakgrunn og funksjonsforutsetninger. Det er det hvite ulikkjønnede middelaldrende middelklasseparet uten synlige stigmatiserende funksjonsnedsettelse, med norsk eller vestlig bakgrunn, høyere utdanning og/eller godt betalte jobber som står høyst på rangstigen. De skal også leve monogamt, eller seriemonogamt, det vil si ha kun en partner om gangen." Egne barn (men ikke fler enn 3!), gjerne eget hus, hytte, bil og andre materielle goder, et aktivt sosialt nettverk og gode relasjoner med slekt og familie. Det finnes strukturelle mønstre når det gjelder hva som anses å være ideelle måter å se ut på, elske og leve på. Samtidig er idealet resultat av komplekse prosesser. Et "ideal" er noe som mange strever etter, men som de færreste lever opp til fullt og helt. Hva skjer med bildet av villa-familien dersom alle er brune, består av et samkjønna par, eller kommer fra Polen? Om far er hjemmeværende og mor børsmegler? Om de er troende muslimer, pinsevenner eller består av 3 foreldre som alle har en kjærlighetsrelasjon? Om en av ungene sitter i rullestol? Grensene for hva som oppfattes som normativt er ofte hårfine, og varierer samtidig mellom ulike sosiale sammenhenger. Hva som er høystatus, eller hvem som har makt, er resultat av aktive handlinger ut fra en gitt sammenheng.

Kjønns- og seksualitetsmangfold: Hva er skeiv?

Skeiv er en norsk oversettelse av engelske "queer", som var et skjellsord for personer som bryter med forventninger til kjønn og seksualitet. Gjennom å begynne å bruke ordet om seg selv fra 80-tallet, har queers "tatt ordet tilbake" gjennom å fylle det med positivt innhold. Denne motstandsstrategien har også vært vanlig også for andre minoritetsgrupper. Skeiv er et begrep med ulike betydninger. Noen som kaller seg skeive ønsker å utfordre forestillinger om hva som er vanlig, naturlig eller normalt

Skeiv er et samlebegrep for de av oss som bryter mot hetero- og tokjønnsnormen på forskjellige måter.

i samfunnet. Også personer som tiltrekkes seksuelt av personer av et annet kjønn kan omtale seg selv som skeive, med den begrunnelse at de bryter med forventninger til hvordan kvinner og menn bør se ut og oppføre seg.

I Norge har skeives tilgang til rettigheter og beskyttelse mot diskriminering forandret seg radikalt de siste 30 årene.

HISTORISKE MILEPÅLER I NORGE

- 1950** Den første norske sammenslutningen for homofile etableres: Forbundet av 1948 - Norsk seksjon av Det Danske Forbundet af 1948.
- 1966** Transseksualismeforeningen Freedom of Personal Expression, Northern Europe stiftes, med norsk avdeling. Den norske avdelingen blir en selvstendig organisasjon i 2000 under navnet FTPN - Foreningen for transpersoner i Norge.
- 1972** Avkriminalisering av homofili.
- 1977** Norsk Psykiatrisk Forening opphevet homoseksualitet som sykdomsdiagnose.
- 1993** Partnerskapsloven innføres. Samkjønna par gis gjennom partnerskap tilgang til en rekke rettigheter heterofile par får gjennom ekteskap. Unntaket er rett til adopsjon og mulighet til å inngå partnerskap i kirken.
- 2008** Felles ekteskapslov vedtas og gir samkjønna par rett til å gifte seg på lik linje som heterofile par. Lovendringen gir også rett til å søke om adopsjon og rett til assistert befruktning for lesbiske par.
- 2010** Fetisjisme, sadomasochisme og transvestittisme fjernes som psykiatriske diagnoser i Norge.
- 2014** Diskrimineringsloven om seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk vedtas.
- 2016** Endring av juridisk kjønn tillates uten diagnose eller medisinsk behandling.
Vigsel i kirken tillates for samkjønna par.
- 2017** Egen LHBTI ekspert i FN.

Dette gjelder særlig økt grad av beskyttelse mot diskriminering og økte sivile rettigheter til giftemål, adopsjon og assistert befruktning. Mange skeive lever gode liv, og aksepten for homofili i samfunnet har økt sterkt.²¹ Det er framfor alt samkjønnede par som lever nære det heteronormative idealet som blir tilgodesett av de økte rettighetene, med fokus på parrelasjon og foreldreskap. Transpersoner har blitt minst tilgodesett, noe som framfor alt gjelder det eksisterende helsetilbudet i forbindelse med kjønnsbekreftende behandling. Først i 2016 ble kravet om kastrering i forbindelse med kjønnsbekreftende behandling for transseksuelle fjernet, noe som var et krav for å kunne endre juridisk kjønn. I dag er det mulig å endre juridisk kjønn gjennom en enkel søknad hos Skatteetaten. Det er samtidig en lang vei å gå når det gjelder en verdig og fungerende kjønnsbekreftende behandling for transpersoner. I 2018 fjernet Verdens helseorganisasjon (WHO) «transseksualitet» og de andre transdiagnosene fra det medisinske diagnosesystemet ICD-11 og byttet dem ut med begrepet «kjønnsinkongruens», som del av kapittel om seksuell helse.

Når det gjelder interkjønnpersoners rettigheter, eller personer med atypisk kjønnskarakteristika, er det også mye å ta tak i en norsk sammenheng. 1 av 200 barn fødes hvert år i Norge med variasjon i kroppslig kjønnsutvikling, og har et biologisk kjønn som kan bryte med forventningene til kvinnekropper og mannskropper. Interkjønnpersoner omfattes ikke av likestillings- og diskrimineringsloven, og en hovedutfordring er å sikre barn beskyttelse mot at irreversible medisinske inngrep blir gjort uten at de selv får bestemme.²²

På neste side følger en kort oversikt over nyttige begreper om kjønn, seksualitet og identitet som kan være bra å kjenne til!

21 Se Barne- og familiedirektoratets leveårsoversikt: https://www.bufdir.no/Statistik_og_analyse/lhbtqi/

22 Bufdir 2019



NYTTIGE BEGREP OG DEFINISJONER: ²³

DEFINISJONER

Identitet: Identitet er hva man selv kjenner seg som. Det er opp til den enkelte å bestemme hva man 'er'- når- og hvor lenge! Dette gjelder også hva man velger å kalle seg selv. En del i den eldre generasjonen, særlig de som ikke har levd særlig åpent, har ikke heller alltid et ord for sin seksuelle identitet. Noen har ikke en skeiv identitet, men kan likevel forelske seg i eller bare ha sex med personer av samme kjønn. Eldre kan ha hatt en livspartner av samme kjønn uten å ha satt ord på det for seg selv, til øvrig familie eller til helsepersonell.

Skeiv: Er et samlebegrep for personer som bryter mot kjønns- og/eller seksualitetsnormer på en eller flere måter.

Transperson: Mennesker som ikke kjenner seg bekvem med det kjønn de ble tildelt etter fødsel kan kalles trans. Transpersoner har en kjønnsidentitet eller et kjønnsuttrykk som på ulike måter skiller seg fra de kulturelle normene og forventningene i samfunnet. Mange transpersoner oppfatter seg framfor alt som kvinne eller mann, noen av disse kaller seg transmenn og transkvinner. Andre definerer seg ikke som kvinne eller mann og kaller seg andre ting, som for eksempel ikke-binær, kjønnskeiv og queer. Andre igjen forholder seg ikke til kjønnskategorier og beskriver seg ikke som kjønn i det hele tatt.

Interkjønn: er et paraplybegrep som viser til kroppslig mangfold blant personer født med atypiske kjønnskaraktistika. Kjønnskaraktistikaene blant interkjønnpersoner utgjør en sammensetning av kromosomer, hormoner, kjønnskjerter og/eller genitalier som bryter med en binær forståelse av kvinnelige og mannlige kropp. I norsk helsepraksis er betegnelsen «usikker kroppslig/somatisk kjønnsutvikling» rådende. Noen interkjønntilstander er synlige ved fødsel, mens andre ikke oppdages før ved pubertet eller i voksen alder. Det er grunn til å tro at en del interkjønntilstander aldri blir oppdaget.

²³ En del av definisjonene er hentet fra FRI OAs nettressurs Kjønnsportalen: <https://www.frioa.no/ressurser/kjonn/kropp/> og Bufdirs LHBTQ-I.ordliste: https://www.bufdir.no/lhbt/LHBT_ordlista/

Cisperson: Personer som har kjønnsidentitet som samsvarer med kjønn de fikk tildelt ved fødselen kan kalles cispersoner. Cisperson er det motsatte av transperson.

Bifil: Personer som tiltrekkes av og/eller forelsker seg i andre uavhengig av kjønn, og er den vanligste måten å definere seg på. Begrepet panfil brukes også, særlig av den yngre generasjonen, der betydningen av kjønn anses å være irrelevant i forhold til hvem en tiltrekkes av eller forelsker seg i.

Lesbisk: Personer som identifiserer seg som jente/kvinne og eller blir forelsket og/ellers tiltrekkes av andre kvinner.

Homofil: Personer som identifiserer seg som gutt/mann som tiltrekkes av og/eller blir forelsket i andre menn.

Heterofil: Personer som identifiserer seg som gutt/mann som tiltrekkes av og/eller blir forelsket i jenter/kvinner eller som identifiserer seg som jente/kvinne og som tiltrekkes av og/eller blir forelsket i gutter/menn.

Queer: å forholde seg kritisk til kjønns- og seksualitetsnormene og definere seg på siden av dem. På norsk oversettes queer ofte til skeiv, men betyr ikke alltid det samme.

LHBTIQ eller LHBT+: Lesbiske, homofile, bifile, transpersoner, interkjønnpersoner og queere. Samlebetegnelse for ulike seksuelle og/eller kjønnsidentiteter som bryter med normer for kjønn og seksualitet. LHBT+ henviser til at identiteter og erfaringer av å bryte med kjønn og seksualitet alltid er mer varierte enn de bokstavene som representerer, og at erfaringene alltid må ses i sammenheng med andre kategorier, som hudfarge, etnisitet, klasse, funksjonsforutsetninger, religion og alder.





4. ALDRING, HELSE OG LEVEKÅR

Hvordan påvirker det helse- og levekår å bryte med kjønn- og seksualitetsnormer som eldre?

I Norge har vi hatt to store levekårsundersøkelser som har undersøkt ikke-heterofiles selvopplevde helse og levekår, NOVA-studien fra 1999 og Unihelses studie fra 2013.²⁴ Mønsteret viser at både holdninger til lesbiske, homofile og bifile har blitt mer positive i denne perioden, i takt med økte rettigheter og lovlig beskyttelse mot diskriminering.

Folk er mindre negative til lhbtq-personer nå enn for 10 år siden. Det er regionale forskjeller i holdninger, og menns holdninger er mer negative enn kvinners. Det er flere som har negative holdninger til transpersoner enn til lesbiske, homofile og bifile.
(Bufdir 2019)

Homo- og bifiles psykiske og fysiske helse, opplevelser av diskriminering og risikoatferd (som rusbruk) har også endret seg betydelig i positiv retning. Mange lever åpent, opplever mindre diskriminering, føler seg mindre utsatt og den psykiske helsen har blitt bedre og forskjellene sammenlignet med heterofile mindre.

Samtidig viser Unihelses studie at det er store forskjeller mellom ulike grupper, der bifile kvinner er betydelig mer utsatt enn både lesbiske og heterofile kvinner; med overrepresentasjon av nedsatt fysisk og psykisk helse og over tre ganger så høyt antall selvmordsforsøk sammenlignet med heterofile kvinner. Transpersoner, som ikke fanges av den norske levekårsundersøkelsen, er også en særlig utsatt gruppe. Dette gjelder både diskriminering, trakassering og nedsatt psykisk helse viser

²⁴ En ny norsk levekårsundersøkelse er under arbeid og vil ta større hensyn til et livsløpsperspektiv samt inkludere transpersoner. Den planlegges ferdigstilt i 2021, og ledes av Normann Andersen. Se Bufdir ressurssider for oversikt over norsk kunnskap på feltet: https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/lhbtq/

flere svenske kartlegginger og kvalitative norske studier.²⁵ De som bryter med tokjønnsnormen, ikke-binære, er særlig utsatte. I både de norske og svenske levekårsundersøkelsene er antallet deltakere over 65 år imidlertid svært lavt så vi må se på mønster i internasjonal forskning og kvalitative studier som er gjort for å få et bilde.²⁶

Hva vet vi om eldre skeives levekår, behov og forutsetninger for god livskvalitet?

Det internasjonale forskningsfeltet om eldre lhbtq-personers helse og levekår har eksplodert de siste 15 årene. Det gjelder framfor alt den anglo-europeiske forskningen, særlig i USA, England og Australia. Flere kvalitative studier viser at det er store forskjeller i eldre skeives aldringsvilkår og behov. De skiller seg ut med hensyn til hvordan en bryter med kjønns- og seksualitetsnormer, og det henger tett sammen med de økonomiske, kulturelle og sosiale forutsetninger den enkelte har.²⁷ En svensk studie viser blant annet at aldringsvilkår må forstås i et livsløpsperspektiv.²⁸ Det innebærer at tidligere opplevelser har betydning for livsbetingelser og hvordan en opplever seg selv i senere i livet. Aldringsvilkår henger også tett sammen med kvaliteten på nære relasjoner og sosiale nettverk. For eksempel kan tidligere og nåværende konflikter med primærfamilie eller tidligere kjernefamilie, slik som foreldre, barn eller annen slekt påvirke situasjonen som både omsorgsgiver og omsorgsmottaker.

25 SOU 2017: 92, van der Roos 2013.

26 Antologien LHBQTQ-personer och äldre. Nordiska perspektiv (2013) samler viktige studier fra de nordiske landene og løfter fram eldre skeive og transpersoners opplevelser av kjønn, seksualitet og aldring.

27 Heaphy 2010.

28 Anna Siverskogs avhandling Queera livslopp er basert på intervjuer med eldre skeive og transpersoner på større og mindre steder i Sverige

“Jeg har tatt meg av foreldrene og vært snilt barn når jeg har måttet, men relasjonen var ikke så bra etter at de ikke ville akseptere at jeg var lesbisk.”

Malena, 67²⁹

Den største sårbarheten finnes hos de som ikke lever åpent og som har svake sosiale nettverk i form av mangel på støttende relasjoner i hverdagen.³⁰

Erfaringer som hemmer eller fremmer livskvalitet

En omfattende amerikansk helse- og levekårsundersøkelse, *Caring and aging with pride*,³¹ med en informantgruppe på 2560 personer, peker på tre former for utsatthet som er særlig utfordrende for eldre skeive. Det er depresjon og angst, sosial isolering og bekymring for behov for omsorg og pleie. På tross av at et flertall i studien rapporterer at de er tilfredse med sine liv, oppgir en majoritet i studien at de har blitt utsatt for forskjellige former for krenkelser gjennom livet. Hver tredje sliter med depresjon og angst, langt over gjennomsnittet for heterofile.³² En majoritet lever alene, over dobbelt så mange som heterofile, noe som særlig gjelder homo- og bifile menn. De har betydelig færre barn (i gjennomsnitt 20-25%) og økt risiko for sosial isolering ifølge den amerikanske studien. Innenfor denne gruppa er personer som lever med hiv ytterligere utsatt, har svake sosiale nettverk og lever i enda større grad alene.

29 Sitert i Bromseth 2013.

30 Bromseth & Siverskog 2013.

31 Fredriksen-Goldsen et al 2011.

32 Tallet er langt høyere enn gjennomsnittet i den amerikanske befolkningen i øvrig. I den norske folkehelsestatistikken ligger gjennomsnittet for depresjon i aldersgruppen 67+ på 6%, med høyere andel for gruppa med lavest utdanning (8%) og lavere andel for de med universitets- og høyskoleutdanning (3%). For skeive i aldersgruppen 40-82 år er bifile kvinner overrepresentert når det gjelder nedsatt psykisk helse, samt homofile menn (Unihelse 2013, s 72). Personer som rapporterer om psykisk sykdom generelt er mellom dobbelt og trippelt så stort blant homo- og bifile menn og kvinner som hos heterofile. Underlaget (eller utvalget?) i aldersgruppen 60-82 er imidlertid svært lite så det er vanskelig å si hvordan det ser ut. I den svenske folkehelseundersøkelsen fra 2014 rapporterer 14% av ikke-heterofile kvinner og menn mellom 65 - 84 om nedsatt psykisk helse. Tallet er over dobbelt så høyt for homo- og bifile enn hos heterofile menn i samme aldersgruppe, mens mellom heterofile og skeive kvinner er forskjellene mindre (11 og 14%).

I rapporten “Å aldres med HIV” som FAFO har gjort på oppdrag av HIV Norge rapporterer en majoritet om begrenset åpenhet: “Det kan sette noen grensen for det sosiale livet og samværet. En av informantene sa: “Åpenhet angår ikke bare deg selv”.

(Grønningssæter og Hansen 2018, s 43)³³

Eldre skeive som lever med hiv har svake sosiale nettverk og lever i enda større grad alene enn skeive menn som ikke har hiv.

Å leve skjult over tid i et homonegativt miljø, komme ut sent i livet, ofte uten nettverk eller med negative reaksjoner fra eksempelvis familie er, var noen av erfaringer blant *de som opplevde lavest livskvalitet og dårligst helsetilstand*. Å være åpen i ung alder, og dermed ekstra utsatt for diskriminering, minoritets-etnisk bakgrunn, lav utdanning og fattigdom var andre erfaringer som også kom fram. *Gruppa som opplever høy livskvalitet og god helse* preges av fordelaktige sosiale posisjoner som høy inntekt, og utdanning og lav frekvens av opplevd diskriminering eller fiendtlighet. De tilhører den yngre delen av den eldre lhbtq-befolkningen, har vært del av den åpne homobevegelsen og levd åpent. Mønsteret viser en livslang erfaring av fordeler. Over 70% i denne gruppa er også gift eller har partner. Vi kan altså snakke om ulike *skeive generasjoner* der alder, samfunnets holdninger og tilgang på skeivt miljø spiller en rolle for livsforutsetningene.³⁴

Behov for hjelp og omsorg

Når det gjelder bistand av praktisk art ved sykdom, opplyser en tredjedel i den amerikanske studien at de ikke har noen som hjelper dem. I den svenske levekårsundersøkelsen svarer 10% av ikke-heterofile i aldersgruppa 45 – 84 år at de ikke har noen som kan hjelpe dem ved sykdom. Det er dobbelt så mange enn blant heterofile, og for kvinner over 65 år svarer tre ganger flere lesbiske og bifile kvinner enn heterofile i samme aldersgruppe at de ikke har noen som hjelper dem. Dette er urovekkende fordi ansvaret for støtte og hjelp i alderdommen eller ved sykdom i økende grad legges på den nærmeste familien også i Skandinavia. Mange er avhengig av at familien presser på for å sykehjemsplass eller motta hjemmetjenester: “Det er beregnet at familien står for ca halvparten av omsorgen for hjelpe-

³³ Grønningssæter, Arne Backer og Hansen, Inger Lise Skog (2018). Om å bli eldre med hiv. FAFO-rapport 2018: 43

³⁴ Se Rosenfeldt, 2003

trengende eldre, men færre homofile og lesbiske har barn som kan bistå dem med hjelp og støtte i eldre år.”³⁵

Samtidig ytes en betydelig andel gjensidig omsorgsarbeid, særlig i form av følelsesmessig støtte, blant eldre lhbtq-personer. Dette omsorgsarbeidet er imidlertid vanskeligere å stole på ved behov for omsorg over lengre tid. Det er også vanskelig i forbindelse med situasjoner der store etiske beslutninger skal tas, ofte på grunn av manglende juridisk ansvar ved sykdom, død og begravelse. Det er en tendens til at slekt, som en ikke nødvendigvis har hatt så mye kontakt med i voksenlivet, blir mer sentrale i denne fasen.

Å få anerkjennelse for de som man betrakter som sine nærmeste, selv om det ikke er slekt eller familie, er svært viktig for kvaliteten på livets slutfase blant eldre skeive. Det viser en engelsk undersøkelse:

“De som svarte vil at betydningsfulle andre i livet deres skal anerkjennes, respekteres og være involvert i omsorgen av dem (og i noen tilfeller holde primærfamilien unna eller eksplisitt IKKE vil at primærfamilie skal involveres).”

(Almack 2015, s 4)

Bekymringen for heteronormativitet og homo- og transfobi i eldreomsorgen på den ene siden, og at eldre skeive, på den andre siden, i større grad er avhengig av offentlig helse- og omsorgshjelp, i tillegg til hjelp fra partner og venner, gjør det viktig å skape gode forutsetninger for sensitive og ikke-normative møter.

Flere studier viser at eldreomsorgens holdninger er mer positive enn tidligere, men at kompetansen om *hvordan* en lhbt-sensitiv og inkluderende eldreomsorg skal skapes i praksis ikke er tilfredsstillende. Dermed finnes det også reelle grunner til de lave forventningene til å bli møtt med forståelse og kompetanse. Dette fører imidlertid til at en del eldre skeive utsetter å søke hjelp.

For skeive kvinner over 65 svarer 3 ganger så mange som heterofile at de ikke har noen som hjelper dem ved praktiske behov.

³⁵ Nuland 2009, 61. Se også Szebely & Ullmanen 2012

Å eldes som skeiv

“Aldringen som Lena, ja så lenge jeg bor hjemme går det vel bra, men senere når man blir eldre og kanskje må inn på et hjem da kommer man nok ikke inn, ikke om man ikke er blind og 102 år. For hjemmehjelpen og sånn er da.. Altså der har jeg lobbet hos partiene om at de må ha lhbt-kompetanse i hjemmetjenesten. [...]”

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. Selv om det ikke blir sånn, men det kan jo bli sånn.”

(Lena, 65)³⁶

Eldre skeives bekymring for hva som kan skje når man blir eldre og de ikke kan klare seg hjemme kan sees i lyset av at mange har vært og er restriktive med hvem og når de er åpne med sin seksualitet og/eller kjønnsidentitet³⁷. “Å leve diskret”, eller føre et dobbeltliv, har særlig vært kjennetegnende for den eldste generasjonen skeive, som kom ut for seg selv før den åpne homobevegelsen skjøt fart på 70-tallet.³⁸ Å ikke være åpen eller synliggjøre for omverdenen en avvikende seksualitet har også vært en beskyttelse mot å utsettes for krenkelser. For mange eldre skeive har hjemmet blitt forbundet med en frisone; en plass der de kunne være seg selv, slippe den heteronormative kulturens krav og forventninger, og å invitere andre skeive eller andre som var positive til ens identitet og livsvalg.³⁹

Tanken på å flytte til et sykehjem eller omsorgsbolig handler altså om mer enn å ikke klare seg selv og å være en belastning for andre. Det innebærer også å være nødt til å leve i et heteronormativt miljø. Flere studier viser at mange vil skjule sin seksuelle orientering og/eller normbrytende kjønnsidentitet hvis de ble avhengig av hjelp. Mange har en redsel for å forsnakke seg ved demensdiagnose.⁴⁰ De deltar også i mindre grad i de generelle sosiale aktiviteter som tilbys pensjonister, og i avlastningsgrupper for omsorgsgivere. For transpersoner som ikke

har gjennomgått full kjønnsbekreftende behandling kan uro for å utsettes for dårlig behandling innebære å avstå fra å uttrykke det kjønn de opplever seg å være. For andre som bryter med kjønnsnormer, særlig blant trans- og interkjønnpersoner, vil det også vises på kroppen noe som innebærer en spesifikk utsatthet.⁴¹

”For eldre interkjønnpersoner kan de ha opplevd en livstid av integritetskrenkende og uønsket medisinsk ”behandling”. Som et resultat av dette kan de være mistenksomme mot helsepersonell, utsette å søke hjelp de behøver av frykt for diskriminering innen helsetjenester, eller fordi de ikke ønsker medisinsk innblanding i livene på grunn av sin personlige historie.”⁴²

En majoritet av eldre skeive i de refererte internasjonale studiene er åpne i møte med fastlegen sin. Samtidig peker mange på at åpenhet er situasjonsbetinget og avhengig av hvordan en tror det kommer til å bli mottatt. De fleste tolker omgivelsene og relasjonene for å lete etter tegn som kan bekrefte eller avkrefte om det er trygt å være åpen. Inger valgte å ikke fortelle personalet om at partneren var en kvinne da hun ble behandlet for brystkreft:

“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?”

Inger, 67⁴³

Få har tillit til at de kommer til å bli møtt på en kompetent og respektfull måte ut fra hvem de opplever å være og det liv de lever/har levd. De forventer heteronormativitet.⁴⁴ Samtidig som det beskytter mot å bli møtt på negative måter kan det å

³⁶ Sitert i Siverskog 2016, s. 231

³⁷ Bromseth & Siverskog 2013

³⁸ Kristiansen 2004.

³⁹ Lindholm 2013.

⁴⁰ Fredriksen-Goldsen et al 2011, Price 2008.

⁴¹ Se Siverskog 2013, Cook-Daniels 2006.

⁴² Se J.R. Latham og Organisation Intersex International Australia 2015

⁴³ Intervju med Inger Wærstad, TV2 27.10.2018.

⁴⁴ Se f eks Willis 2013.

ikke være åpen ha store konsekvenser både sosialt og for god personsentrert omsorg. For eksempel kan det å stenge døren til mennesker man har hatt kontakt med tidligere i livet som kan "avsløre" en også gjøre at man stenger døren til en man kan dele livserfaringer og –minner med: Deler som ikke får synliggjøres siden de oppleves som potensielt truende for den egne tryggheten. Frykt for å ikke bli akseptert for den man er, opplevelser av usynliggjøring, stereotypisering og fysiske og verbale krenkelser (fra både fortid og nåtid) kan føre til minoritetsstress.⁴⁵

"...det er noe som sitter igjen, selv om jeg rent intellektuelt forstår at det spiller ingen rolle om jeg er åpen i den eller den sammenheng, men det er noe som jeg holder tilbake [...] I den tiden hvor jeg ble formet så kjente jeg på den tvangen om å holde tilbake den man var."

Nina, 65⁴⁶

For mange eldre skeive har det å kontrollere åpenhet; hvem som vet og når, vært en sentral livsstrategi for å kjenne seg trygg. Selv om samfunnet har endret seg i positiv retning kan frykten for negative reaksjoner fortsatt være sterkt tilstede for en del eldre skeive.⁴⁷

I en engelsk studie om eldre skeives behov i livets slutfase ønsker en majoritet av de spurte at tjenester og bomiljø skal være inkluderende, reflektere samfunnets mangfold, og at skeive blir verdsatt, forstått og føler seg trygge, og at det er møteplasser hvor en kan finne "likesinnede."⁴⁸ Et informert, aktivt normbevisst og sensitivt møte med helse- og omsorgstjenester er derfor helt avgjørende for å være åpen om sin livssituasjon og formidle sine behov, og derigjennom tilgang til god personsentrert omsorg (og likeverdige helsetjenester).⁴⁹

⁴⁵ Se Meyer 2003

⁴⁶ Sitert i Bromseth 2013, s. 61

⁴⁷ Se Weeks, Heapy and Donovan 2001, Bromseth & Siverskog 2013

⁴⁸ Almack 2015

⁴⁹ Ward et al, 2012.

Demens

For den som også har en demensdiagnose får åpenhet flere ringvirkninger. Blant annet er kartlegging av personer med demens sin livshistorie en forutsetning for god omsorg. Her er en normbrytende kjønn eller seksualitet relevant på flere ulike måter. Hverken kjønnsidentitet eller seksuell orientering "forsvinner" ved demens.⁵⁰ Det kan derimot være utfordrende når ens evne til å vurdere hva som er privat eller offentlig er redusert. "Ufrivillig åpenhet" eller det å være åpen når man ønsker det kan gjøre en spesielt sårbar for andres reaksjoner når man har en demenssykdom. Det et å ha en støttende pårørende er avgjørende for å fremme ens behov. Relasjonen til pårørende, og i hvilken grad de er informert om hele den eldres liv, er én dimensjon i dette. Hvilket forhold pårørende har til at denne personen har levd skeivt er en annen dimensjon. Det er ikke selvsagt at denne delen av livshistorien er kjent for slektningene som tar ansvar for en når man bor på sykehjem.⁵¹ Når det er noe som ikke snakkes om, blir det også vanskeligere å orientere omsorgspersonalet. Det er også utfordrende når ikke-aksepterende pårørende, for eksempel barn, og partner skal ta avgjørelser som kan få store konsekvenser. Flere studier gir eksempel på negativ omsorg der nærstående krever at den eldre skal skjule eller ligge lavt med sin kjønnsidentitet eller seksuelle orientering, for eksempel for å få deres støtte og for å få treffe barnebarna.

Å ha en støttende pårørende er avgjørende for å fremme ens behov. Relasjonen til pårørende, og i hvilken grad de er informert om hele den eldres liv, er én dimensjon i dette.

⁵⁰ For en innføring i demens og seksualitet, se *Sexualitet och demenssjukdom* (Svenskt demensentrum (2017)

⁵¹ Barrett & Crameri 2015. Se også FRI Oas nettressurs om eldre skeive og demens på: www.frio.no/demens/

5. HVA HINDRER GOD PRAKSIS?

“At seksualitet ikke lenger betyr noe når en blir gammel og å underkjenne at det finnes eldre skeive en av de viktigste hindrene for god eldreomsorg er. Å være lesbisk, homofil, bifil eller trans påvirker en persons selvforståelse, uavhengig av alder.”⁵²

En vanlig oppfatning er at seksualitet blir mindre viktig jo eldre man blir. Hvorfor er det viktig å tenke på kjønns- og seksualitetsmangfold da?

Som vi har sett eksempel på, handler skeives aldringsvilkår om mye mer enn sex og parrelasjoner. For mange er det å bryte med kjønns- og seksualitetsnormer noe som har preget livet sterkt på forskjellige måter. Det er en sentral del av den man opplever seg å være. Det kan prege holdninger, og interesser, hvordan ens nære relasjoner ser ut, smak, humor, bok- og filminteresser eller musikk. Det er dermed en viktig del av en persons sosiale interesser, viktige relasjoner og kulturelle behov.

Samtidig er en aktiv seksualitet og intime relasjoner viktig for mange. I tråd med den alderistiske forestillingen om at eldre ikke har en seksualitet, prates det sjelden om seksuelle behov i forbindelse med omsorgsplanlegging. Unntaket er når det oppfattes som problematisk seksuell atferd. Hvordan man bevisst kan legge til rette for en positiv seksualitet og et aktivt seksuelt liv for den som ønsker det, usynligjøres og løftes sjelden fram.

⁵² Safe to be me, 2017, s 14. Kapittel 5 bygger delvis på s 14 – 18 i dette materialet.



*Nei, så jeg onanerer og Ingrid og jeg holder på å gjøre om på sexlivet vårt og gjør noe bedre av det. Altså når en elsker, vi som er litt eldre, da kanskje de stillinger vi synes var bra for en stund siden ikke er like bra fordi man ikke er like myk [...]*⁵³

“Det angår ikke oss”

En holdning til normbrytende seksualitet blant helsepersonell er å redusere det til å handle om seksuelle relasjoner- og dermed til noe privat som ikke tilhører det de anser som relevant informasjon for å yte god hjelp. Men å anse seksuell orientering som irrelevant er samtidig en måte å ignorere store deler av skeives liv, historie og relasjoner, og kan brukes som en unnskyldning for ikke å yte en helhetlig omsorg.

[Eldreomsorgen] har veldig vanskelig for det. [...] “Nei, nei nei, de er bare venninner eller det kan man jo ikke spørre om” og man tror at man fornærmer noen gjennom å spørre. Bare om du tenker deg den innstillingen, at det er et fornærmende spørsmål. Da forstår du hva de synes om det⁵⁴.

“Vi har ingen skeive mennesker her, så det er nok ikke aktuelt for oss.”

Ingen kan se hvem som er skeiv eller ikke. Med denne holdningen skapes framfor alt et miljø der det blir vanskeligere å være åpen som skeiv siden ingen kommer til å legge til rette for at miljøet skal være bra for alle, uansett livsløpserfaringer, identiteter og livsstil. Det er ofte en unnskyldning for å ikke jobbe med å gjøre de endringer som behøves for å skape en mindre heteronormativ arbeidsplass og omsorgstilbud.

“Fordi hun hadde vært gift og hadde tre barn tenkte jeg aldri på at hun kunne ha hatt et forhold til en annen kvinne.”⁵⁵

“Det er vanskelig å prate om et så personlig emne.”

Ofte stopper våre redsler oss fra å stille for personlige spørsmål.

⁵³ Irene, i Siverskog 2016, s 209

⁵⁴ Ingrid, i Siverskog 2016, s 232

⁵⁵ Marek, hjemmehjelper, i Safe to be me, s 17

Det kan hindre helsepersonell fra å finne ut om noen har en normbrytende seksualitet eller kjønnsidentitet, både i møte med kollegaer og brukere beboere. Om personen ikke er åpen for deg kan du vise interesse gjennom å stille oppfølgende spørsmål om dens liv og relasjoner som ikke nødvendigvis er direkte, men som signaliserer at du er interessert, trygg og positiv. Det kan invitere til åpenhet.

Hjemmehjelpen Rebecca begynte å jobbe hos Mel og David, som hadde bodd sammen som kjærlighetspar i mer enn 30 år, men ikke var åpne, og oppdaget raskt at de måtte være mer enn bare venner. Gjennom å stille positive interesserte spørsmål om deres relasjon, uttrykte hun at hun forsto at de måtte være veldig glade i hverandre, og de valgte til slutt å være åpne for henne. Det innebar et nytt liv for Mel etter at livskameraten gikk bort, som da kunne dele sitt tap med en annen og valgte gradvis å åpne seg for flere⁵⁶.

Ingen skal eller kan tvinge noen til åpenhet- og det må skje på den enkeltes vilkår og premisser. Noen har verken satt en identitetsmerkelapp på seg selv eller sine relasjoner med det språket vi bruker i dag. Men taushet og mangel på interesse og spørsmål vil definitivt ikke oppmuntre til å fortelle mer dersom ens normbrytende kjønn eller seksualitet oppleves som en utfordring.

“Er du en slektning?”

Helse- og omsorgssektoren kan ubevisst legge stor vekt på konvensjonell biologisk familie. Selv om brukeren eller beboeren avgjør hvem som er å regne som nærstående formelt sett, er det vanlig å spørre etter slektninger eller familie forstått som blodsslekt eller primærfamilie.

Som vi har sett eksempel på tidligere er ikke alle eldre skeive så nære den biologiske familien. En del har opplevd krenkelser eller mangel på aksept og forståelse fra medlemmer i den biologiske familien eller tidligere kjernefamilie. For noen kan det ha ført til brudd med ikke-aksepterende foreldre eller barn (og dermed også barnebarn), eller en sterkt negativt betinget

⁵⁶ Gen Silent, 2011

relasjon. Selv om relasjonen ofte endres positivt over tid kan tilliten ha fått en ordentlig knekk.

Lena, som ikke var åpen med sin transidentitet for sin daværende kone, opplevde å bli "tatt på fersken" en dag. Eks-kona «sprang rundt og fortalte alle hun møtte i hele byen hvor ekkel jeg var som kledde seg i dameklær». Lena og kona separerte og etter det prøvde Lena å unngå å gå for mye ut fordi hun opplevde at folk stirret. Hun forteller at hun før hun ble "outet" ofte ble invitert hjem på kaffe til bekjente, men at det forandret seg når hun ble mer åpen med sin transidentitet⁵⁷.

Hvem er da skeives familier?

I flere studier oppgis venner, partnere og skeive miljø som viktige relasjoner for mange eldre skeive, og "valgte familier" er et etablert begrep som brukes for å beskrive ens nærmeste sosiale relasjoner. Her fylles familiebegrepet med nytt innhold for å beskrive de som en anser er viktige i ens liv, der primærfamilie, venner, slekt, partners, elskere, skeive miljø og husdyr kan inngå. Det vil si relasjoner som er positivt bekreftende av ens kjønnsidentitet og seksuelle orientering. Det er derfor avgjørende å være sensitiv og vise respekt ovenfor de relasjoner som anses viktige for den enkelte. Det gjelder både skeive og omsorgsmottakere i sin allminnelighet. Det gjelder også hvordan en prater om nære relasjoner generelt, hva som 'teller' og hva som ofte usynliggjøres. Som Ann-Britt forteller:

"Og når det blir prat om barn og barnebarn så havner man utenfor, mener hun. "Det er som om man ikke riktig regnes med." Og legger hun til: "Det er som om man ikke er verdt noe når man ikke har barn. Eller mann." ⁵⁸

Å delta i sosiale fellesskap og dele visse erfaringer med andre skeive kan være viktig for mange eldre skeive; både for de som alltid har gjort det og for 'nykommere'. Bjørn, som deltar på FRI OAs regnbuetreff annenhver uke på dagsenteret Kampen omsorg+ i Oslo, beskriver det på denne måten:

⁵⁷ Sitat fra Siverskog 2016, s 100

⁵⁸ Lindholm, 2013, s 90

"Men for meg betyr dette her med samvær og treffe folk mye. Også er jeg nysgjerrig på mennesker og det de har drevet med. Og det er noe med det å treffe voksne, homofile mennesker. Da vet man at starten for dem ikke har vært enkle. Det er mange interessante historier her."

Bjørn, 67⁵⁹

Emil, som selv bor i en Omsorg+-bolig og er åpen homofil forteller at de på regnbuetreffene mimrer mye om gamle dager, om gamle bekjenskaper og miljøene de vanket i. Om det finnes et skeivt seniortilbud der din virksomhet befinner seg, synliggjør gjerne tilbudet på ulike måter og informer om det når det er relevant.

⁵⁹ Sitat fra artikkel på Bymisjonen.no: <https://kirkensbymisjon.no/artikler/regnbuetreff-med-fri-pa-kampen-omsorg/>

DEL II

VEIER TIL FORANDRING: PRAKTISKE ØVELSER

Men hva er det da som fremmer god praksis? I en amerikansk studie ble eldre skeive spurt om hva som viser at en tjeneste er lhbtq-inkluderende. Seks av ti ting som ble nevnt var knyttet til tilrettelegging hos tjenesteyteren, og understreker hvor viktig det er med kompetanseheving i tilbudene.

De tre viktigste var:

1. Å vise tydelig utad, med regnbuesymbol eller på annen måte, at det er en LHBTI-vennlig virksomhet.
2. Bruk av inkluderende språk.
3. Skeive ansatte som er åpne.⁶⁰

For å både skape en omsorgsvirksomhet og arbeidsplass som lever opp til dette må vi starte med bevissthet. I del 2 inngår ulike øvelser og metoder for å kartlegge egen kunnskap og holdninger om normer, kjønn og seksualitet i egen yrkespraksis (kapittel 6) og øvelser for å utfordre normer i hverdagen (kapittel 7).

⁶⁰ Croghan, Moone and Olson 2015

6. Å GRANSKE EGEN VIRKSOMHET

Hvilken kunnskap behøver vi for å endre vår praksis? Denne delen gir konkrete forslag og oppgaver for å undersøke egne forestillinger og egen arbeidsplass.

For å skape endring er det viktig å kartlegge seg selv og virksomheten du jobber ved. Hvordan påvirkes jeg/vi av samfunnets normer i våre holdninger og praksiser? Hvilke forestillinger har jeg om de brukere eller pasienter vi møter hver dag? Under følger øvelser for å granske seg selv og virksomheten på ulike måter. For ledelsen kan det være lurt å starte med kartleggingskjemaet for å få en oversikt over utfordringer i virksomheten.

1. Sjekkliste for god praksis på arbeidsplassen

Hvor mye har jeg reflektert, hvor mye kan jeg/vi og hvordan jobber vi med inkluderende virksomhet i dag?

Skjemaet⁶¹ under kan være et nyttig startpunkt for felles arbeid mot en mer inkluderende virksomhet:

- Fyll ut i skjemaet og vær ærlig med deg selv. Formålet er ikke å «bli best» men å kunne erkjenne for deg selv på hvilke områder du/dere behøver å utvikle.
- Hvis dere er en gruppe kollegaer eller ledergruppe del resultatet av avkrysningen med hverandre. Hvilke refleksjoner satte spørsmålene i gang, og hva forteller svarene om kunnskapsbehov og holdninger i virksomheten?

Sjekkliste for god praksis: hvordan kan vi bli mer aktive i å skape inkluderende miljø med fokus på kjønn- og seksualitetsmangfold?

⁶¹ Skjemaet står i materialet *Safe to be me* fra Age UK og Opening Doors London (2017) og er oversatt til norsk og tilpasset av Monica Bothner.

Vise personlig bevissthet og engasjement			
1. Å være ærlig mot seg selv: Jeg har tenkt over hvilke holdninger jeg har til skeive (lesbiske, homofile, bifile og transpersoner)?	Ja	Nei	Delvis
2. Søke kunnskap: Jeg prøver å lære mer ved å lese eller snakke med folk som har kunnskap om spørsmål som angår skeive?	Ja	Nei	Delvis
3. Å svare på fordommer: Jeg prøver å utfordre fordommer eller krenkende kommentarer i stedet for å la dem passere?	Ja	Nei	Delvis
4. Unngå antagelser: Jeg prøver å unngå antagelser om personers seksuelle orientering eller kjønnsidentitet?	Ja	Nei	Delvis
5. Verdsatte tillitserklæringer: Hvis noen forteller meg at de er skeive, forstår jeg at det er viktig å anerkjenne og verdsette det som deles?	Ja	Nei	Delvis
6. Være en god lytter: Jeg lytter til språket som brukes når personen beskriver seg selv og spør om jeg kan bruke de samme ordene/begrepene. Jeg bruker navn og kjønnspronomen som folk bruker om seg selv?	Ja	Nei	Delvis

Gi klart uttrykk for å være bekreftende til skeive			
7. Å si det tydelig: Vi sier tydelig velkommen til lhbtqi-personer i brosjyrer/materiell?	Ja	Nei	Delvis
8. Synliggjøre vår holdning: Vi har regnbueflagg/klistremerke/plakat på vårt kontor. Vi viser mangfold på bilder i vårt materiell, inkludert lhbtqi-personer?	Ja	Nei	Delvis
9. Bruk språket: Vi bruker begrepene lesbisk, homofil, biseksuell og trans (eller skeiv) der det er aktuelt i vår litteratur?	Ja	Nei	Delvis
10. Tilby et kontaktpunkt: En ansatt er lhbtqi-koordinator på arbeidsplassen?	Ja	Nei	Delvis
11. Økende synlighet: Vi har skeiv litteratur, magasiner eller annet materiell i våre resepsjonsområder og sosiale områder?	Ja	Nei	Delvis
12. Promotering i media: Vi bruker medier rettet mot skeive i saker om vårt arbeid og for å vise offentlig at vi ønsker skeive personer velkommen.	Ja	Nei	Delvis
13. Tilby fasiliteter: Vi tilbyr våre lokaler til ulike samfunnsgrupper, for eksempel til et skeivt kor eller en aktivitetsgruppe?	Ja	Nei	Delvis
14. Å være sensitiv: Vi tilbyr unisex fasiliteter i tillegg til, eller istedenfor, "damer" og "herrer"?	Ja	Nei	Delvis

Ha en tydelig strategi - og veiledning om inkludering			
15. I undersøkelser/spørreskjema: Vi inkluderer seksuell orientering og kjønnsidentitet når vi kartlegger trivsel og behov?	Ja	Nei	Delvis
16. Å takle diskriminering: Vi har klare prosedyrer for å håndtere homofobi og diskriminerende atferd, blant ansatte, beboere, brukere og besøkende. Forebygging av mobbing slik som trakassering, homofobi og transfobi er eksplisitt inkludert i instruks, sammen med andre diskrimineringsgrunnlag?	Ja	Nei	Delvis
17. Samtykkende informasjon: Vi sørger for at personalet har kunnskap om at det ikke er tillatt å avsløre en persons transstatus eller seksuelle orientering uten deres tillatelse?	Ja	Nei	Delvis
18. Investering i mennesker: Vi tilbyr kompetanseheving om kjønns- og seksualitetsmangfold som en del av vårt opplærings- og fagutviklingstilbud for ansatte og frivillige?	Ja	Nei	Delvis
19. Synlighet og inkludering: Vi sikrer at våre skjemaer har åpne og inkluderende spørsmål, som "Hvem vil du at vi skal kontakte i en akutt situasjon?" i stedet for "hvem er nærmeste slekt"?	Ja	Nei	Delvis

Mine notater:

2. Å undersøke egne erfaringer med normer, privilegier og diskriminering i ens eget liv

Hvordan påvirker normer meg i min hverdag? Hvilke privilegier har jeg, hva er mine “norm-områder”, og hvordan gir det seg uttrykk? Hvilke erfaringer har jeg med normer som skaper motstand i mitt liv?

I øvelsen Teflontesten, er målet å skape refleksjon rundt våre erfaringer med hvordan vi blir møtt og tolket av andre. Hvilke deler av vår selvoppfatning har gitt oss negative opplevelser og hvilke områder opplever vi sjelden negativ respons på? Har de forandret seg over tid og eventuelt hvordan?

Les raskt gjennom skjemaet og kryss av for hvor ofte eller sjelden du opplever «friksjon» på grunn av de sosiale kategorier ovenfor. Friksjon kan være alt fra en følelse av å ikke passe inn til å utsettes for krenkelser og diskriminering.

Friksjon kan være alt fra en følelse av å ikke passe inn til å utsettes for krenkelser og diskriminering.

Friksjon på grunn av:	Ofte	Av og til	Sjelden
Alder			
Kjønn			
Seksualitet			
Etnisitet			
Hudfarge			
Funksjonsvariasjon			
Tro			
Klasse			
Kroppsstørrelse			
Livssituasjon			

(Louise Andersson 2010)

DEL REFLEKSJONER MED KOLLEGAENE DINE OG DISKUTER:

- Hvordan påvirker våre erfaringer med privilegier og marginalisering på ulike områder våre yrkespraksiser?
- Hvilke erfaringer er godt representert i vår virksomhet og hvilke mangler vi?
- Hvilke konsekvenser tror dere at det kan ha for virksomheten (for rekruttering, prioriteringer og vurderinger)?
- Er erfaringene forskjellig på tvers av miljø og sosiale sammenhenger?

Husk at det er lettere å fokusere på det som avviker fra normen enn på det som inngår i den, ettersom normen oppfattes som selvsagt!

3. Hvem antar vi at våre brukere og pasienter er?

Vi har ofte antakelser om dem vi møter; hvem de er og hvilke liv de har/har hatt. Som vi så i kapittel 2 henger disse antakelsene sammen med samfunnets forventninger om hvem vi bør/kan være og hvilke liv vi bør/kan leve. Det er når noe bryter med normene at vi blir klar over disse forventningene. Linn, som har gjort mange hjemmebesøk for å utrede søknader om bistand møter seg selv og sine egne forestillinger i døra hele tida.

Linn: Ofte når vi skal spørre etter nærstående så spør jeg ofte om barn, eller man tenker seg det. Som nå i forrige uke så spurte jeg om kontaktinformasjon til en som ville ha trygghetsalarm, og da er det den aller viktigste som oppgis. Og jeg tenker meg barn da. I dette tilfellet hadde hun fortalt at hun var alene, hun var skilt da, det visste jeg jo, men jeg ble nok litt – jeg spurte om hvem vi skulle ta kontakt med om det skulle skje noe, og da sa hun sin tidligere mann som hun hadde skilt seg fra, de hadde fortsatt en sånn bra relasjon. Så jeg hadde jo tenkt, ja men de er jo skilt, de har jo brutt sine bånd [...]

Linn: Det var fortsatt han som sto nærmere enn barna. Så man går jo i sine egne feller hele tida. Hvorfor jeg gjorde det, vet jeg ikke, men det var nok det at jeg tenkte sånn når jeg hørte at de var skilt.⁶²

Å undersøke normskaping i virksomheten gjennom et normbevisst blikk, er en sentral nøkkel til forandring.

Hvordan påvirker normer muntlige samtaler, omgangsformen i møter og hvilke spørsmål som stilles; av søknadsbehandlere i utredningsprosessen, ved inntakssamtale på sykehjemmet, på hjemmebesøk eller på dagsenteret? Hvordan snakkes det om behov, hvordan beskrives og vurderes behov? Og samtidig, hvordan fremstilles mottakeren av helsetjenester i ulike typer tekst, i rapporter, utredninger, og beslutninger? Hvordan fremstilles brukeren gjennom bilder og tiltale i brosjyrer og på nettsiden? Å undersøke normskaping i virksomheten gjennom et normbevisst blikk er en sentral nøkkel til endring. Øvelsene nedenfor har som mål å vise hvordan man, ofte ubevisst, kategoriserer og vurderer andre og bidrar til refleksjon rundt hva det kan innebære for yrkesutøvelsen.

“NORMBRUKEREN/PASIENTEN”

Hvilke forestillinger finnes om ulike “typer” brukere eller pasienter, hvordan tenker og kategoriserer du omsorgsmottakere, og hvordan gir det seg uttrykk i språket og hvordan ulike brukere beskrives blant kollegaer?

A. HVEM ER DEN “VANLIGE” BRUKEREN/PASIENTEN?

For å ta tak i hvordan normer preger forestillingen om ulike brukere, så kan det være bra å reflektere rundt hvem som inngår i kategorien “normbrukeren” - altså “den ordinære og vanlige omsorgsmottakeren” som det ikke er noe spesielt med.

Egenrefleksjon: Hvem er den “vanligste” brukeren/omsorgsmottakeren dere møter i arbeidet (eller den vanligste jobbsøker/ansatte)? Hvilken gruppe brukere/søkere/ansatte kjenner seg trygg i møte med dere, vet hvordan de skal definere egne behov osv?

- Beskriv for deg selv et hjemmebesøk eller en omsorgssituasjon som fungerte bra og som kjentes komfortabel. Hva var det som gjorde at det fungerte bra og ikke innebar noen større friksjoner eller problemer?

⁶² Sitert fra Bromseth 2016

Dersom øvelsen gjøres som gruppearbeid:

Jobb i grupper på 4. Diskuter hva dere tenkte kjennetegnet “normbrukeren/omsorgsmottakeren”. Sammen tegner dere en eller to bilder av dem eller gjør skriftlige beskrivelser ut fra dette (f.eks. alder, hjelpebehov, livssituasjon, bakgrunn). Ta notater. Gruppene presenterer så sine skisser for alle.

- Hva har personene på bildene felles?
- Finnes det et mønster når det gjelder kjønn, kjønnsuttrykk, alder, hudfarge, funksjonsnivå, etnisk bakgrunn, bosted, sosial bakgrunn, seksualitet osv?
- Hva kjennetegner de som er “selvsagte” i virksomheten?
- Hva er det med virksomheten som gjør at akkurat disse kjenner seg selvsagte?
- Er det noe som bør forandres og i såfall hva?

B. HVEM ER DEN MINDRE “VANLIGE” BRUKEREN?

Hvem er den minst selvsagte brukeren, som avviker på en eller flere måter og /eller som ikke kjenner seg bekvem i møte med dere? Prates det om “spesialkategorier” av brukere/omsorgsmottakere - hvilke er i såfall disse?

- Reflekter på egenhånd.
- Beskriv så et hjemmebesøk, en omsorgssituasjon eller en samtale som føltes vanskelig eller ubekvem. Hva handlet det om?
- Felles diskusjon i smågrupper og i plenum.

Viktig: husk å holde en respektfull tone når dere reflekterer rundt ‘kategorier’ av brukere- også når disse identitetene eller erfaringene ikke finnes i rommet. En bra tommelfingerregel for å unngå å bruke ‘oss og dem’-språk er å tenke seg at alle erfaringer er tilstede i rommet, alltid!

4. Hvordan presenterer vi virksomheten utad i tekst og bilde?

Et bra førsteinntrykk må vise inkludering i praksis. Det spiller ingen rolle hvor gjennomtenkt virksomheten jobber dersom potensielle brukere eller pasienter får det motsatte inntrykket gjennom ansiktet utad.

Et bra førsteinntrykk må vise inkludering i praksis!

Å undersøke hvordan virksomheten framstilles gjennom informasjonsmateriell og også hvordan vi beskriver brukere i de skjema og journaler vi bruker internt daglig er viktig. Hvilke eksterne og interne bilder av brukere og pårørende skapes i tekst og bilde? Hvilke normer og kategorier skapes i disse tekstene og bildene? Formålet med å reflektere rundt språklige og billedlige framstillinger er å få øye på både hva som kan virke usynliggjørende og ekskluderende – og hva som åpner opp og fungerer inkluderende.⁶³

Hvem er representert på bilder og i tekst i våre brosjyrer og på nettsidene våre?

- Finnes det et mangfold når det gjelder kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk, seksuell orientering, hudfarge, etnisk bakgrunn, funksjonsforutsetninger, religiøs tilhørighet eller familiekonstellasjoner?
- Hvem henvender materialet seg til direkte og indirekte? Finnes det grupper som kjenner seg mer eller mindre inkludert?
- Hvordan kan bildemateriale og språklig tiltale endres for å være mer inkluderende og mindre normativ?

I yrkeshverdagen bruker vi daglig ulike skjema og kartleggingsverktøy for å få vite mer om brukerne. Det kan være et inntaksskjema på sykehjem, livskartleggingsverktøy i personsentrert demensomsorg eller søknadsskjema for å få hjemmetjenester.

- Gå gjennom de vanligste skjemaene der du/dere jobber. Tenk på: kan alle finne gode avkryssingsalternativ når det gjelder kjønn (mann, kvinne, annet?) Hvordan spør en om nære relasjoner - tas 'heterokjernefamilien' for gitt som leveform? Finnes det rom for at en både har vært gift og senere hatt en samkjønna partner?

⁶³ I kapittel 7 og 8 går vi nærmere inn på hvordan vi kan endre handlingsmønstre som har problematiske konsekvenser!

Hvordan fyller vi selv i de skjemaene og verktøyene vi bruker – hvordan omtaler vi/beskrives brukere/pasienter og deres familier og nærstående i skriftlige dokumenter? I pasientjournaler, utredningstekster og rapporter skaper vi bilder av brukere og pasienter; hvem de er og deres liv gjennom hvordan vi beskriver dem. Disse tekstene er ofte verdifull informasjon til kollegaer (og pårørende). Gå gjennom en eldre tekst du selv har skrevet i lys av ny kunnskap.

- Er brukerne som beskrives omtalt med riktig pronomen? Hvordan beskrives relasjoner og familieforhold? Hvordan tolkes behov som er «utenom det vanlige»? Hva er det man får vite noe om – og ikke?

5. Hvordan ser det fysiske miljøet ut?

Hvilke signaler sendes ut gjennom hvordan det fysiske miljøet ser ut; i utforming av rom og hva som finnes i dem? Rommene vi oppholder oss i har mange, ofte ubevisste, budskap. At hva vi sier og hva vi kommuniserer indirekte overstemmer er viktig! Om rom for religiøs praksis heter andaktsrommet og kun spiller salmer hjelper det ikke å si at 'alle er velkomne uansett religion og kulturell bakgrunn'.

Tenk deg/dere at dere ser lokalene deres for første gang- men med et normbevisst blikk! Nå skal dere utforske hver krinkel og krok med ny bevissthet. Er de inkluderende, universelt utformet og viser at det finnes en åpenhet for mangfold- hvordan skulle de oppleves av personer med normbrytende erfaringer og identiteter? Dette kan dere for eksempel se etter:

- Finnes det et mangfold av representasjoner, inklusive eldre skeive, i informasjonsmaterialet?
- Er regnbuesymbolet godt synlig i resepsjonen på klistremerker eller på oppslagstavla?
- Finnes det en synlig anti-diskriminerings-policy om hvordan virksomheten jobber for å skape inkluderende og trygge omgivelser for brukere/pasienter og deres omsorgsgivere?
- Kjønnsnøytrale toaletter for ansatte og brukere/pasienter/nærstående?
- Finnes det lhbtq-relatert materiale tilgjengelig og synlig slik som informasjon om skeive miljø og aktiviteter, filmer og litteratur med skeive tema i fellesbibliotek? Om det finnes et samarbeid med en skeiv organisasjon, er dette synlig for besøkere?

7. HVORDAN UTFORDRE NORMER I HVERDAGEN?

Avlære - og lære om.

Med utgangspunkt i konkrete øvelser og case er formålet med denne delen å skape refleksjon og å trene på inkluderende og normbevisste måter å møte brukere og pasienter på.

- Jobbe med å utfordre måter å kategorisere på
- Trene på språklig kommunikasjon i samtaler
- Trene på å gjøre andre oppmerksomme på problematiske formuleringer

Etter at vi har undersøkt hvordan normer skapes og de negative effektene det kan få for utsatte grupper samt reflektert rundt vårt eget syn på og deltakelse i dette, må man bestemme seg. Vil jeg endre på hvordan jeg handler - eller vil jeg fortsette som før? Velger man det første alternative kreves det bevisst trening for å lære inn nye måter å tenke og handle på: Metoder for å rokke ved ens egne og andres normative antagelser og praksis, håndtere egne "feil" når de oppstår, og bevisst trening for å øve seg på å tenke, formulere og møte andre på en inkluderende måte. Det krever vilje og tålmodighet, ydmykhet og mot.

Du kan ikke kreve av andre at de skal være villige til å forandre hvordan de tenker, men du kan bryte inn ved uttalelser som er krenkende eller stille spørsmål ved problematiske stereotyper i beskrivelser av kollegaer eller omsorgsmottakere. Du har lovverket på din side, og kanskje enda viktigere: bevissthet om at du står opp for den eller de som rammes av diskriminering.

**Vil jeg endre på hvordan jeg handler
- eller vil jeg fortsette som før?**

Hva skjer når du og dine kollegaer endrer til noe dere mener er en bedre praksis?

Å avlære seg for å lære inn på nytt i lys av ny kunnskap og bevissthet sammen med kollegaer, er en fin mulighet til å justere rutiner i arbeidshverdagen.

- Dokumentér egen og felles treningsprosess og snakk om hvilke effekter dere synes nye begrep og måter å stille spørsmål på har.
- Bruk kollegaene i arbeidshverdagen for å teste nye måter å formulere deg på. Fortell at du trener – kanskje vil flere trene på det samme? Gi hverandre innspill, respons og konstruktiv kritikk.

De fleste ønsker å utvikle seg – så legg vekk Janteloven! Inspirér hverandre og gi hverandre tips og råd når det er noe nytt som fungerer godt. Her kommer noen eksempler på konkrete måter å trene på:

Tre ulike øvelser for å utfordre egne forestillinger og handlinger:

1. UTFORDRE MÅTER Å KATEGORISERE OG STEREOTYPIISERE:

- **Å utfordre egne forestillinger:** Vi er alle komplekse individer og våre identiteter er mangfoldige. Noen av dem er synlige og andre ikke. Hva det betyr for hver enkelt er også individuelt og uforutsigbart. Prøv å forestille deg at du ikke vet noe om en ny bruker/pasient du skal treffe i en periode på to uker; om kjønnsidentitet, personens nære relasjoner, sosiale og etniske bakgrunn – uansett hvordan personen ser ut. Når det dukker opp normative forestillinger, forsøk å utfordre dem med ikke-normative bilder. Et eksempel kan være at en person med et ikke-norsk klingende navn har bodd i Norge i hele sitt liv, at brukerens relasjon er samkjønnet, at ingen av de du møter har egne biologiske barn. Hva skjer? Hvordan påvirker det din opplevelse av møtet? Hvordan påvirker det din måte å prate om møtet med den nye brukeren eller pasienten til andre kollegaer?
- **Tørre å prøve nytt språk:** I dine skriftlige rapporter i en uke, bruk for eksempel...
 - kjønnsnøytralt språk eller pronomen, hen..
 - partner fremfor mann/kone.
 - kun navn på brukerens nærmeste og ikke deres relasjon

Reflekter med kollegaene etterpå:

Hvordan opplevdes det? Er det noe du vil fortsette med, helt eller i visse situasjoner? Hva er fordelene/ulempen med det?

Bruk gjerne tips-listen på inkluderende språk i kapittel 8 som inspirasjon.

2. TRENE PÅ SPRÅKLIG KOMMUNIKASJON I SAMTALE:

Å bruke et nøytralt og inkluderende språk og å utøve normbevissthet i kommunikasjon er noe som må trenes. Å bruke case for å reflektere rundt språkvalg og møter kan du gjøre for deg selv eller sammen med andre kollegaer – både skriftlig og muntlig.

- **Skriftlig:** ta utgangspunkt i en av casene under og skriv en tenkt dialog mellom deg og brukeren/pasienten. Reflekter deretter rundt din måte å møte vedkommende. Føltes den respektfull og inkluderende eller er det noe du vil endre? Hvilke standard-spørsmål bruker du/dere i dag – er de inkluderende og åpne?
- **Muntlige rollespill:** Den beste måten å trene på inkluderende møter er å gjøre rollespill med andre kollegaer. Dette behøver ikke være så tidkrevende. Bruk litt tid på et arbeidslagsmøte eller postmøte med utgangspunkt i ett eller to case og prøv dere fram.

Bruk casene på neste side, og velg det som passer best for din arbeidsplass/yrkesgruppe. En av dere spiller bruker/pasient og en av dere spiller yrkesutøver (helsearbeider/sykepleier/saksbehandler). Formålet med spillet er å trene på gode formuleringer i møte med en bruker/pasient som både positivt bekrefter personens livssituasjon og identitet og bidrar til å skape trygghet. Det kan også være en nyttig erfaring å spille pasient og sette seg inn i ulike ikke-normative livserfaringer.

Pass på: Husk å prate som om alle finns tilstede i rommet. Når en spiller rollespill med utgangspunkt i normbrytende erfaringer er det ekstra viktig å være oppmerksom på å ikke stereotypisere eller komme med 'morsomme' kommentarer.

Case som kan brukes til diskusjon eller rollespill:**MØTER MED PASIENTER PÅ SYKEHJEM/KORTTIDSOPPHOLD:**

CASE 1 Sam, 75 år, er en transmann (født som kvinne, men har levd som mann de siste 25 årene) og har nettopp flyttet inn på sykehjemmet. Han har en muskelsykdom som nå hindrer han i å håndtere egen hygiene, og han behøver blant annet hjelp til å dusje. Han er bekymret for negative reaksjoner fra sykehjemspersonalet fordi det vises på kroppen at han ble født som kvinne. Han er også redd for at de andre pasientene skal finne ut at han er trans. Sam har ikke sagt dette i inntakssamtalen og tar dette opp med deg i fortrolighet når du hjelper han med å komme i orden på rommet sitt.

Hva vil du/dere si til Sam for at han skal kjenne seg trygg og positivt bekreftet, og hva du/dere gjøre videre med informasjonen?

CASE 2 En pasient, Kari, 80, forteller i inntakssamtalen at hun er lesbisk, men er redd for å bli mislikt og isolert. Hun og hennes partner Vigdis er utrygge på om de kan vise at de er et par når de er sammen i fellesarealene.

Hva kan du si og gjøre for at hun skal føle seg trygg og ikke oppleve diskriminering?

CASE 3 A. Carlos, 90, har lammelser etter et slag og bor på sykehjem. Han har ofte besøk av Otto som også bor der, som han har utviklet et kjærlighetsforhold til. Han vil imidlertid ikke at hans barn og slektninger skal vite om deres relasjon og kjenner seg stresset over dette. Gi råd til den/de ansatte om dette når de ringer deg.

B. Carlos, 90, har lammelser etter et slag og bor på sykehjem. Han har ofte besøk av Otto som også bor der, som han har utviklet en kjærlighetsrelasjon til. Barna hans misliker relasjonen sterkt og ringer deg for å be deg prate med de ansatte på sykehjemmet som ikke virker villige til å gjøre noe med det hele.

CASE MED FOKUS PÅ HJEMMETJENESTE:

Du jobber i hjemmetjenesten og skal på et første hjemmebesøk til en ny bruker. På hvilken måte stiller du spørsmål om partner og sosialt nettverk?

Karim, 80, er en enslig homofil mann, opprinnelig fra Irak, men flyktet til Norge i 1990. Skilt fra sin eks-kone, og har en voksen sønn og barnebarn som bor et annet sted i landet. Hans mannlige samboer var den som hadde hatt hovedansvar for husholdet, men han fikk kreft og er nylig gått bort. Karim ringer hjemmetjenesten fordi han kjenner seg ensom og har behov for hjelp til rengjøring.

CASE 1

Anna, 75 år, lever med en sin partner Ninni som har kognitiv svikt, men fortsatt kan bo hjemme med Annas hjelp. De har aldri vært åpne om forholdet sitt overfor andre enn noen ytterst få venner. Har ingen barn. Nå når Ninni har blitt dårligere har Anna behov for pårørendestøtte, men kvier seg fordi det innebærer at hun må være åpen.

CASE 2

Fred/Tina er en mann-til-kvinne transvestitt, 80 år, og vil ofte ha truser, BH med brystinnlegg og kjole. Fred/Tina ringer fortvilet fordi en av helsearbeiderne nektet å hjelpe til med dette.

CASE 3

Hva sier du til Fred/Tina?

For ledelse: Hvordan tar du saken videre med personalgruppa?

Rakel, 78 år, er døende med kreft og vil dø hjemme hos partneren Emma. Emma og Rakel er ikke gift. Rakels sønn vil imidlertid ikke anerkjenne Emma som Rakels nærmeste. Rakel er redd for hva som kan skje etter hennes død.

CASE 4

Hva sier du til Rakel og Emma?

For ledelsen: hvordan tar du tak i situasjonen med de involverte?

NÅR DERE TRENER PÅ INKLUDERENDE MØTER OG KOMMUNIKASJON, TENK OGSÅ PÅ:

- Hvordan kan dere formidle at dere er på brukerens/pasientens side også når deres ansvar overlates videre i systemet?
- Ledelsen har ansvar for at alle pasienter og brukere behandles ut fra individuelle behov og ikke utsettes for krenkelser eller diskriminering.
- Diskrimineringsloven gjelder også for eldreomsorgen, og ut fra grunnene kjønn, kjønnsuttrykk, kjønnsidentitet og seksuell orientering.
- Å opplyse om at du tar det som skjer på alvor, kan ta det videre til ledelsen om hen ønsker det og å opplyse om pasientens rettigheter kan gjøre stor forskjell.
- Diskriminering og trakassering kan anmeldes på www.ido.no.

3. TRENE PÅ Å "FORSTYRRE" NORMER OG STEREOTYPIER

Ettersom våre tanker, oppførsel og handlinger styres av samfunnets normer og maktstrukturer så er det svært lett å opprettholde disse uten å tenke over det. Selv om det finnes gode intensjoner eller at vedkommende ikke mente "noe galt" kan det likevel få negative konsekvenser. Det er personen som utsettes vi bør ha i tankene når vi reagerer og velger å stå opp for oss selv eller være solidariske med andre.

- **Hvordan trener man på å svare på krenkende eller stereotype utsagn om en person eller en gruppe mennesker?**
De fleste av oss synes det er vanskelig å si ifra om en sjef, kollega, pasient/bruker eller pårørende (eller noen andre) formulerer seg krenkende overfor en selv eller berører noen andre. Få ønsker å være den som gjør noen ubekvem eller skape dårlig stemning, men det er allikevel nødvendig at vi gjør det. Gjennom å trene kan vi finne måter å si fra på som også ivaretar den som uttalte seg på en krenkende måte.
- **Hvordan kan vi si i fra på en bra måte?** Gjennom å ha et tydelig felles verdigrunnlag og en eksplisitt mangfolds- og ikke-diskrimineringspolicy som gjelder for hele virksomheten, som er godt kjent for alle, kan det bidra til å kommunisere at dere setter

nulltoleranse for mobbing og krenkende uttalelser høyt på agendaen for å skape et godt miljø for alle. Samtidig er det en stor gråsone for uttalelser som ikke er krenkende mot en enkeltperson, men som er med på å opprettholde stereotyper. De fleste av oss har en eller flere ganger opplevd at vi selv er den som opptrer fordomsfullt og har overhørt at andre har gjort det. Her må vi hjelpes ad for å endre på dette gjennom å si fra.

- **Det viktige er kanskje ikke å "motbevise fordommer"** Å mene noe om «de Andre» bygger på - og kan lett bidra til å forsterke - enkle stereotype gruppebeskrivelser. Hva skjer når fordommer stemmer? Det er jo sånn at noen eldre homofile foretrekker en yngre partner – og det finnes prester og imamer som forsvarer en patriarkalsk kultur. Det viktige er at alle har rett til å behandles respektfullt, slippe å bli krenket og møtes som de individer alle er – ikke som en representant for en gruppe.

De fleste av oss har en gang sagt noe krenkende om en gruppe mennesker, men de fleste vil nekte for at de er rasist, homofob etc. Derfor er det viktigere å kommentere på innholdet og effekten av det som blir sagt: for eksempel å bruke homse som skjellsord kan oppleves som krenkende og med på å opprettholde homofobi. Å si fra kan hjelpe andre å få øynene opp for hvilke problematiske konsekvenser det kan ha for eksempel å beskrive og omtale grupper på en bestemt måte. Eller; tydelig vise hvilke verdier vi vil verne om og hva det innebærer i måten vi forholder oss til hverandre på. Marit Müller Nilssen, leder for Kampen Omsorg + drevet av Kirken bymisjon, som også er vert for regnbuetreffene for eldre skeive i Oslo, forteller at negative holdninger til homser og Regnbuetreff noen ganger blir hørbare:

"Ved Kampen Omsorg+ benytter vi derfor allmøter og samtaler til å snakke høyt om verdien av å være et sted der folk møtes. Vi tror på verdien av tilhørighet, fellesskap og møteplasser i alt vi gjør. FRI OAs Regnbuetreff på Kampen har gitt en rikere mulighet til å etterleve ønske om åpenhet og gjestfrihet. Som leder har man mulighet til å gå foran og si; "Slik vil vi ha det her."

Å tie er å la klumpen i magen bli der. Når du både tenker og fysisk føler at dette ikke er greit og du ikke tør eller klarer å si ifra.

Det er viktig å være tydelig på hvilke verdier vi vil verne om, og hva det innebærer i måten vi forholder oss til hverandre på.

- Tenk på en gang du sa ifra. Hva sa du og hvordan kjentes det? Hvilken effekt fikk det? Hvilke erfaringer med å si i fra finnes blant arbeidskollegaene? Hvordan kan man, som eksemplet over, skape og tydeliggjøre felles rammer i virksomheten som verner om alles rett til å være seg selv?
- Reflekter over stereotypier/fordommer og negative normer som finner sted i løpet av arbeidsdagen din, blant kollegaer, i møte med brukere/pasienter eller kontakt med pårørende/sykehjem/hjemmetjenesten. Hvordan har dere forholdt dere til det? Hva kan dere lære av hverandre? Skriv ned de opplevelser du kommer på og gjerne sammen med kollegaene dine. Diskuter hva som kan være gode svar, prøv dem ut og vri og vend på dem i fellesskap.

For eksempel:

Prideparaden vises på nyhetene i fellesrommet på sykehjemmet, hvor både ansatte og pasienter ser på, og en kollega av deg kommenterer: "Må de demonstrere legningen sin for alle hele tida?"⁶⁴

Du kan si: *"Er det det de gjør? Jeg trodde Pride handlet om å feire retten til å være seg selv, de rettigheter kjønns- og seksualitetsminoriteter har fått, og hvilke vi fortsatt må kjempe for å oppnå!"*

"For de av oss som ikke er heterofile eller passer inn i tokjønns-normen er dessverre de fleste dager en stor heterofeiring mens kjønns- og seksualitetsmangfoldet usynliggjøres og stigmatiseres. I mange land i verden er homofile handlinger fortsatt kriminalisert."

"Den meningen synes jeg du skal holde for deg selv."

Skriv ned de beste kommentarene dere kommer på, og tren på å uttale dem. I noen tilfeller passer det å korrigere gjennom ny kunnskap, i andre handler det om å si fra om at visse private meninger får man holde for seg selv når en er på jobb. Ved krenkende uttalelser skal dere selvsagt ta det opp med ledelsen.

⁶⁴ Takk til Holger Olsen på Silurveien sykehjem for dette eksemplet.

DEL III

NORMBEVISSTE MØTER OG LANGSIKTIG ARBEID MED SKEIVE PERSPEKTIV PÅ INKLUDERENDE ELDRE- OMSORG: TIPS OG RÅD

8. TIPS FOR LHBTIQ- INKLUDERENDE OG NORM- SENSITIVE MØTER I ELDREOMSORGEN

“Åpenhet handler ikke om å manifestere, men å slippe å skjule og å kunne være hele seg selv. Å være åpen i et møte er klienten/pasienten/brukerens valg, men det er helse-tjenestens ansvar å skape en trygg og inviterende atmosfære, å senke terskelen som underletter og skaper åpenhet.”⁶⁵

Dette er på linje med prinsippene for personsentrert demensomsorg som er basert på et verdigrunnlag som anerkjenner menneskets absolutte verdi uavhengig av alder eller kognitiv funksjon, en individuell tilnærming som vektlegger det unike hos hvert enkelt menneske, at helsepersonell evner å forstå verden, sett fra personens perspektiv samt ansvaret vi har for å etablere et støttende sosialt miljø som dekker personens psykologiske behov – for nettopp å bli inkludert, bekreftet, trøstet/støttet, oppleve tilknytning og å ha meningsfulle gjøremål⁶⁶.

Men hvordan kan vi navigere og utvikle lhbtqi-sensitivitet i møter med brukere, beboere og pasienter og skape inkluderende og normbevisste miljø som *aktivt inviterer* til åpenhet?

I tillegg til å tilegne oss ny kunnskap og å granske seg selv, vår

⁶⁵ Krock eller møte, 2004

⁶⁶ Brooker 2007

egen virksomhet og bomiljø, kan disse 5 rådene fra nasjonalt ressurscenter for lhbtqi-aldring i USA være nyttige retningslinjer:

1. **“Anta at din virksomhet har kjønns- og seksualitetsmangfold”**. Eldreomsorgsvirksomheter bør alltid jobbe ut fra forutsetningen om at de har kjønns- og seksualitetsmangfold blant sine brukere og pasienter, også når ingen åpent har identifisert seg som lhbtqi.
2. **“Ikke anta at du kan identifisere lhbtqi-pasienter eller brukere ut fra hvordan de fremstår, deres erfaringer eller ytre kjennetegn”**. Eldre lhbtqi-voksne ser ikke likedan ut eller har like manerer eller klesstil. De kan også ha livserfaringer, som å ha vært gift eller ha barn og barnebarn, som bryter med forventninger til lhbtqi-personer.
3. **“Husk at ens seksuelle orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk bare er to aspekt av ens identitet og livserfaringer”**. I tillegg til sin seksuelle orientering og kjønnsidentitet tar hver klient med seg sine erfaringer av rasialisering, klassebakgrunn, sin etniske og kulturelle arv samt sin egen unike individuelle historie. [...]
4. **“Spør dine pasienter og brukere om deres seksuelle orientering og kjønnsidentitet på en trygg og konfidensiell måte”**. Jo mer en tjenesteyter vet om brukeren, jo bedre er den rustet til å tilby individuell støtte og omsorg.
Noen eksempel:
 - Når en omsorgsarbeider vet at pasienten eller brukeren er lesbisk og at hun akkurat har mistet partneren sin kan vedkommende lettere definere underliggende årsaker til sorg, smerte eller depresjon.
 - Når den som er ansvarlig for innskriving vet hvem brukeren eller pasienten henviser til som sin familie er det lettere å vite hvem som skal inkluderes i avgjørelser og hvordan man kan løfte fram og bekrefte en brukers/beboers viktigste relasjoner.

- Når en lege bestiller rutineundersøkelser for en transkvinne, kan det være nødvendig å også bestille en prostataundersøkelse.

Husk at selv om det er viktig å spørre om seksuell orientering og kjønnsidentitet på linje med andre nøkkelkomponenter for god pleie og omsorg så har lhbtqi-personer en spesifikk bakgrunn av diskriminering og stigma, noe som gjør at ikke alle har lyst til å synliggjøre disse sidene av seg selv.

Spør på en måte som du skulle gjort med hvilket som helst annet faktaspørsmål, men ikke tving noen til å svare. Om en bruker ser ukomfortabel ut, nervøs eller ikke vil svare, gå videre til neste spørsmål.

5. **“Ikke anta at du behandler alle likt, uavhengig av seksuell orientering eller kjønnsidentitet, at det er effektivt eller at det vil lede til at eldre lhbtqi-personer kjenner seg trygge eller velkomne”**. Ofte enn ikke leder det å behandle alle likt til at det innebærer å behandle alle som heterofile og å glatte over de spesifikke utfordringer som eldre lhbtqi-personer kan ha opplevd, inkludert diskriminering, fysisk og emosjonelt stress og vold.”⁶⁷

Å skape en inkluderende tjeneste eller bomiljø krever at det gjennomsyres virksomheten i alt som gjøres- fra språk og samhandling, utforming av fysisk miljø, skjema og rutiner og pågående kvalitetsarbeid. Det handler både om arbeidsmiljø og tjenester. Her gjelder det å tenke helhetlig!

Det fysiske miljøet og universell utforming er også sentralt. For skeive som orienterer seg for å finne ut om det er greit å være åpen er forsteintrykket viktig. Et regnbueklistremerke i inngangen til sykehjemmet er et viktig symbol som aktivt og synlig «inviterer» skeive, og implisitt forteller: vi vet at dere finnes og vi strever etter å være en inkluderende virksomhet. Om det i tillegg demonstreres skeiv mangfoldskompetanse også

⁶⁷ Bearbeidet fra National Resource Center for LGBTQ-aging, 2012

i hverdagslige møter med helsepersonell, i utforming av skjema og representasjon, styrkes inntrykket – noe som er tillitsskapende. Ofte sendes uintenderte viktige budskap om virksomhetens verdigrunn som også kan motsi den formelle. For eksempel om toalettene er kjønnsinndelte og samhandlingen baserer seg på heteronormativitet. Disse motsigelsene er det viktig å være oppmerksom på – en flott mangfoldspolicy som ikke lever opp til forventningene er ikke mye verdt.

Inkluderende møter og spørsmål: Generelle tips og råd

Nedenfor finner du en liste med generelle tips og råd som kan være et bra grunnlag å ta utgangspunkt i for å jobbe videre med å skape en inkluderende og ikke-diskriminerende eldreomsorg. Noen er spesifikke i forhold til kjønn- og seksualitetsmangfold, mens andre er mer allmenne.

Ikke anta masse ting, still heller spørsmål: Den vanligste måten å gjenta normative forestillinger på er at vi tar for gitt hvem de vi skal møte er, i forhold til deres identiteter og liv, at de er heterofile, lever etter en norsk kulturell norm. Disse forestillingene er en ressurs i å møte ulike mennesker på ulike måter – men de kan også være til besvær fordi vi ofte tar utgangspunkt i normen. Ha heller som utgangspunkt at du vet så lite som mulig om den du skal møte – og hold alle muligheter åpne! La ikke stereotyper eller inngrodde forestillinger få bestemme hva du tenker om en bruker eller en ansatts verdier, livssituasjon eller evner. Spør! Virkeligheten er alltid mer kompleks enn stereotypen.

Unngå “vi-språk”: Antagelser om hverandres identiteter og liv skapes blant annet gjennom språket. Å skape fellesskap gjennom et ‘vi’ er hyggelig, men samtidig kan det også lett bli ekskluderende for de av oss som har erfaring med å avvike fra normene. Hvem får være med i vi’et – og hvem faller utenfor, usynliggjøres eller stigmatiseres som ‘dem’? Om du ikke vet noe om den du skal møte – unngå ‘vi’-språket – og still åpne spørsmål. ‘Feirer du jul? Hvem skal du feire med?’ eller ‘Har du en partner? Hvor bor hun eller han?’

Speile den andres språk: Vær sensitiv og oppmerksom på hvordan brukeren/beboeren prater om seg selv og sine

nærmeste. Bruk samme eller lignende begrep og formuleringer for å beskrive personens livssituasjon og relasjoner. Om noen prater om sin kone eller kjæreste kan det kjennes nedverdiggende at den andre omtaler den som en venninne eller lignende. For andre kan ‘venninne’ bety kjærlighetspartner. Samtidig kan det være bra å være oppmerksom på at ikke alle skeive er komfortable med at de ord de bruker om seg selv brukes av andre som ikke er skeive. Om du er usikker – spør!

Vær oppmerksom på stillhet og vaghet: Åpenhet kan være utfordrende for eldre skeive på grunn av tidligere og nåværende negative erfaringer. Alle ønsker ikke å være åpne, men mange har også et ønske om å kunne være åpne ved behov for hjelp og støtte, og leter etter tegn i relasjonen som kan skape tillit og trygghet. For eksempel, finnes det en nåværende eller tidligere partner/sambo som nevnes i litt vage og kjønnsnøytrale termer? Gjennom å bruke samme begrep som brukeren, og bruke ‘han eller hun’, inviterer du aktivt til åpenhet gjennom å synliggjøre at du ser det som en mulighet.

Ikke ta for gitt hva en identitet som lhbtq eller skeiv innebærer: Eldre skeives livserfaringer og behov er forskjellige, som hos andre mennesker. Om brukeren er åpen som L, H, B, T, I, skeiv eller annet – ta ikke for gitt hva det innebærer! Spør gjerne om det har betydning for personens pleie og omsorgsbehov på noen måte, og i såfall hvordan. Hvis ikke, gå videre!

Relevante spørsmål eller ‘nysgjerrige’? En del skeive i alle aldre har opplevd å enten bli brukt som oppslagsverk i møte med ulike tjenester, på jobb eller skole når virksomhetens kompetanse ikke har strukket til. Et alternativ til dette som tjenesteyter eller leder er å innrømme at du ikke har svar, men be om å få undersøke saken og komme tilbake. Om vedkommende vil bidra med kompetanse på eget initiativ er det en annen sak. Tenk også gjennom hvilke spørsmål du stiller og hold tilbake nysgjerrige “jeg burde kanskje ikke spørre-spørsmål” som ikke har med saken å gjøre – de oppleves ofte som krenkende.

Vær sensitiv i forhold til nære relasjoners kvalitet: Tenk på at familier og sosiale nettverk ser forskjellige ut og at

TIPS & RÅD

kvaliteten på relasjonene varierer. Mange skeive har ikke egne barn og barnebarn, men sterke vennskapsrelasjoner og tilhørighet til et skeivt miljø. For en del eldre skeive har også relasjonene med slekt og familie vært preget av homo- og transfobi-, og dette kan også inkludere egne barn.

Bekreft positivt de relasjoner som løftes fram som viktige: Eldre skeives familier og viktige nære relasjoner ser ofte annerledes ut enn heteronormens, der framfor alt venner løftes fram som viktige, men også partners, aksepterende slekt og biologisk familie, skeive miljø- og husdyr. Visse refererer med stolthet til sine familier som 'valgte familier'. Hvilke relasjoner som i dag er viktige og har vært det gjennom livet varierer mellom individer. Det er viktig å finne ut hvordan og bekrefte positivt de personer som regnes som nære av brukeren selv. For eksempel kan det på sykehjem innebære å legge til rette på for at også den som lever diskret som skeiv kan ha besøk av partner og skeive venner.

SPRÅK GJØR FORSKJELL

- Bruk et kjønnsnøytralt språk som standard både muntlig og skriftlig. For å beskrive kjærlighetsrelasjoner er 'partner' et nøytralt begrep som kan brukes i introduserende møter og også i skriftlig rapportering.
- Ha et kjønnsnøytralt alternativ til mann eller kvinne på skriftlige skjema- det gjør det lettere å synliggjøre normbrytende kjønnsstilling.
- Ved kartlegging av nære relasjoner, åpne samtalen med en bred og åpen formulering: for eksempel; 'hvem anser du for å være din familie' eller 'har du noen i ditt liv som du anser er spesielt viktige for deg?' framfor å begynne med 'er du gift' og/eller 'har du noen barn'- da får du fram mer informasjon.
- Om du er usikker på hvordan du skal tiltale en person kan det være bra å la vedkommende fortelle det for deg gjennom å spørre. 'Hvilket pronomen foretrekker du at jeg bruker?' 'Hvordan skulle du identifisere deg selv?' Brukere som bryter med normene vil sette pris på at du prøver å forstå hvem de er og hvordan de vil bli møtt på en respektfull måte.



9. HVORDAN JOBBE SYSTEMATISK MED Å UTVIKLE EN INKLUDERENDE OG LIKE-VERDIG ELDREOMSORG?

Hvordan omskape ny kunnskap til kompetanse og endring?

Endringsprosesser tar tid, krever tålmodighet og systematisk oppfølging. Gjennom å bruke egne formulerte visjoner og mål og følge opp disse på en strukturert måte kan man dele dem inn i konkrete delmål som evalueres slik at man kan justere underveis og finne beste praksis.

Hvordan vil vi ha det her – og hvordan skal vi komme dit? Systematisk arbeid med likestilling og ikke-diskriminering handler om å samordne de ulike diskrimineringsgrunnlagene, iverksette konkrete tiltak og integrere dette i virksomhetens daglige drift. Dette kan forstås som en prosess med tre sentrale deler, som denne modellen fra Systematisk arbeid med likestilling og mangfold illustrerer:⁶⁸



⁶⁸ Oslo kommune 2011

Virksomheter må arbeide systematisk for å sikre at tjenestene omfavner alle, og ikke utelukker enkeltpersoner eller spesielt utsatte grupper. For å avdekke likeverds- og likestillingsutfordringer er det viktig at ledelsen kartlegger og analyserer den nåværende tilstanden, setter mål, lager planer, iverksetter tiltak og måler resultater, skriver Likestillings- og diskrimineringsombud i sin tipsliste for systematisk arbeid med likestilling.⁶⁹

Som nevnt innledningsvis i del 1, er likeverdige helse- og omsorgstjenester av god kvalitet et styrende krav og bør derfor integreres i alle deler av virksomhetens arbeid med å nå langsiktige kvalitetsmål. Bruk kartleggingsressursen i kapittel 6 for å analysere hvordan dere i dag jobber med kjønns- og seksualitetsmangfold i virksomheten.

- Inngår det i det systematiske kvalitetsarbeidet- og når gjør det det ikke?
- Finnes det integrert i brukerundersøkelser, i mangfoldsplaner, kompetanseutviklingstiltak?
- Er det et tema på fellesmøter og i ledelsens rutiner for kvalitetsarbeid?

Ut fra analysen kan dere ta neste steg: Å bruke utfordringene til å definere mål og prioriteringer og frister for når de skal være gjort:

- Fastsett mål
- Konkrete og målbare mål
- Tydeliggjør ansvar og ledelsesforankring

Arbeid med kjønnsmangfold og seksualitet bør også synliggjøres i det generelle arbeidet med likestilling- og ikke-diskriminering gjennom virksomhetens plan og målsettinger. Å utforme en egen mangfoldspolicy er en måte å synliggjøre

både internt og mot brukere/pasienter og pårørende deres verdigrunnlag og hva det innebærer for virksomhetens utforming og praksis. Det har ikke minst en viktig symboleffekt gjennom å tydelig kommunisere og synliggjøre at her tas likeverdige tjenester på alvor og prioriteres.

I det videre arbeidet må planene realiseres og konkretiseres som tiltak som har tydelig ansvarsfordeling og følges opp underveis.

Evaluering: Hvilke resultat har tiltakene fått? Er de iverksatt i forhold til tidsplan og eventuelt hvorfor ikke? Har de fungert slik det var tenkt eller ble resultatene annerledes enn planlagt? Her er det spesielt viktig at det følger konsekvenser med å ikke gjennomføre vedtatte likestillingstiltak, påpeker Likestillings- og diskrimineringsombudet. Videre er det å jobbe med likeverdige tjenester ikke noe som sluttføres:

“Det må hele tiden gå i sirkel hvor måling av resultater og evaluering av tiltak blir en del av nye prosesser for å avdekke likeverdsutfordringer (begynner på trinn 1 igjen).”

Et arbeid som krever tid og tålmodighet

Denne boka gir kunnskap og verktøy for å kunne sette i gang et målrettet og kunnskapsbasert arbeid for å skape likeverdige tjenester i forhold til normer, kjønn og seksualitet i eldreomsorgen. Sammen med vilje til endring, særlig i ledelsen, godt kollegialt samarbeid, en stor porsjon tålmodighet, humor og en generøs og velvillig innstilling til dere selv og hverandre kan dere sammen gjøre forskjell!

Lykke til :)

⁶⁹ Se <http://www.ldo.no/forebygg/offentlige-tjenester/Hvordan/>

REFERANSER OG TIPS TIL VIDERE LESNING

Böcker och artiklar:

Almack, Kathryn (2014). *Exploring end-of-life experiences and care needs in the lives of older LGBTpeople*. Report, University of Nottingham. Tilgjengelig på: <https://nottingham.ac.uk/research/groups/ncare/documents/projects/srcc-project-report-last-outing.pdf>

Ambjörnsson, Fanny & Bromseth, Janne (2010). När du gifter dig och får barn: om ålder, heteronormativitet och genus. I Ambjörnsson Fanny & Jönsson Maria (red.), *Livslinjer : berättelser om ålder, genus och sexualitet*. Göteborg: Makadam, s. 204–231.

Andersson, Louise (2010). Tricky business! I Bromseth, Janne & Darj, Frida, (2010). *Normkritisk pedagogik. Makt, lärande och strategier för förändring*. Centrum för genusvetenskaps skriftserie, Uppsala universitet. Uppsala: Uppsala universitet.

Barrett, Catherine et al (2015). Understanding the experiences and needs of lesbian, gay, bisexual and trans Australians living with dementia, and their partners. *Australasian Journal on Ageing* 34(S2):34-38, October 2015

Butler, Judith (1990). *Gender trouble and the subversion of identity*. New York: Routledge

Bromseth, Janne (2015). Äldre lesbiska, bisexuella och transfeministers berättelser om vänskap över tid och rum. *lambda nordica* nr 4/2015. Tilgjengelig på: [http://www.lambdanordica.se/artikelarkiv_sokresultat.php?lang=sv&fields\[\]=art_id&arkivsok=532#resultat](http://www.lambdanordica.se/artikelarkiv_sokresultat.php?lang=sv&fields[]=art_id&arkivsok=532#resultat)

Bromseth, Janne & Darj, Frida, (2010). *Normkritisk pedagogik. Makt, lärande och strategier för förändring*. Centrum för genusvetenskaps skriftserie, Uppsala universitet. Uppsala: Uppsala universitet.

Bromseth, Janne & Siverskog, Anna (2013). *LHBTQ-personer och åldrande. Nordiska perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

CareQuality Commission (2016). *A different ending. Addressing inequalities in end-of-life care*. Tilgjengelig på: <http://www.cqc.org.uk/news/stories/different-ending-our-review-looking-end-life-care-published>

Cook-Daniels, L, (2006). Trans-ageing. I Kimmel, K, Rose, T & David, S (red), *Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Aging: Research and Clinical Perspectives*. New York: Colombia University Press.

Fredriksen-Goldsen, Karen et al (2011). *The ageing and health report. Disparities and Resilience among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Older Adults*. Tilgjengelig på: <http://age-pride.org/wordpress/wp-content/uploads/2012/10/Full-report10-25-12.pdf>

Grønningssæter, Arne Backer og Hansen, Inger Lise Skog (2018). *Om å bli eldre med hiv*. FAFO-rapport 2018:43

Halberstam Judith (2005). *In a queer time and place : transgender bodies, subcultural lives*. New York: New York University Press.

Heaphy Brian (2009). Choice and Its Limits in Older Lesbian and Gay Narratives of Relational Life. *Journal of GLBT Family Studies*, 5(1-2), s. 119

Latham, J.R and Holmes, Morgan M (2016). Intersex ageing and sexual rights. I Barrett, C og Hinchcliff, S (red), *Addressing the Sexual Rights of Older People. Theory, Policy and Practice*. London and New York: Routledge

Kristiansen, Hans Wiggo (2004). *Kjærlighetskarusellen. Eldre homoseksuelle menns livsfortellinger og livsløp i Norge*. Doktorgradsavhandling i sosialantropologi. Oslo: Universitetet i Oslo.

Kristiansen, Hans Wiggo (2013). Sexualitet och värdighet bland äldre homoseksuelle män i Norge. I: Bromseth J, Siverskog A (red.). *LHBTQ-personer och åldrande: Nordiska perspektiv*. Lund: Studentlitteratur, s. 157-175.

Kumashiro, Kevin (2002). *Troubling education*. New York: RoutledgeFalmer

Lindholm, Margareta (2013). "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, s. 77-104.

Nuland, Bjørn (2009). Behov for en skeiv eldreomsorg. *Aldring og livsløp* nr 3 - 4, 2009. Tilgjengelig på:
http://www.nova.no/asset/3909/1/3909_1.pdf

Närvanen, Anna-Lisa, 2009. "Ålder, livslopp, åldersordning". I *Åldrande, åldersordning, ålderism*, red Jönson, Håkan. Linköping University Interdisciplinary Studies no 2009:10. Linköping: NISAL
Price, E, 2008. Pride or Prejudice? Gay men, Lesbians and Dementia. *British Journal of Social Work* 38: 1337 – 1352.

Rosenfeld, Dana (2003). *The Changing of the Guard: Lesbian and Gay Elders, Identity and Social Change*. Philadelphia: Temple University Press

Siverskog, Anna (2013). "För oss blir ju livet en enda stor teater". I: Bromseth J, Siverskog A (red.). *LHBTQ-personer och åldrande: Nordiska perspektiv*. Lund: Studentlitteratur, s. 135 - 154.

Siverskog, Anna (2016). *Queera livslopp. Att leva och åldras som lhbtq-person i en heteronormativ värld*. Avhandling fra NISAL, Linköpings universitet. Tilgjengelig på: <https://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1046379/FULLTEXT02.pdf>

Siverskog, Anna og Bromseth, Janne (2019). *Subcultural Spaces: LGBTQ Aging in a Swedish Context*. The International journal of Ageing and Human development. Volume: 88 issue: 4, s: 325-340

Weeks, J., Heaphy, B. & Donovan, K. (2001). *Same-sex intimacies. Families of choice and other life-experiments*. London: Routledge.

Ward, Richard, Rivers, Ian & Sutherland, Mike, (2012). *Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Ageing. Biographical Approaches for Inclusive Care and Support*. GB: JKP

Westwood, Sue, Price, Elizabeth (2016). *Lesbian, Gay, Bisexual and Trans* Individuals Living with Dementia : Concepts, Practice and Rights*. London and New York: Routledge

Willis, Paul, (2013). *Provision of inclusive and anti-discriminatory services to older lesbian, gay, bisexualidentifying (LGB) people in residential care environments in Wales*. Rapport. Tilgjengelig på: <http://www.swansea.ac.uk/humanandhealthsciences/research/centres-and-groups/centreforinnovative-ageing/>

Rapporter:

Andersen, Normann & Malterud, Kirsti (red) (2013). *Seksuell orientering og levekår*. Bergen: Unihelse

Bromseth, Janne (2016). *LHBTQ- och normkritiska perspektiv på åldrande. Lärdomar från LHBTQ-projekt på Gävle kommuns biståndsenhet 2014 - 2015*. Omvårdnad Gävle: Gävle kommun.

Brooker, Dawn (2013/2007). *Personsentrert demensomsorg. Veien til bedre tjenester*. Norsk utgave ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, Tønsberg.

Det kongelige helse- og omsorgsdepartement (2013). Meld St . 29. (2012 - 2013). *Morgendagens eldreomsorg*.

Folkhälsomyndigheten (2013). *Utveckling av hälsan och hälsans bestämningfaktorer bland homo- och bisexuella*. Resultat från nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor. Tilgjengelig på: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/nyheter-press/nyheter2014/utv-halsan-bestamningsfaktorer-homo-bi-fina-2014.pdf>

Folkhälsomyndigheten (2015). *Utveckling av hälsan och hälsans bestämningfaktorer för transpersoner*. Rapport om hälsoläget bland transpersoner. Tilgjengelig på: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/20250/halsan-halsans-bestamningsfaktorer-transpersoner-15038-webb.pdf>

Nuland, Bjørn & Gautun, Heidi (2010). *Helse- og omsorgsbehov blant eldre lesbiske og homofile*. FAFO-rapport 2010: 38. Tilgjengelig på: file:///C:/Users/Kunnskapsprosjektet2/Downloads/FAFO2010_32.pdf

Meld St. 15 (2017 - 2018). *Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre*.

Møllerop, Christian Antoni/LLH (2006). *Gammel, grå og homo*. LLH Oslo & Akershus. Tilgjengelig på: <http://docplayer.me/3276237-Gammel-gra-og-homo-sluttrapport-for-prosjektet.html>

SOU 2017: 92. *Transpersoner i Sverige. Forslag till stärkt ställning och bättre levnadsvillkor*. Tilgjengelig på: <http://www.regeringen.se/4adda9/contentassets/3e2e892900fc4034a9d822413fdae7/transpersoner-i-sverige-forslag-for-starkt-stallning-och-battre-levnadsvillkor>

Svenskt demenscentrum (2018). *Sexualitet och demenssjukdom. En skrift för dig som arbetar med personer med demenssjukdom*. Stockholm: Åtta. 45 Tryck AB

Togsvig, Sandi, Marie Curie foundation (2016). *Hiding who I am. The reality of end of life-care for LGBT-people*. Tilgjengelig på: <https://www.mariecurie.org.uk/globalassets/media/documents/policy/policy-publications/hiding-who-i-am-the-reality-of-end-of-life-care-for-lgbt-people.pdf>

Trygghet, mangfold, åpenhet. Regjeringens handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk 2017–2020

Van der Roos, Janneke (2013). *Alskens folk. Levekår, livssituasjon, og livskvalitet for personer med kjønnsidentitetstematikk*. Likestillingscenteret: Hamar

Westerståhl A, Stål J (2011). *Mänskliga rättigheter i Västra Götaland. "Jag ska inte behöva outa mig själv varje gång jag har ett samtal"*. Rapport om bemötande av lhbtq-personer i Västra Götalands län. Västra Götalandsregionen, rättighetskommitténs kansli.

Metodemateriale:

Age UK (2017). *Safe to be me. Meeting the needs of older lesbian, gay, bisexual and transgender people using health and social care services*. Tilgjengelig på: http://openingdoorslondon.org.uk/wp-content/uploads/2017/01/Safe-to-be-me_A-resource-pack-for-professionals.pdf

Skeiv ungdom/Restart. *Riv gjerdene! Et normkritisk metodemateriale i antidiskriminerende arbeid*. Tilgjengelig på: https://drive.google.com/file/d/1ziMkyjdOYbj_2Rz9NqyHb5B_ZMNsKv4/view

Valtonen, Saini & Hakola, Salla Maija (2014) Jag skulle vilja kunna berätta. Regnbågsseniører som klienter inom äldreomsorgen. SETA Ry.

Lovverk:

LOV-2011-06-24-30: *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. Tilgjengelig på: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_1#%C2%A71-1

LOV-2017-06-16-51: *Lov om likestilling og forbud mot diskriminering*. Tilgjengelig på: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-51>

Nettressurser:

FRI OAs kjønnsportal: <https://www.frioa.no/ressurser/kjonn/>

FRI OAs ressurs om Skeive og demens - Om eldreomsorg og demens knyttet til seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk: <https://www.frioa.no/demens/>

Likestillings- og diskrimineringsombudet: <http://www.ldo.no/forebygg/>

Ageing with pride: Ressursside om forskning på eldre skeives levekår (USA): <http://age-pride.org/wordpress/published-articles/>

Film:

Gen Silent (2010). Regissert av Stu Maddox. Trailer: <http://gensilent.com> Filmen brukes i Skeiv kunnskaps kompetansehevingsworkshop for ledelse og ansatte i eldreomsorgen, les mer her: <https://www.frioa.no/kompetanseheving-for-eldreomsorgen/>

Informasjonsfilm fra Australian Government, Dep of Health: *LGBTI: Inclusion and Awareness in the aged care*: https://www.youtube.com/watch?v=TvpXe_gDv1E

Löftet (2017). Regissert av Paula Gustafsson. Tilgjengelig på SVTplay: <https://www.svtplay.se/video/15757807/loftet/loftet-avsnitt-1-1>

Opening Doors, London (ressursforening for LHBT-aldring), kortfilm: <http://openingdoorslondon.org.uk/>

Utgiver: FRI Oslo Akershus & Senter for fagutvikling og forskning/
Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester Oslo, Sykehjemsetaten.

Trykk: Konsis

Coverillustrasjon: Bitte Andersson

Design: Kaia Thune, www.simplydesign.no

ISBN: 978-82-691703-0-6
978-82-7944-210-3
978-82-7944-211-0

Forfatteren har mottatt støtte fra Det faglitterære fond.