



SKEIVE 65+

Levekår og sosiale relasjoner i Norge

Janne Bromseth og Mona Stokke



Utgivelsessted: Elverum

© Forfatterne/Universitetet i Innlandet, 2026

Det må ikke kopieres fra publikasjonen i strid med Åndsverkloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med Kopinor.

Forfatteren er selv ansvarlig for sine konklusjoner.

Innholdet gir derfor ikke nødvendigvis uttrykk for Universitetets syn.

I Universitetet i Innlandets oppdragsrapportserie publiseres både internt og eksternt finansierte FoU-arbeider.

Forsidebilde: XX

Universitet i Innlandet - Oppdragsrapport nr. 11/2026

ISSN: 2704 - 2685

ISBN digital utgave: 978-82-8380-632-8

Innhold

SAMMENDRAG	1
FORORD	4
1 INNLEDNING	5
2 METODISK FREMGANGSMÅTE	7
2.1 PROBLEMSTILLINGER.....	7
2.2 UTFORMING AV SPØRRESKJEMA.....	7
2.3 ETISK VURDERING OG PERSONVERN	9
2.4 REKRUTTERING AV DELTAKERE.....	9
2.5 UTVALG OG DATAGRUNNLAG	10
2.6 BEARBEIDING OG OPERASJONALISERING AV VARIABLER.....	10
2.7 ANALYSER	11
2.8 METODISKE BEGRENSNINGER	12
3 BESKRIVENDE ANALYSE.....	14
3.1 BAKGRUNNSVARIABLER.....	14
3.1.1 Alder	14
3.1.2 Fødeland og botid i Norge	15
3.1.3 Utdanning.....	15
3.1.4inntekt.....	16
3.1.4.1 Netto månedsinntekt	16
3.1.4.2 Økonomiske vansker	16
3.1.5 Kommunestørrelse.....	17
3.2 SOSIALE FORHOLD	17
3.2.1 Husholdning og familie	18
3.2.2 Sosial kontakt	18
3.2.3 Åpenhet og LHBTIQ-nettverk.....	19
3.2.3.1 Seksuell orientering.....	20
3.2.3.2 Kønnsidentitet.....	20
3.2.3.3 Interkjønnvariasjon eller variasjon i kjønnskarakteristika	21
3.2.3.4 Åpne LHBTIQ-venner	22
3.2.4 Kjærlighetsforhold.....	22
3.2.4.1 Å være i et kjærlighetsforhold	22
3.2.4.2 Beskrivelse av forhold og relasjoner	23
3.2.5 Sosial støtte.....	23

3.2.5.1	Tilgang til sosial støtte	23
3.2.5.2	Hvem respondentene regner med kan hjelpe med praktiske problemer	24
3.2.5.3	Hvem respondentene regner med kan gi pleie og omsorg over lengre tid	25
3.2.5.4	Erfaring med å gi pleie og omsorg til nærstående	25
3.2.6	<i>Sosial kontakt og aktiviteter</i>	26
3.2.6.1	Kontaktformer	26
3.2.6.2	Deltakelse i organisasjoner og møteplasser som ikke er spesifikt skeive	27
3.2.6.3	Deltakelse i ulike aktiviteter	28
3.2.7	<i>Deltakelse og tilhørighet i skeive miljøer</i>	29
3.2.7.1	Deltakelse i skeive organisasjoner eller møteplasser	29
3.2.7.2	Deltakelse i LHBTIQ-spesifikke aktiviteter eller skeivt miljø	29
3.2.7.3	Opplevd velkommenhet i LHBTIQ/skeive sammenhenger	30
3.2.7.4	Ønske om mer deltakelse og sosiale tilbud for skeive 60+	31
3.2.8	<i>Oppsummering av sosiale forhold</i>	32
3.3	MINORITETSRELATERTE FORHOLD OG ERFARINGER	33
3.3.1	<i>Seksuell orientering</i>	33
3.3.2	<i>Kjønnsidentitet</i>	34
3.3.3	<i>Transstatus</i>	35
3.3.4	<i>Kjønnsminoriteter samlet</i>	36
3.3.5	<i>Behandling og helsetjenester for transpersoner</i>	36
3.3.5.1	Udekket behov for behandling eller annen hjelp	36
3.3.5.2	Type kjønnsbekreftende behandling	37
3.3.5.3	Behandling i utlandet	37
3.3.6	<i>Interkjønnvariasjon eller variasjon i kjønnskarakteristika</i>	38
3.3.7	<i>Tap av kontakt knyttet til seksuell orientering, kjønnsidentitet og interkjønnvariasjon</i>	38
3.3.7.1	Tap av kontakt knyttet til seksuell orientering	39
3.3.7.2	Tap av kontakt knyttet til kjønnsidentitet	39
3.3.7.3	Tap av kontakt knyttet til interkjønnvariasjon	39
3.3.8	<i>Krenkelse og diskriminering</i>	40
3.3.8.1	Krenkelse og diskriminering gjennom livet	40
3.3.8.2	Krenkelse og diskriminering etter fylte 65	42
3.3.8.3	Unngått å gjøre noe av frykt for diskriminering	42
3.3.8.4	Diskriminering i helse- og omsorgstjenester	43
3.3.9	<i>Oppsummering av minoritetsrelaterte forhold og erfaringer</i>	43
3.4	HELSE OG HELSE- OG OMSORGSTJENESTER	45
3.4.1	<i>Generell helsetilstand</i>	45

3.4.2	<i>Langvarig sykdom og fysisk funksjon</i>	46
3.4.3	<i>Psykisk helse</i>	46
3.4.3.1	Selvurdert psykisk helse	47
3.4.3.2	Dårlig eller svært dårlig psykisk helse – supplerende analyse.....	47
3.4.3.3	Psykiske plager.....	48
3.4.4	<i>Helse- og omsorgstjenester</i>	48
3.4.4.1	Bruk av hjemmebaserte tjenester	48
3.4.4.2	Fremtidig behov for helsehjelp.....	49
3.4.4.3	Tillit til tjenestene	49
3.4.4.4	Udekket behov for helse- og omsorgstjenester	50
3.4.4.5	Hvilke helse- og omsorgstjenester respondentene har manglet	50
3.4.5	<i>Oppsummering av helse og helse- og omsorgstjenester</i>	51
4	BIVARIAT ANALYSE	52
4.1	HVILKE FORHOLD HENGER SAMMEN MED PSYKISK HELSE?	52
4.1.1	<i>Har bakgrunnsforhold sammenheng med psykisk helse?</i>	52
4.1.1.1	Alder	52
4.1.1.2	Utdanning	53
4.1.1.3	Økonomiske vansker	53
4.1.2	<i>Har sosiale forhold sammenheng med psykisk helse?</i>	54
4.1.2.1	Sosial kontakt	54
4.1.2.2	Kjærlighetsforhold.....	54
4.1.2.3	Opplevd velkommenhet i skeive sammenhenger.....	55
4.1.2.4	Deltakelse i LHBTIQ-spesifikke aktiviteter eller skeivt miljø.....	55
4.1.2.5	Sosial støtte	56
4.1.2.6	Lav sosial støtte – supplerende analyser	57
4.1.3	<i>Har minoritetsrelaterte erfaringer sammenheng med psykisk helse?</i>	57
4.1.3.1	Tap av kontakt	57
4.1.3.2	Diskriminering i helse- og omsorgstjenester	58
4.1.4	<i>Har andre helseforhold sammenheng med psykisk helse?</i>	59
4.1.4.1	Psykiske plager.....	59
4.1.4.2	Fysisk funksjon.....	59
4.1.4.3	Langvarig sykdom.....	60
4.1.5	<i>Har forhold knyttet til helse- og omsorgstjenester sammenheng med psykisk helse?</i>	60
4.1.5.1	Udekket behov for helse- og omsorgstjenester	60
4.1.5.2	Hjemmebaserte tjenester.....	61
4.2	SKILLER PERSONER I KJØNNSMINORITETSGRUPPEN SEG FRA ØVRIGE RESPONDENTER?	61

4.2.1	<i>Psykisk helse</i>	61
4.2.2	<i>Sosiale forhold</i>	62
4.2.2.1	Sosial kontakt	62
4.2.2.2	Sosial støtte	63
4.2.3	<i>Minoritetserfaringer</i>	63
4.2.3.1	Tap av kontakt knyttet til kjønnsidentitet	64
4.2.3.2	Diskriminering og frykt for diskriminering	64
5	OPPSUMMERENDE DISKUSJON	66
5.1	HVA KJENNETEGNER ELDRE SKEIVES LEVEKÅR, SOSIALE RELASJONER, HELSE OG ERFARINGER MED HELSE- OG OMSORGSTJENESTER?	66
5.1.1	<i>Helse og levekår</i>	67
5.1.2	<i>Sosiale relasjoner</i>	68
5.1.2.1	Skeive miljø og tilhørighet	70
5.1.2.2	Erfaringer med helse- og omsorgstjenester	70
5.2	HVILKE MINORITETSRELATERTE ERFARINGER RAPPORTERER ELDRE SKEIVE, BLANT ANNET KNYTTET TIL TAP AV RELASJONER, KRENKELSE OG DISKRIMINERING?	71
5.3	HVILKE BAKGRUNNS-, SOSIALE, MINORITETSRELATERTE OG HELSERELATERTE FORHOLD HENGER SAMMEN MED PSYKISK HELSE?	72
5.4	PSYKISK HELSE, SOSIALE FORHOLD OG MINORITETSERFARINGER BLANT KJØNNSMINORITETER (TRANS OG/ELLER HAR OPPGITT IKKE-BINÆR ELLER ANNEN KJØNNSENTITET)	73
5.5	STUDIENS KUNNSKAPSBIDRAG	74
5.6	BETYDNING FOR TILTAK OG VIDERE FORSKNING	76
	LITTERATUR	78
	VEDLEGG	80
	INFORMASJONSBREV OG SAMTYKKEERKLÆRING	80
	TILBAKETREKNING AV SAMTYKKE	82
	SPØRRESKJEMA	83

Tabeller

Tabell 1. Aldersfordeling i utvalget.....	14
Tabell 2. Fordeling etter fødeland	15
Tabell 3. Fordeling etter utdanningsnivå	15
Tabell 4. Fordeling etter inntektsnivå	16
Tabell 5. Fordeling etter økonomiske vansker	17
Tabell 6. Fordeling etter kommunestørrelse	17
Tabell 7. Husholdning og familie	18
Tabell 8. Hvor ofte har du kontakt med venner, naboer eller familie som ikke bor sammen med deg? (dvs. fysiske møter og/eller kontakt via digitale kanaler).	19
Tabell 9. Fordeling etter sosial kontakt rekodet variabel	19
Tabell 10. Åpenhet om seksuell orientering.....	20
Tabell 11 Åpenhet om kjønnsidentitet	20
Tabell 12. Åpenhet om interkjønnvariasjon eller variasjon i kjønnskarakteristika overfor ulike grupper	21
Tabell 13 Fordeling av åpne LHBTIQ-venner	22
Tabell 14. Fordeling etter kjærlighetsforhold	23
Tabell 15. Hvilke alternativ beskriver forholdet eller forholdene dine best?.....	23
Tabell 16. Fordeling etter tilgang til sosial støtte	24
Tabell 17. Hvem regner du med kan hjelpe med praktiske problemer?	24
Tabell 18. Hvem respondentene regner med kan gi pleie og omsorg over lengre tid	25
Tabell 19. Hvem deltakerne har gitt pleie eller omsorg til etter fylte 65 år.....	26
Tabell 20. Hvordan deltakerne holder kontakt med sosiale relasjoner	27
Tabell 21. Deltakelse i organisasjoner eller møteplasser som ikke er spesifikt skeive ...	27
Tabell 22. Deltakelse i ulike aktiviteter de siste 12 månedene.....	28
Tabell 23. Deltakelse i skeive organisasjoner eller møteplasser	29
Tabell 24. Deltakelse i LHBTIQ-spesifikke aktiviteter eller skeivt miljø	30
Tabell 25. Hvilke LHBTIQ-spesifikke aktiviteter eller skeive miljøer deltakerne deltar i ..	30
Tabell 26. Opplevd velkommenhet i LHBTIQ/skeive sammenhenger	31
Tabell 27. Ønske om å delta mer i miljøer for skeive/LHBTIQ-personer	31

Tabell 28. Sosiale tilbud for skeive/LHBTIQ-personer 60+ som deltakerne savner	32
Tabell 29. Fordeling etter seksuell orientering	34
Tabell 30. Antall valgte kategorier for seksuell orientering	34
Tabell 31. Hvilken/hvilke kjønnsidentiteter beskriver deg best?	35
Tabell 32. Fordeling etter transstatus	35
Tabell 33. Kjønnssidentitet blant transpersoner	35
Tabell 34. Fordeling analysegruppe	36
Tabell 35. Udekket behov for behandling eller annen hjelp for transpersoner.....	37
Tabell 36. Type kjønnsbekreftende behandling mottatt	37
Tabell 37. Mottak av helsetjenester for transpersoner i utlandet	38
Tabell 38. Interkjønnvariasjon eller variasjon i kjønnskarakteristika	38
Tabell 39. Tap av kontakt i forbindelse med åpenhet om seksualitet	39
Tabell 40. Tap av kontakt knyttet til kjønnssidentitet blant personer som er trans og/eller har oppgitt ikke-binær eller annen kjønnssidentitet	39
Tabell 41. Tap av kontakt i forbindelse med å fortelle om interkjønnerfaring	40
Tabell 42. Opplevd krenkelse eller diskriminering gjennom livet, etter grunnlag	41
Tabell 43. Opplevd krenkelse eller diskriminering på grunn av kjønnssidentitet gjennom livet, blant kjønnsminoriteter.....	41
Tabell 44. Unngått å gjøre noe av frykt for dårlig behandling eller diskriminering etter fylte 65 år	42
Tabell 45. Erfaring med diskriminering eller dårlig behandling i helse- og omsorgstjenester	43
Tabell 46. Fordeling etter generell helsetilstand	45
Tabell 47. Fordeling etter langvarig sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse og fysisk funksjon	46
Tabell 48. Fordeling etter psykisk helse	47
Tabell 49. Fordeling etter psykiske plager	48
Tabell 50. Fordeling etter bruk av hjemmebaserte tjenester	48
Tabell 51. Forventet behov for helsehjelp eller omsorgstjenester.....	49
Tabell 52. Tillit til å bli møtt med respekt i helse- og omsorgstjenestene	49
Tabell 53. Fordeling etter udekket behov for helse- og omsorgstjenester	50
Tabell 54. Typer helse- og omsorgstjenester respondentene har manglet.....	50

Tabell 55. Psykisk helse etter alder.....	52
Tabell 56. Psykisk helse etter utdanningsnivå.....	53
Tabell 57. Psykisk helse etter økonomiske vansker	53
Tabell 58 Psykisk helse etter sosial kontakt.....	54
Tabell 59. Psykisk helse etter kjærlighetsforhold	54
Tabell 60. Psykisk helse etter opplevd velkommenhet i LHBTIQ/skeive sammenhenger	55
Tabell 61. Psykisk helse etter deltakelse i LHBTIQ-spesifikke aktiviteter eller skeivt miljø	56
Tabell 62. Psykisk helse etter sosial støtte	56
Tabell 63. Psykisk helse etter tap av kontakt i forbindelse med å komme ut med sin seksualitet	58
Tabell 64. Psykisk helse etter opplevd diskriminering eller dårlig behandling i helse- og omsorgstjenester	58
Tabell 65 Psykisk helse etter rapporterte psykiske plager	59
Tabell 66 Psykisk helse etter fysisk funksjon	59
Tabell 67 Psykisk helse etter langvarig sykdom.....	60
Tabell 68 Psykisk helse etter udekket behov for helse- og omsorgstjenester	60
Tabell 69 Psykisk helse etter bruk av hjemmebaserte tjenester	61
Tabell 70. Psykisk helse etter transstatus og kjønnsidentitet	62
Tabell 71. Sosial kontakt etter transstatus og kjønnsidentitet	63
Tabell 72. Sosial støtte etter transstatus og kjønnsidentitet	63
Tabell 73. Tap av kontakt knyttet til kjønnsidentitet etter transstatus og kjønnsidentitet	64
Tabell 74. Forekomst av utvalgte minoritetserfaringer etter transstatus og kjønnsidentitet	64

Sammendrag

Formål	Studien skal styrke kunnskapen om eldre skeives levekår i Norge. Den belyser sosiale relasjoner, støtte og tilhørighet, helse og erfaringer med helse- og omsorgstjenester, samt minoritetsrelaterte erfaringer gjennom livet. Et sentralt formål er å undersøke hvilke forhold som henger sammen med psykisk helse, og å synliggjøre både ressurser og sårbarhet blant eldre som bryter med normer for kjønn og seksualitet.
Problemstillinger	• Hva kjennetegner eldre skeives levekår, sosiale relasjoner, helse og erfaringer med helse- og omsorgstjenester? • Hvilke minoritetsrelaterte erfaringer rapporterer eldre skeive, blant annet knyttet til tap av relasjoner, krenkelse og diskriminering? • Hvilke bakgrunns-, sosiale, minoritetsrelaterte og helsere-laterte forhold henger sammen med psykisk helse? • Skiller personer som er trans og/eller har oppgitt ikke-binær eller annen kjønnsidentitet seg fra øvrige respondenter når det gjelder psykisk helse, sosiale forhold og minoritetserfaringer?
Datagrunnlag og spørreskjema	Studien er en tverrsnittsundersøkelse med 272 deltakere. Spørreskjemaet bygger delvis på en svensk studie av eldre LHBTQI-personer og er oversatt og tilpasset norske forhold. Det omfatter bakgrunn og økonomi, nære relasjoner, sosial kontakt og støtte, deltakelse og tilhørighet, seksuell orientering, kjønnsidentitet, transstatus og variasjon i kjønnskarakteristika, samt helse, tjenestebruk og minoritetserfaringer.
Analyser	Dataene er analysert i SPSS. Beskrivende analyser gir en oversikt over utvalget, mens bivariate analyser undersøker sammenhenger mellom psykisk helse og ett forhold om gangen. Analysene bygger på krysstabeller, kjiqvadrattester og eksakte tester ved små forventede cellefrekvenser. Selvurdert psykisk helse er delt i «god» og «ikke god». «God» omfatter svarene «svært god» og «god», mens «ikke god» omfatter «verken god eller dårlig», «dårlig» og «svært dårlig». Personer som er trans og/eller har oppgitt ikke-binær eller annen kjønnsidentitet, sammenlignes også med øvrige respondenter. Denne sammensatte gruppen omtales som kjønnsminoritetsgruppen og omfatter 20 unike personer. Hver person telles én gang.
Forbehold ved tolkning	Utvalget er selvselektert, og resultatene kan ikke uten videre generaliseres til alle eldre skeive i Norge. Analysene viser sammenhenger, men gir ikke grunnlag for å fastslå årsaksforhold eller betydningen av én faktor uavhengig av andre. Flere av undergruppene er små, og resultatene for disse må tolkes med særlig varsomhet.

	Prosentene er beregnet av gyldige svar på de aktuelle spørsmålene, og antall respondenter varierer mellom spørsmålene.
Sosial kontakt og støtte	85,9 prosent har minst ukentlig kontakt med venner, naboer eller familie som de ikke bor sammen med, mens 14,1 prosent har sjeldnere kontakt. 90,0 prosent har alltid eller stort sett noen som kan hjelpe ved praktiske problemer eller sykdom. Venner, partner og opprinnelsesfamilie er de vanligste kildene til hjelp.
Nære relasjoner og bostuasjon	58,0 prosent er i et kjærlighetsforhold, og 35,7 prosent har barn. 46,7 prosent bor alene.
Deltakelse og tilhørighet	79,1 prosent deltar i minst én organisasjon eller møteplass som ikke er spesifikt skeiv, og 75,4 prosent deltar i en skeiv organisasjon eller møteplass. 93,3 prosent har på et tidspunkt deltatt i LHBTIQ-spesifikke aktiviteter eller vært del av et skeivt miljø, mens 53,9 prosent deltar i slike sammenhenger i dag. 89,3 prosent kjenner seg velkomne i skeive sammenhenger. 40,1 prosent ønsker å delta mer i skeive miljøer. Et fast sosialt treff for skeive over 60 år i nærmiljøet er tilbudet flest savner.
Helse og psykisk helse	69,6 prosent vurderer sin generelle helsetilstand som god eller svært god. Samtidig har 46,3 prosent langvarig sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse som påvirker hverdagen. 80,7 prosent vurderer sin psykiske helse som god eller svært god, mens 19,3 prosent inngår i kategorien «ikke god». 20,2 prosent har hatt psykiske plager som har påvirket hverdagen de siste 12 månedene.
Helse- og omsorgstjenester	7,5 prosent mottar hjemmebaserte tjenester. 7,4 prosent har det siste året hatt behov for helse- eller omsorgstjenester uten å motta dem. 52,0 prosent forventer å få behov for helsehjelp eller omsorgstjenester i framtiden. 76,3 prosent har full eller ganske stor tillit til at tjenestene vil møte dem med respekt for deres seksuelle orientering, kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk.
Sammenhenger med psykisk helse	«Ikke god» psykisk helse er mer utbredt blant personer med økonomiske vansker, sjelden sosial kontakt, lav sosial støtte og blant dem som ikke er i et kjærlighetsforhold. Andelen er også høyere i kjønnsminoritetsgruppen. Studien finner sammenhenger mellom psykisk helse og opplevd velkommenhet i skeive sammenhenger, deltakelse i skeive miljøer, psykiske plager, fysisk funksjon, langvarig sykdom og udekkede behov for helse- og omsorgstjenester. Sammenhengen mellom psykiske plager og selvurdert psykisk helse må ses i lys av at spørsmålene belyser nært beslektede sider ved psykisk helse.

	Det er ikke påvist statistisk signifikante sammenhenger mellom psykisk helse og alder eller utdanningsnivå.
Tap av nære relasjoner	25,8 prosent har mistet kontakten med noen som sto dem nær, i forbindelse med at de kom ut med sin seksualitet. I kjønnsminoritetsgruppen oppgir åtte av 20 personer (40,0 prosent) tap av kontakt i forbindelse med at de kom ut med sin kjønnsidentitet.
Krenkelse og diskriminering	57,5 prosent har gjennom livet opplevd krenkelse eller diskriminering på grunn av seksualitet minst én gang. Tilsvarende gjelder 24,0 prosent for alder og 21,6 prosent for kjønnsidentitet. Samme person kan ha rapportert diskriminering på flere grunnlag. 14,0 prosent oppgir krenkelse eller diskriminering på grunn av kjønnsidentitet og/eller seksualitet etter fylte 65 år. 18,1 prosent har latt være å gjøre noe av frykt for slik behandling etter fylte 65 år.
Erfaringer i kjønnsminoritetsgruppen	Kjønnsminoritetsgruppen rapporterer flere belastninger enn øvrige respondenter. Blant dem som har besvart spørsmålet om sosial kontakt, har 36,8 prosent kontakt sjeldnere enn ukentlig. Gruppen rapporterer også oftere tap av kontakt knyttet til kjønnsidentitet, diskriminering eller dårlig behandling i helse- og omsorgstjenestene, samt krenkelse, diskriminering og frykt for diskriminering. Gruppen omfatter bare 20 personer, noe som begrenser hvor sikre konklusjoner som kan trekkes.
Avsluttende vurdering	Mange av deltakerne har omfattende sosial kontakt, høy deltakelse og god tilgang til hjelp. Samtidig rapporterer deler av utvalget svakere sosial tilknytning, helseutfordringer og belastende minoritetserfaringer. Funnene understreker behovet for å forstå eldre skeives levekår i sammenheng med både dagens livssituasjon og erfaringer gjennom livsløpet. Sosial kontakt, støtte og tilhørighet framstår som sentrale forhold i dette bildet.

Forord

Denne rapporten presenterer resultater fra en undersøkelse av levekår, sosiale relasjoner, helse og minoritetserfaringer blant eldre skeive i Norge. Undersøkelsen er gjennomført av Østlandsforskning ved Universitetet i Innlandet på oppdrag fra FRI – Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold, som del av prosjektet En verdig alderdom – også for skeive. Prosjektet er finansiert gjennom Bufdirs LHBT+-tilskudd.

En særlig takk går til alle som har deltatt i undersøkelsen. Gjennom å dele erfaringer fra egne liv har respondentene bidratt med kunnskap om både ressurser, utfordringer og mangfold blant eldre skeive. Uten deres bidrag ville denne studien ikke vært mulig.

Vi håper rapporten kan bidra til økt kunnskap om eldre skeives levekår og være nyttig for organisasjoner, tjenesteapparat, myndigheter og andre som arbeider for gode og trygge livsvilkår i eldre alder.

Janne Bromseth

Seniorforsker, Universitetet i Innlandet

Prosjektleder

1 Innledning

Eldre skeive er en heterogen gruppe med ulike livsløp, relasjoner, identiteter og levekår- avhengig av hvilke økonomiske, sosiale og kulturelle ressurser den enkelte har. De har kommet ut i ulike aldre og inn i skeive miljø på forskjellige historiske tidspunkt (Bromseth & Siverskog 2023). Samtidig har mange levd store deler av livet i perioder med færre rettigheter og svakere juridisk beskyttelse mot diskriminering enn i dag- og forståelser av skeiv seksualitet og kjønnsminoriteter preget av skam og stigma. I eldre år kan tidligere og nåværende minoritetserfaringer få betydning i møte med endringer i helse, sosiale relasjoner og behov for helse- og omsorgstjenester.

Den nordiske kunnskapskartleggingen «*Han gick in i garderoben.*» *Äldre LGBTI-personers möte med vård- och omsorg*» viser at Sverige har overlegent mest forskning på tematikken, og at de fleste studier av skeives aldringsvilkår er kvalitative. Kjønn- og seksualitetsmangfold tas i økende grad inn i folkehelsestudier, men analyseres ikke alltid i relasjon til alder. Kunnskapen om skeives levekår i Norge har økt de siste årene, men eldre voksne er fortsatt lite synlige i forskningen. I levekårsundersøkelser blant LHBT+-personer har alder i begrenset grad vært brukt som differensierende variabel, samtidig som forskning om aldring og eldre i liten grad har inkludert perspektiver på kjønn- og seksualitetsmangfold. Eldre som bryter med normer for kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk, og eldre med variasjon i kjønnskarakteristika, er særlig lite synlige i forskningen.

Dette innebærer at eksisterende kunnskap ikke alltid fanger forhold som kan være særskilt relevante i forhold til skeives aldringsvilkår. Generelle undersøkelser av livskvalitet, helse og levekår gir viktig kunnskap om den eldre befolkningen, men inneholder i mindre grad spørsmål om særlige minoritetsrelaterte erfaringer, blant annet åpenhet, tilhørighet til skeive miljøer, tap av relasjoner, diskriminering og erfaringer knyttet til helse- og omsorgstjenester.

På denne bakgrunnen ønsket FRI en kartlegging av levekår, sosiale relasjoner, helse og minoritetserfaringer blant eldre skeive, basert på spørsmål som i større grad er tilpasset målgruppen. Studien er gjennomført av Janne Bromseth og Mona Helene Stokke ved Østlandsforskning, Universitetet i Innlandet, og er finansiert gjennom Bufdirs LHBT+-tilskudd som del av prosjektet «En verdig alderdom – også for skeive». Spørreskjemaet bygger delvis på en svensk studie av eldre LHBTQI-personer (Brännström, Kleijberg & Siverskog, 2026), som forskerne fikk ta del i og benytte som utgangspunkt.

Formålet med studien er å bidra med kunnskap om eldre skeives levekår og sosiale relasjoner, og om forhold som kan ha betydning for helse, sosial støtte, tilhørighet og trygghet i eldre år. Studien undersøker blant annet husholdning og nære relasjoner, sosial kontakt og støtte, deltakelse og tilhørighet til skeive miljøer, seksuell orientering, kjønnsidentitet og transstatus, minoritetserfaringer, helse og erfaringer med helse- og omsorgstjenester.

Rapporten presenterer først deskriptive analyser av utvalget og de ulike levekårsområdene. Deretter undersøkes bivariate sammenhenger mellom psykisk helse og utvalgte bakgrunns-, sosiale, minoritetsrelaterte og helserelaterte forhold, samt forskjeller mellom personer som er trans og/eller har oppgitt ikke-binær eller annen kjønnsidentitet og øvrige respondenter.

2 Metodisk fremgangsmåte

Dette kapittelet beskriver hvordan undersøkelsen er utformet og gjennomført, og hvilke metodiske valg som ligger til grunn for resultatene. Formålet er å gjøre det tydelig hvordan kunnskapen er frembrakt, og hvilke muligheter og begrensninger datamaterialet gir. Vi presenterer studiens problemstillinger, utviklingen av spørreskjemaet, forskningsetiske vurderinger og personvern, rekrutteringen og utvalget. Deretter beskriver vi bearbeidingen av variablene og analysefremgangsmåten, før vi drøfter metodiske begrensninger og deres betydning for tolkningen av funnene.

2.1 Problemstillinger

Studien tar utgangspunkt i kunnskapsbehovene som er beskrevet i innledningen. Eldre skeive er i begrenset grad synlige både i forskning om aldring og eldres levekår og i forskning om skeives levekår. Vi undersøker derfor deltakernes livssituasjon og minoritetserfaringer, samt hvilke forhold som henger sammen med psykisk helse. Følgende problemstillinger står sentralt:

- Hva kjennetegner eldre skeives levekår, sosiale relasjoner, helse og erfaringer med helse- og omsorgstjenester?
- Hvilke minoritetsrelaterte erfaringer rapporterer eldre skeive, blant annet knyttet til tap av relasjoner, krenkelse og diskriminering?
- Hvilke bakgrunns-, sosiale, minoritetsrelaterte og helserelaterte forhold henger sammen med psykisk helse?
- Skiller personer som er trans og/eller har oppgitt ikke-binær eller annen kjønnsidentitet seg fra øvrige respondenter når det gjelder psykisk helse, sosiale forhold og minoritetserfaringer?

Ettersom størstedelen av den eksisterende forskningen om skeives aldringsvilkår er kvalitativ, valgte vi en kvantitativ spørreundersøkelse for å belyse omfanget og fordelingen av ulike erfaringer og undersøke sammenhenger mellom sentrale levekårsforhold. Studien er en tverrsnittsundersøkelse, der hver deltaker har besvart spørreskjemaet én gang. Den gir dermed et bilde av deltakernes situasjon og rapporterte erfaringer, men kan ikke vise utvikling over tid eller fastslå årsaksforhold. Funnene kan også danne utgangspunkt for kvalitative studier som utforsker bestemte temaer og erfaringer nærmere.

2.2 Utforming av spørreskjema

Spørreskjemaet tok utgangspunkt i et spørsmålsbatteri utviklet av svenske forskere som prosjektleder tidligere hadde samarbeidet med. Forskerne hadde lang erfaring med forskning på skeiv aldring og god kjennskap til det som særpreger skeives livsløp og relasjoner. De var allerede godt i gang med datainnsamlingen til sin studie, og spørsmålsbatteriet var grundig pilotert, revidert og etisk vurdert i Sverige. Spørsmålene var dessuten tilpasset formuleringene i den svenske folkehelseundersøkelsen for å legge til rette for sammenligninger. Flere av spørsmålene ligner også dem som brukes i norske undersøkelser.

Vi oversatte spørreskjemaet til norsk og tilpasset det norske forhold, blant annet ved å bruke norske betegnelser på skoleslag og utdanningsnivåer. Vi la vekt på å bevare meningsinnholdet i spørsmålene, samtidig som formuleringene og svaralternativene skulle være forståelige og relevante for norske deltakere. Bruken av et felles utgangspunkt gir også mulighet for senere sammenlignende analyser mellom den norske og svenske studien.

Tidsrammene og de økonomiske rammene var stramme. Den finansierte prosjektperioden skulle i utgangspunktet avsluttes 28. februar 2026. Vi hadde søkt om videre finansiering for 2026, men saksbehandlingen ble forsinket. Dette ga oss knapt åtte måneder med sikret finansiering til nødvendige forskningsetiske avklaringer, personvern vurdering og rekruttering av deltakere.

Vi utformet og sendte to ulike versjoner til REK for forhåndsvurdering. Den første hadde færre helserelaterte spørsmål og flere fritekstsvar, mens den andre inkluderte mer detaljerte helserelaterte spørsmål, i likhet med den svenske versjonen. Behandlingen i REK tok lengre tid enn estimert. Da REK mente at den mer detaljerte versjonen krevde behandling i komitéen og ytterligere ventetid, bestemte vi oss for å gjennomføre en variant med færre detaljerte helserelaterte spørsmål for å komme i gang med datainnsamlingen. Denne versjonen ble vurdert å falle utenfor helseforskningslovens virkeområde, men beholdt en rekke sentrale spørsmål om levekår. Vi la i tillegg inn mulighet for fritekstsvar på flere spørsmål, etter hver tematiske del og i slutten av skjemaet.

Bakgrunnsspørsmålene omfattet sentrale dimensjoner ved sosial ulikhet, blant annet inntekt og økonomi, utdanning og landbakgrunn, i tillegg til seksuell orientering, kjønnsidentitet og interkjønnerfaringer. Dette skulle gjøre det mulig å belyse hvordan ulike sider ved deltakernes bakgrunn og minoritetsstatus kan ha betydning for levekårene. I delen om kjønnsidentitet og interkjønnerfaringer ble egne spørsmålsbatterier bare vist til deltakere som hadde oppgitt at de er eller har vært transperson, eller at de har variasjoner i kjønnskarakteristika eller interkjønnerfaringer. De tematiske delene ble organisert under overskriftene Sosiale relasjoner, Diskriminering og trygghet og Helse og omsorg.

Vi brukte UiOs Nettskjema for å sette opp det digitale spørreskjemaet. Etter flere revisjonsrunder ble skjemaet pilottestet med fem deltakere fra målgruppen som representerte både kjønns- og seksualitetsmangfold. Vi gjorde ytterligere justeringer på bakgrunn av tilbakemeldingene.

Det ferdige spørreskjemaet ble deretter koblet til TSD (Tjenester for sensitive data) for sikker oppbevaring av sensitive opplysninger. Bekreftelsen på at kriteriene for deltakelse var oppfylt, ble utformet som en selvstendig del, separat fra selve spørreskjemaet, av personvern hensyn. Datamaterialet ble behandlet i TSD før overføring til en annen server. Selv om undersøkelsen var lagt opp til anonym deltakelse, forekom gjenkjennbare opplysninger i fritekstvarene. Disse ble anonymisert i TSD før overføring.

2.3 Etisk vurdering og personvern

Prosjektet og spørreskjemaet er forhåndsvurdert av REK og vurdert å falle utenfor helseforskningslovens virkeområde, med prosjektnummer 941097. Behandlingen av personopplysninger ble vurdert av Sikt, prosjektnummer 587634. Den opprinnelige vurderingen forelå 10. november 2025, og mindre justeringer ble vurdert 15. januar 2026.

Undersøkelsen omfatter opplysninger om blant annet seksuell orientering, kjønnsidentitet, helse og diskriminering. Sikker oppbevaring og behandling av datamaterialet, samt anonymisering av gjenkjennbare opplysninger i fritekstsvar, var derfor sentrale hensyn i gjennomføringen.

2.4 Rekruttering av deltakere

Vi ønsket å nå en bredde i gruppen skeive 65 år og eldre med hensyn til identitet og sosial bakgrunn. Vi var samtidig klar over at det kunne ta tid å rekruttere tilstrekkelig mange deltakere innenfor prosjektets tidsramme. Derfor informerte vi tidlig om at prosjektet hadde startet og at en studie var underveis, gjennom interne informasjonskanaler i FRI og sosiale medier, publisering av en kronikk i Blikk og opprettelse av en egen hjemmeside for prosjektet.

Prosjektleder utarbeidet en annonseringsstrategi sammen med kommunikasjonsrådgiver i FRI før rekrutteringen startet. Kommunikasjonsrådgiver hos Østlandsforskning utformet en hjemmeside for prosjektet med lenke direkte til Nettskjema. Etter at personvernvurderingen fra Sikt forelå, ble studien gjort kjent gjennom FRIs kanaler i sosiale medier, med lenke til prosjektsiden ved Universitetet i Innlandet.

Informasjon om undersøkelsen ble også delt i nyhetsbrev til alle fylkeslag i FRI og sendt på e-post til skeive organisasjoner og relevante miljøer: Skeiv verden, Garmeres, FTPN, Skeive funkiser, Skeivt kristent nettverk, PKI, Harry Benjamin og Stiftelsen Stensveen. Vi kontaktet også Senter for sjeldne diagnoser, som har kontakt med enkelte pasientgrupper med variasjon i kjønnskarakteristika, USHT, fagnettverk for eldreomsorgen og Aldring og helse. Prosjektleder delte også ut spørreskjema fysisk på tre regnbuetreff i Oslo og Trondheim. Den første rekrutteringsfasen ga stor respons, med nær 85 svar i løpet av tre uker.

I starten av februar 2026 fikk prosjektet nye midler for 2026, og det ble bestemt at vi skulle forlenge rekrutteringsperioden til 1. juni 2026 for å få flere svar. Det ble sendt påminnelser på e-post til organisasjonene og flere påminnelser gjennom FRIs nyhetsbrev. Vi utarbeidet også en strategi for sosiale medier med annonser rettet mot bestemte undergrupper på ulike tidspunkter. Antallet svar økte etter de ulike annonseringsrundene.

Etter hvert kunne vi også se hvilke grupper som var svakt representert blant svarene i Nettskjema. Vi gjorde en særlig innsats for å få flere transpersoner til å svare gjennom ytterligere påminnelser via e-post. Vi sendte ut en målrettet henvendelse til alle medlemmer i FRI over

65 år. Vi vurderte også en fysisk utsendelse for å nå personer som i liten grad bruker digitale kanaler, men dette ble ikke prioritert på grunn av et stramt budsjett. Av samme grunn ble en annonse i Pensjonisten nedprioritert. En slik annonse kunne ha bidratt til å nå personer som ikke er del av skeive nettverk eller ble kjent med undersøkelsen gjennom de øvrige kanalene.

2.5 Utvalg og datagrunnlag

Datamaterialet omfatter svar fra 272 deltakere. Utvalget er rekruttert gjennom organisasjoner, nettverk, møteplasser og åpne henvendelser, med frivillig deltakelse. Det er dermed et selvselektert utvalg og ikke et sannsynlighetsutvalg. Det betyr at resultatene beskriver deltakerne i undersøkelsen og kan ikke uten videre generaliseres til alle eldre skeive i Norge.

Det kan ikke beregnes en samlet svarprosent, ettersom det ikke er kjent hvor mange personer som mottok eller så invitasjonen til å delta. Antallet gyldige svar varierer mellom spørsmålene. Dette skyldes både ubesvarte spørsmål og at deler av spørreskjemaet bare ble vist til bestemte grupper. Manglende svar må derfor ses i sammenheng med spørsmålenes relevans og filtreringen i skjemaet.

Opplysninger om fødselsår foreligger for 192 deltakere, mens 80 mangler slike opplysninger. Blant dem med oppgitt fødselsår er 27 under 65 år, 114 er mellom 65 og 74 år og 51 er 75 år eller eldre. Deltakerne under 65 år inngår i analysene slik de er presentert i rapporten. Aldersfordelingen og omfanget av manglende aldersopplysninger må tas i betraktning ved tolkning av resultatene og ved sammenligning med andre undersøkelser.

2.6 Bearbeiding og operasjonalisering av variabler

Før analysene ble svarene bearbeidet til variabler som kunne brukes i beskrivende analyser og analyser av sammenhenger. For flere spørsmål ble opprinnelige svarkategorier slått sammen for å gjøre resultatene mer oversiktlige og redusere antallet svært små kategorier. Spørsmål, svarkategorier og rekodinger for de sentrale analysevariablene beskrives i de relevante resultatkapitlene.

Selvvurdert psykisk helse er hovedutfallsmål i analysene av sammenhenger. De fem opprinnelige svarkategoriene ble samlet i to grupper. «God psykisk helse» omfatter svarene «svært god» og «god», mens «ikke god psykisk helse» omfatter «verken god eller dårlig», «dårlig» og «svært dårlig». Betegnelsen «ikke god» innebærer dermed ikke at alle i gruppen vurderer sin psykiske helse som dårlig. Målet bygger på deltakernes egen vurdering og er ikke et diagnostisk mål. Som en supplerende beskrivelse ble de åtte deltakerne som svarte «dårlig» eller «svært dårlig», undersøkt separat.

Sosial kontakt ble rekodet til ofte og sjelden kontakt med personer deltakeren ikke bor sammen med. Målet omfatter både fysiske møter og kontakt gjennom digitale kanaler. Sosial støtte ble rekodet til god støtte, som omfatter «alltid» eller «stort sett» tilgang til hjelp, og lav

støtte, som omfatter «stort sett ikke» eller «aldri». Variablene måler ulike sider ved sosiale relasjoner: kontaktens hyppighet og tilgjengelig hjelp ved behov. Kjærlighetsforhold, deltakelse på sosiale arenaer og opplevd velkommenhet i skeive sammenhenger behandles som egne forhold.

Det ble også gjort rekodinger av bakgrunns- og helsevariabler. Utdanning, inntekt og kommunestørrelse ble samlet i tre kategorier hver. Økonomiske vansker ble rekodet til om deltakeren hadde hatt slike vansker én eller flere ganger de siste 12 månedene, eller ikke hadde hatt dem. I de bivariate analysene av fysisk funksjon ble «ingen vansker» og «noen vansker» slått sammen og sammenlignet med «store vansker».

For å undersøke forskjeller knyttet til kjønnsminoritet ble det konstruert en sammensatt variabel som omfatter personer som er eller har vært transperson, og/eller har oppgitt ikke-binær eller annen kjønnsidentitet. Variabelen ble konstruert på individnivå, slik at personer som inngår i flere kategorier, bare telles én gang. Gruppen omfatter 20 personer. Sammenligningsgruppen omfatter 230 personer som har gyldige opplysninger og ikke inngår i noen av disse kategoriene. For 22 deltakere mangler gyldig verdi på samlevariabelen.

Flere spørsmål åpnet for mer enn ett svar, blant annet spørsmål om seksuell orientering, kjønnsidentitet, relasjoner, aktiviteter og kilder til hjelp og omsorg. Disse ble analysert som flersvarsspørsmål, der hvert alternativ behandles separat. Prosentene viser andelen personer som har valgt hvert alternativ, og summerer derfor ikke nødvendigvis til 100.

2.7 Analyser

Analysene er gjennomført i statistikkprogrammet SPSS i to hovedtrinn: beskrivende analyser og bivariate analyser.

De beskrivende analysene viser utvalgets sammensetning og fordelingen av svar innenfor de ulike temaene. Resultatene presenteres hovedsakelig som frekvenser og prosentandeler. Prosentene er som hovedregel beregnet av gyldige svar på det enkelte spørsmålet. For enkelte flersvarsspørsmål er hele utvalget brukt som prosentgrunnlag, mens andre gjelder deltakere som har besvart et oppfølgingsspørsmål eller valgt minst ett alternativ. Beregningsgrunnlaget fremgår av tabellene og tilhørende noter.

I de bivariate analysene undersøkes sammenhenger mellom selvurdert psykisk helse og utvalgte bakgrunnsforhold, sosiale forhold, minoritetserfaringer, helseforhold og erfaringer med helse- og omsorgstjenester. Analysene bygger på krysstabeller, der andelen med god og «ikke god» psykisk helse sammenlignes mellom grupper. Det undersøkes også om kjønnsminoritetsgruppen skiller seg fra øvrige respondenter når det gjelder psykisk helse, sosial kontakt, sosial støtte og minoritetserfaringer. I tillegg er det gjennomført supplerende analyser av sosial støtte etter utdanningsnivå og kjærlighetsforhold.

Statistisk signifikans er vurdert med Pearsons kjikvadrattest. Ved små forventede celfrekvenser i tabeller med to kategorier på hver variabel er Fishers eksakte test lagt til grunn. Det rapporteres tosidige p-verdier, og statistisk signifikans vurderes på 5-prosentnivå. For enkelte tabeller med flere kategorier rapporteres kjikvadrattesten selv om forventede celfrekvenser er lave. Disse resultatene omtales med særskilte forbehold. En signifikant test i en tabell med flere kategorier viser forskjeller i tabellen samlet, men sier ikke hvilke enkeltgrupper som skiller seg fra hverandre.

Håndteringen av svar som «usikker», «vet ikke», «vil ikke svare» og «ikke relevant» varierer med spørsmålet og analysens formål. Slike svar vises som egne kategorier i flere av de beskrivende analysene. I enkelte gruppesammenligninger inngår bare gyldige ja/nei-svar. Eksempelvis er «usikker» utelatt fra sammenligningen av diskriminering i helse- og omsorgstjenester mellom kjønnsminoriteter og øvrige respondenter. For spørsmålet om å ha latt være å gjøre noe av frykt for diskriminering er «vil ikke svare/vet ikke» utelatt fra tilsvarende gruppesammenligning. Avgrensningene fremgår av tabellnotene.

De bivariate analysene undersøker ett forhold om gangen og kontrollerer ikke for andre forhold. Observerte sammenhenger kan derfor være påvirket av forskjeller i eksempelvis økonomi, helse eller sosial situasjon. Analysene viser statistiske sammenhenger i datamaterialet og gir ikke grunnlag for å fastslå årsaksforhold.

2.8 Metodiske begrensninger

Studier av mindre grupper i den skeive befolkningen har ofte utfordringer med å rekruttere tilstrekkelig mange deltakere og oppnå bred representasjon. Målrettet rekruttering kan bidra til å nå grupper som er lite synlige i generelle befolkningsundersøkelser, men innebærer samtidig en risiko for skjevheter i utvalget.

Vi ønsket i utgangspunktet en bredere rekruttering enn det vi oppnådde, særlig for å nå personer uten tilknytning til skeive nettverk og miljøer, kjønnsminoriteter og bifile. Rekrutteringsarbeidet ble tilpasset underveis, men de økonomiske og tidsmessige rammene begrenset mulighetene for å bruke flere kanaler.

Rekrutteringen gjennom skeive organisasjoner, nettverk og sosiale medier kan ha bidratt til at personer med tilknytning til skeive miljøer og gode digitale ferdigheter lettere ble nådd. Personer som i liten grad bruker digitale kanaler, ikke er åpne om sin identitet eller står utenfor organiserte skeive miljøer, kan være svakere representert. Utvalgets høye deltakelse i skeive miljøer må ses i lys av dette.

Utvalget kjennetegnes blant annet av høy utdanning, relativt god økonomi og omfattende sosial deltakelse. Sammenligninger med SSBs livskvalitetsundersøkelse kan bidra til å belyse hvordan deltakerne skiller seg fra eldre skeive i et bredere befolkningsutvalg. Slike sammenligninger tyder på at vårt utvalg på flere områder er mer økonomisk og sosialt privilegert.

Dette er relevant for tolkningen av funnene, men gir ikke grunnlag for å korrigere skjevhetene i utvalget. Undersøkelsen tilfører likevel kunnskap om temaer og erfaringer som i begrenset grad inngår i generelle levekårsundersøkelser.

Flere undergrupper er små, særlig gruppene av kjønnsminoriteter og personer med inter-kjønnavariasjon. I slike grupper kan noen få svar gi store utslag i prosentandelene. Små grupper begrenser også muligheten for å påvise statistiske forskjeller. Ikke-signifikante resultater innebærer derfor ikke nødvendigvis at gruppene er like. Resultater basert på svært få personer omtales først og fremst som beskrivende mønstre.

Sammenslåing av svarkategorier gjør analysene mer håndterlige, men innebærer samtidig at nyanser går tapt. Den sammensatte kjønnsminoritetsgruppen omfatter dessuten personer med ulike identiteter og erfaringer. Resultatene for gruppen kan ikke uten videre overføres til hver av undergruppene.

Opplysningene bygger på deltakernes egne vurderinger og erindringer. Spørsmålene har også ulike tidsrammer: noen gjelder situasjonen på undersøkelsestidspunktet, andre de siste 12 månedene, tiden etter fylte 65 år eller erfaringer gjennom hele livet. Dette må tas i betraktning når sammenhenger mellom variablene tolkes.

Studien er tverrsnittbasert og gir ikke grunnlag for å fastslå årsaksretning eller utvikling over tid. Eksempelvis kan sosial kontakt og psykisk helse påvirke hverandre, og begge kan være knyttet til andre forhold som ikke kontrolleres for i analysene.

I undersøkelsen analyserer vi flere mulige sammenhenger, blant annet mellom psykisk helse og utdanning, økonomi, sosial kontakt og sosial støtte. Når mange sammenhenger undersøkes, øker sjansen for at enkelte tilfeldige forskjeller blir store nok til å regnes som statistisk signifikante. Dette betyr ikke at funnene er tilfeldige, men at enkeltresultater må tolkes med varsomhet og vurderes sammen med de øvrige funnene. Hvem som har deltatt, har også betydning for tolkningen. En tydelig sammenheng blant deltakerne gjelder ikke nødvendigvis eldre skeive som ikke deltok, for eksempel personer uten kontakt med skeive organisasjoner og nettverk. Statistiske tester kan ikke avklare om funnene også gjelder disse gruppene.

Sammenligninger med andre undersøkelser brukes for å sette funnene i sammenheng. Forskjeller i rekruttering, aldersavgrensning, spørsmålsformuleringer og måleinstrumenter innebærer imidlertid at resultatene ikke alltid er direkte sammenlignbare. Dette gjelder blant annet mål på psykiske plager og sosial kontakt.

3 Beskrivende analyse

I dette kapittelet presenteres beskrivende analyser av utvalget og sentrale variabler i data-materialet. Hensikten er å gi en oversikt over omfang og fordeling av ulike forhold, som helse, sosiale relasjoner og minoritetserfaringer.

Resultatene presenteres hovedsakelig som frekvenser og prosentandeler. For enkelte variabler er det gjort enkle rekodinger for å forenkle analysene, for eksempel ved å samle kategorier til dikotome variabler. Disse beskrivelsene danner grunnlaget for analysene av sammenhenger i kapittel 3.

3.1 Bakgrunnsvariabler

I det følgende presenteres sentrale bakgrunnsvariabler for deltakerne: alder, utdanning og kommunestørrelse. Formålet er å vise utvalgets sammensetning og hvilke bakgrunnsvariabler som inngår i de videre analysene. Eventuelle rekodinger av variablene beskrives i de enkelte delavsnittene.

3.1.1 Alder

Deltakernes alder er beregnet som alderen de fyller i 2026, basert på oppgitt fødselsår. I analysene er alder gruppert i tre kategorier: under 65 år, 65 til 74 år og 75 år eller eldre. Blant de 192 deltakerne med oppgitt fødselsår er seks (3,1 prosent) under 65 år, 129 (67,2 prosent) er mellom 65 og 74 år, og 57 (29,7 prosent) er 75 år eller eldre. Deltakerne under 65 år er beholdt i analysene. For 80 personer (29,4 prosent av hele utvalget) mangler opplysninger om fødselsår.

Tabell 1. Aldersfordeling i utvalget

Aldersgruppe	Antall	Prosent av gyldige svar
Under 65 år	6	3,1
65 til 74 år	129	67,2
75 år eller eldre	57	29,7
Totalt	192	100,0

Note. Alder er beregnet som alderen deltakerne fyller i 2026, basert på oppgitt fødselsår. Prosentene er beregnet av 192 gyldige svar. Opplysninger om fødselsår mangler for 80 personer (29,4 prosent av hele utvalget). Deltakere under 65 år er beholdt i utvalget.

3.1.2 Fødeland og botid i Norge

De aller fleste deltakerne er født i Norge. Blant de 270 personene som har besvart spørsmålet om fødeland, er 92,6 prosent født i Norge og 7,4 prosent født i et annet land. To personer har ikke besvart spørsmålet.

De 20 deltakerne som er født utenfor Norge, er født i ni ulike land og har bodd i Norge fra 5 til 79 år. Median botid i Norge er 37,5 år. Blant de 19 utenlandsfødte deltakerne som besvarte spørsmålet om foreldrenes fødeland, oppga 17 at ingen av foreldrene var født i Norge, mens to oppga at begge foreldrene var født i Norge.

Tabell 2. Fordeling etter fødeland

Fødeland	Antall	Prosent av gyldige svar
Født i Norge	250	92,6
Født utenfor Norge	20	7,4
Totalt	270	100,0

Note. To personer (0,7 % av hele utvalget) har ikke besvart spørsmålet.

3.1.3 Utdanning

Utdanning er målt ved spørsmål om deltakernes høyeste fullførte utdanning. De fem opprinnelige svarkategoriene er slått sammen til tre utdanningsnivåer. Lav utdanning omfatter grunnskole/folkeskole/realskole eller tilsvarende og 2–4-årig videregående skole eller yrkes-skole. Middels utdanning omfatter universitets- eller høyskoleutdanning under tre år, mens høy utdanning omfatter universitets- eller høyskoleutdanning på tre år eller mer.

Flertallet av deltakerne har høy utdanning. Blant de 270 personene som har oppgitt utdanning, har 64,1 prosent høy utdanning, 20,7 prosent lav utdanning og 15,2 prosent middels utdanning. To personer har ikke oppgitt utdanning.

Tabell 3. Fordeling etter utdanningsnivå

Utdanningsnivå	Antall	Prosent av gyldige svar
Lav utdanning	56	20,7
Middels utdanning	41	15,2
Høy utdanning	173	64,1
Totalt	270	100,0

Note. Prosent er beregnet av gyldige svar. Opplysninger om utdanning mangler for to personer (0,7 % av hele utvalget).

3.1.4 Inntekt

Her presenteres deltakernes økonomiske situasjon gjennom to mål: inntektsnivå og økonomiske vansker. Variablene beskriver ulike sider ved deltakernes økonomiske situasjon og brukes også i de videre analysene.

3.1.4.1 Netto månedsinntekt

Inntekt er målt ved spørsmålet: «Hva er omtrent din netto månedsinntekt (etter skatt)?» Den opprinnelige variabelen hadde ni inntektskategorier, fra 0–4 999 kroner til 80 000 kroner eller mer. Disse ble slått sammen til tre kategorier: lav inntekt (under 20 000 kroner), middels inntekt (20 000–49 999 kroner) og høy inntekt (50 000 kroner eller mer).

De fleste deltakerne befinner seg i kategorien middels inntekt. Blant de 266 personene som har oppgitt inntekt, har 71,1 prosent middels inntekt, 24,1 prosent høy inntekt og 4,9 prosent lav inntekt. Seks personer inngår ikke i prosentberegningen fordi fem svarte «vil ikke svare» og én ikke besvarte spørsmålet.

Tabell 4. Fordeling etter inntektsnivå

Inntektsnivå	Antall	Prosent av gyldige svar
Lav inntekt	13	4,9
Middels inntekt	189	71,1
Høy inntekt	64	24,1
Totalt gyldige svar	266	100,0

Note. Prosent er beregnet av deltakere som har oppgitt inntekt. Fem personer svarte «vil ikke svare», og én person hadde manglende svar (til sammen 2,2 % av hele utvalget).

3.1.4.2 Økonomiske vansker

Økonomiske vansker er målt ved spørsmål om deltakerne i løpet av de siste 12 månedene har hatt vansker med å dekke løpende utgifter til mat, husleie, regninger og lignende. Svarkategoriene «Ja, én gang» og «Ja, flere ganger» er slått sammen til «Har hatt økonomiske vansker», mens «Nei» er kategorisert som «Ikke hatt økonomiske vansker». Manglende svar er beholdt som manglende.

De fleste deltakerne oppgir at de ikke har hatt økonomiske vansker det siste året. Blant de 269 personene som har besvart spørsmålet, oppgir 90,0 prosent at de ikke har hatt slike vansker, mens 10,0 prosent har hatt økonomiske vansker én eller flere ganger. Tre personer har ikke besvart spørsmålet.

Tabell 5. Fordeling etter økonomiske vansker

Økonomiske vansker	Antall	Prosent av gyldige svar
Ikke hatt økonomiske vansker	242	90,0
Har hatt økonomiske vansker	27	10,0
Totalt gyldige svar	269	100,0

Note. Tre personer (1,1 % av hele utvalget) har ikke besvart spørsmålet.

3.1.5 Kommunestørrelse

Kommunestørrelse er målt ved spørsmål om hvilken type kommune deltakerne bor i. Den opprinnelige variabelen hadde sju kategorier etter innbyggertall, fra færre enn 5 000 til 200 000 innbyggere eller flere. Disse ble slått sammen til tre kategorier: liten kommune (færre enn 10 000 innbyggere), mellomstor kommune (10 000–99 999 innbyggere) og stor kommune (100 000 innbyggere eller flere).

Flertallet av deltakerne bor i store kommuner. Blant de 270 personene som har besvart spørsmålet, bor 60,7 prosent i en stor kommune, 28,5 prosent i en mellomstor kommune og 10,7 prosent i en liten kommune. To personer har ikke besvart spørsmålet.

Tabell 6. Fordeling etter kommunestørrelse

Kommunestørrelse	Antall	Prosent av gyldige svar
Liten kommune	29	10,7
Mellomstor kommune	77	28,5
Stor kommune	164	60,7
Totalt gyldige svar	270	100,0

Note. To personer, tilsvarende 0,7 prosent av hele utvalget, har ikke oppgitt kommunestørrelse.

3.2 Sosiale forhold

Kapittelet tar opp ulike sider ved deltakernes sosiale situasjon. Det omfatter husholdning og nære relasjoner, sosial kontakt, kjærlighetsforhold, sosial støtte og omsorg, deltagelse på ulike sosiale arenaer samt tilhørighet til og ønsker knyttet til skeive miljøer og møteplasser. Hensikten er å gi en samlet beskrivelse av sosiale ressurser og mulige former for sosial sårbarhet i utvalget.

3.2.1 Husholdning og familie

Husholdning og familie er undersøkt gjennom spørsmål om hvem respondentene bor sammen med minst halve tiden, om de har barn, og om de har barnebarn. Disse variablene gir et bilde av nære hverdagsrelasjoner og mulig familieforankring i utvalget.

Nesten halvparten av deltakerne oppgir at de bor alene. 127 personer (46,7 %) bor ikke sammen med noen annen person minst halve tiden. Omtrent like mange, 134 personer (49,3 %), bor sammen med ektefelle, samboer eller partner. Få bor sammen med andre voksne (2,6 %), barn (1,8 %), foreldre (0,4 %) eller søsken (0,7 %).

Blant deltakerne som har besvart spørsmålet om de har barn (N = 269), oppgir 96 personer (35,7 %) at de har barn, mens 173 personer (64,3 %) ikke har barn. Videre oppgir 81 av 267 personer (30,3 %) at de har barnebarn.

Variablene om husholdning og familie brukes ikke som hovedvariabler i de multivariate analysene, men de gir viktig bakgrunnsinformasjon om deltakernes sosiale livssituasjon.

Tabell 7. Husholdning og familie

Husholdning og familie	Antall	Prosent av gyldige svar
Bor alene	127	46,7
Bor med ektefelle, samboer eller partner	134	49,3
Bor med andre voksne	7	2,6
Bor med barn	5	1,8
Bor med foreldre	1	0,4
Bor med søsken	2	0,7
Har barn	96	35,7
Har barnebarn	81	30,3

Note. Spørsmålet om hvem man bor sammen med var et flervalgsspørsmål, og kategoriene summerer derfor ikke nødvendigvis til 100. Prosentene for husholdning er beregnet av hele utvalget (N = 272). Prosentene for barn og barnebarn er beregnet av gyldige svar.

3.2.2 Sosial kontakt

Sosial kontakt er målt ved spørsmålet: Hvor ofte har du kontakt med venner, naboer eller familie som ikke bor sammen med deg? (dvs. fysiske møter og/eller kontakt via digitale kanaler). Det var 270 respondenter som besvarte spørsmålet.

Tabell 8. Hvor ofte har du kontakt med venner, naboer eller familie som ikke bor sammen med deg? (dvs. fysiske møter og/eller kontakt via digitale kanaler).

Hvor ofte har du kontakt?	Antall	Prosent
Daglig	77	28,5
Flere ganger i uken	119	44,1
Én gang i uken	36	13,3
2–3 ganger i måneden	16	5,9
Én gang i måneden	8	3,0
Sjeldnere	12	4,4
Aldri	2	0,7
Total	270	100,0

Note. To personer, tilsvarende 0,7 prosent av hele utvalget, har ikke besvart spørsmålet.

Den opprinnelige variabelen (kont_ikke_bor) ble rekodet til kontakt_enkel (ofte/sjelden). «Ofte» omfatter kontakt daglig, flere ganger i uken eller én gang i uken. «Sjelden» omfatter kontakt to til tre ganger i måneden, én gang i måneden, sjeldnere eller aldri. Skillet går dermed mellom minst ukentlig kontakt og sjeldnere kontakt. Blant deltakerne som har besvart spørsmålet (N = 270), oppgir 232 personer (85,9 prosent) at de ofte har sosial kontakt, mens 38 personer (14,1 prosent) rapporterer at de sjelden har sosial kontakt.

Tabell 9. Fordeling etter sosial kontakt rekodet variabel

Sosial kontakt	Antall	Prosent av gyldige svar
Ofte	232	85,9
Sjelden	38	14,1
Totalt gyldige svar	270	100,0

Note. To personer, tilsvarende 0,7 prosent av hele utvalget, har ikke besvart spørsmålet.

3.2.3 Åpenhet og LHBTIQ-nettverk

Åpenhet kan ha betydning for hvordan eldre LHBTIQ-personer opplever relasjoner og sosiale sammenhenger. I dette delkapitlet beskrives hvor åpne respondentene er om seksuell orientering, kjønnsidentitet og variasjon i kjønnskarakteristika overfor ulike personer og grupper. Det beskrives også hvor mange av respondentenes nære venner som er åpne LHBTIQ-personer. Analysene er deskriptive og viser hvordan graden av åpenhet varierer mellom ulike relasjoner og situasjoner.

3.2.3.1 Seksuell orientering

Tabellen viser at respondentene i stor grad er åpne om seksuell orientering overfor nære relasjoner. Andelen som oppgir at alle kjenner til deres seksuelle orientering, er høyest for opprinnelsesfamilie og partner(e), og også høy blant venner og helsepersonell. Åpenheten er noe lavere overfor naboer og arbeidskolleger. For arbeidskolleger og partner(e) er det samtidig en større andel som oppgir at spørsmålet ikke er relevant for dem.

Tabell 10. Åpenhet om seksuell orientering

Gruppe	Ingen	Noen	De fleste	Alle	Ikke relevant for meg	Total
Venner	11 (4,1 %)	32 (11,9 %)	46 (17,0 %)	179 (66,3 %)	2 (0,7 %)	270 (100,0 %)
Naboer	33 (12,3 %)	39 (14,6 %)	52 (19,4 %)	136 (50,7 %)	8 (3,0 %)	268 (100,0 %)
Helsepersonell	25 (9,4 %)	33 (12,4 %)	42 (15,7 %)	162 (60,7 %)	5 (1,9 %)	267 (100,0 %)
Opprinnelsesfamilie	26 (9,6 %)	9 (3,3 %)	27 (10,0 %)	197 (73,0 %)	11 (4,1 %)	270 (100,0 %)
Arbeidskolleger	28 (10,4 %)	19 (7,1 %)	34 (12,6 %)	154 (57,2 %)	34 (12,6 %)	269 (100,0 %)
Partner(e)	13 (4,9 %)	5 (1,9 %)	7 (2,6 %)	193 (72,0 %)	50 (18,7 %)	268 (100,0 %)

Note. N varierer mellom 267 og 270. Prosentene er beregnet av gyldige svar for hver gruppe.

3.2.3.2 Kjønnssidentitet

Åpenhet om kjønnssidentitet er målt ved spørsmål om hvor mange innen ulike grupper som kjenner til respondentens kjønnssidentitet. Spørsmålet er besvart av 14 personer, og resultatene må derfor tolkes med varsomhet.

Tabell 11 Åpenhet om kjønnssidentitet

Gruppe	Ingen	Noen	De fleste	Alle	Ikke relevant for meg	Total
Venner	1 (7,1 %)	4 (28,6 %)	1 (7,1 %)	8 (57,1 %)	0 (0,0 %)	14 (100,0 %)
Naboer	4 (28,6 %)	1 (7,1 %)	1 (7,1 %)	6 (42,9 %)	2 (14,3 %)	14 (100,0 %)
Arbeidskolleger	3 (21,4 %)	2 (14,3 %)	4 (28,6 %)	4 (28,6 %)	1 (7,1 %)	14 (100,0 %)

Helsepersonell	2 (14,3 %)	2 (14,3 %)	1 (7,1 %)	8 (57,1 %)	1 (7,1 %)	14 (100,0 %)
Opprinnelsesfamilie	2 (14,3 %)	0 (0,0 %)	2 (14,3 %)	8 (57,1 %)	2 (14,3 %)	14 (100,0 %)
Partner(e)	1 (7,1 %)	1 (7,1 %)	0 (0,0 %)	7 (50,0 %)	5 (35,7 %)	14 (100,0 %)

Note. N = 14. Prosentene er beregnet av gyldige svar. På grunn av det lave antallet respondenter bør prosentfordelingene tolkes med varsomhet.

Blant respondentene som har besvart spørsmålene, er åpenheten størst overfor venner, helsepersonell og opprinnelsesfamilie. For hver av disse gruppene oppgir 57,1 prosent at alle kjenner til deres kjønnsidentitet. Halvparten oppgir at alle partner(e) kjenner til kjønnsidentiteten, men her svarer samtidig 35,7 prosent at spørsmålet ikke er relevant for dem. Åpenheten er lavere overfor arbeidskolleger, der 28,6 prosent oppgir at alle kjenner til kjønnsidentiteten. På grunn av det lave antallet respondenter bør forskjellene først og fremst forstås som beskrivende mønstre.

3.2.3.3 Interkjønnvariasjon eller variasjon i kjønnskarakteristika

Åpenhet om interkjønnvariasjon eller variasjon i kjønnskarakteristika er målt ved spørsmål om hvor mange innen ulike grupper som kjenner til dette. Spørsmålene er besvart av fem personer. På grunn av det svært lave antallet respondenter presenteres resultatene som enkeltfordelinger og må tolkes med stor varsomhet.

Tabell 12. Åpenhet om interkjønnvariasjon eller variasjon i kjønnskarakteristika overfor ulike grupper

Gruppe	Ingen	Alle	Ikke relevant for meg	Total
Venner	2 (40,0 %)	1 (20,0 %)	2 (40,0 %)	5 (100,0 %)
Naboer	1 (20,0 %)	1 (20,0 %)	3 (60,0 %)	5 (100,0 %)
Arbeidskolleger	2 (40,0 %)	1 (20,0 %)	2 (40,0 %)	5 (100,0 %)
Helsepersonell	2 (40,0 %)	1 (20,0 %)	2 (40,0 %)	5 (100,0 %)
Opprinnelsesfamilie	2 (40,0 %)	1 (20,0 %)	2 (40,0 %)	5 (100,0 %)
Partner(e)	2 (40,0 %)	1 (20,0 %)	2 (40,0 %)	5 (100,0 %)

Note. N = 5. Prosentene er beregnet av gyldige svar. På grunn av det svært lave antallet respondenter bør prosentene ikke tillegges stor vekt.

Fordelingen er den samme for de fleste relasjonene: To personer oppgir at ingen kjenner til deres interkjønnvariasjon eller variasjon i kjønnskarakteristika, én oppgir at alle gjør det, og to oppgir at spørsmålet ikke er relevant. For naboer oppgir tre av fem at spørsmålet ikke er relevant. Det lave antallet svar gjør at resultatene ikke gir grunnlag for å beskrive generelle mønstre i åpenhet.

Respondentene fikk også et eget spørsmål om hvorvidt de tror de vil kunne være åpne om sin interkjønnerfaring overfor ansatte i helse- og omsorgstjenestene dersom de får behov for slike tjenester i framtiden. Én person svarte ja, én svarte nei og én svarte kanskje, mens to oppga at spørsmålet ikke var relevant. Også disse resultatene må forstås som enkeltfordelinger på grunn av det svært lave antallet svar (N = 5).

3.2.3.4 Åpne LHBTIQ-venner

Respondentene ble spurt om hvor mange av deres nære venner som er åpne LHBTIQ-personer. Blant de 268 personene som har besvart spørsmålet, oppgir omtrent en tredel (34,3 prosent) at flere enn ti av deres nære venner er åpne LHBTIQ-personer. Videre oppgir 20,9 prosent at dette gjelder tre til fem venner, 17,5 prosent seks til ti venner og 15,7 prosent én til to venner. Det er 11,6 prosent oppgir at ingen av deres nære venner er åpne LHBTIQ-personer.

Tabell 13 Fordeling av åpne LHBTIQ-venner

Hvor mange av dine nære venner er åpne LHBTIQ-personer?	Antall	Prosent
Ingen	31	11,6
1–2	42	15,7
3–5	56	20,9
6–10	47	17,5
Flere enn 10	92	34,3
Total	268	100,0

Note. Fire personer har ikke besvart spørsmålet. Prosentene er beregnet av gyldige svar.

3.2.4 Kjærlighetsforhold

Respondentenes kjærlighetsforhold og relasjonsstatus er kartlagt gjennom spørsmål om de er i et kjærlighetsforhold, og hvordan de eventuelt beskriver sitt nåværende forhold eller sine relasjoner.

3.2.4.1 Å være i et kjærlighetsforhold

Kjærlighetsforhold er målt ved spørsmålet: «Er du i et kjærlighetsforhold?» Variabelen er operasjonalisert som en dikotom variabel som skiller mellom personer som er i et kjærlighetsforhold og personer som ikke er det.

Blant de 269 personene som har besvart spørsmålet, oppgir 58,0 prosent at de er i et kjærlighetsforhold, mens 42,0 prosent ikke er det. Tre personer har ikke besvart spørsmålet.

Tabell 14. Fordeling etter kjærlighetsforhold

Kjærlighetsforhold	Antall	Prosent av gyldige svar
Ikke i forhold	113	42,0
I forhold	156	58,0
Totalt gyldige svar	269	100,0

Note. Tre personer, tilsvarende 1,1 prosent av hele utvalget, har ikke besvart spørsmålet.

3.2.4.2 Beskrivelse av forhold og relasjoner

Respondentene ble også bedt om å angi hvilke alternativer som best beskrev deres nåværende forhold eller relasjoner. Det var mulig å velge flere alternativer. Nær halvparten av alle respondentene (47,1 prosent) oppgir at de er gift og/eller samboer. Videre oppgir 16,9 prosent at de treffer noen eller dater, 9,2 prosent at de har noen de betrakter som partner, og 5,9 prosent at de har et forhold. 20,2 prosent har valgt kategorien «annet».

Tabell 15. Hvilke alternativ beskriver forholdet eller forholdene dine best?

Alternativ	N	Prosent av alle respondenter
Gift og/eller samboer	128	47,1 %
Har noen jeg betrakter som partner	25	9,2 %
Har et forhold	16	5,9 %
Treffer noen/deiter	46	16,9 %
Annet	55	20,2 %

Note. N = 272. Flere svar var mulig. Prosentene viser andel av alle respondentene som har krysset av for hvert alternativ og summerer derfor ikke til 100.

3.2.5 Sosial støtte

Sosial støtte er målt ved spørsmålet: «Er det noen (en eller flere) som kan hjelpe deg om du har praktiske problemer eller er syk? For eksempel få råd om noe, låne ting, hjelp til mat-handling eller reparasjoner?» Sosial støtte brukes her som en kortform for tilgang til hjelp og støtte ved behov, og måler dermed tilgang på praktisk og sosial støtte i hverdagen.

3.2.5.1 Tilgang til sosial støtte

De fleste deltakerne oppgir at de har tilgang til slik støtte. Blant de 269 personene som har besvart spørsmålet, svarer 48,3 prosent at de alltid har noen å få hjelp fra, mens 41,6 prosent svarer at de stort sett har det. Til sammen 10,0 prosent oppgir at de stort sett ikke eller aldri har noen å få hjelp fra. Tre personer har ikke besvart spørsmålet.

Tabell 16. Fordeling etter tilgang til sosial støtte

Tilgang til sosial støtte	Antall	Prosent av gyldige svar
Ja, alltid	130	48,3
Ja, stort sett	112	41,6
Nei, stort sett ikke	23	8,6
Nei, aldri	4	1,5
Totalt gyldige svar	269	100,0

Note. Tre personer, tilsvarende 1,1 prosent av hele utvalget, har ikke besvart spørsmålet.

I de videre analysene er den opprinnelige variabelen rekodet til en dikotom variabel som skiller mellom god og lav sosial støtte. God sosial støtte omfatter svarene «alltid» og «stort sett», mens lav sosial støtte omfatter «stort sett ikke» og «aldri». Dette innebærer at 242 personer (90,0 prosent) har god sosial støtte og 27 personer (10,0 prosent) har lav sosial støtte. Manglende svar er beholdt som manglende.

3.2.5.2 Hvem respondentene regner med kan hjelpe med praktiske problemer

Blant respondentene som oppgir hvem de regner med kan hjelpe ved praktiske problemer eller sykdom (N = 267), er venner den klart vanligste kilden til hjelp. Tre av fire (74,5 prosent) oppgir venner, mens 52,4 prosent oppgir partner og 43,4 prosent opprinnelsesfamilie. Bekjente oppgis av 30,0 prosent og egne barn av 25,5 prosent. Tidligere partner og andre oppgis av henholdsvis 9,7 og 11,2 prosent.

Svarene viser at forventet hjelp ved praktiske problemer eller sykdom kan være forankret i flere typer relasjoner. Venner, partner og opprinnelsesfamilie er de hyppigst oppgitte kildene til hjelp, men også egne barn og bekjente inngår i støttenettverket for en del av deltakerne.

Tabell 17. Hvem regner du med kan hjelpe med praktiske problemer?

Hvem respondentene regner med kan hjelpe	Antall	Prosent av personer
Partner	140	52,4
Venner	199	74,5
Opprinnelsesfamilie	116	43,4
Tidligere partner	26	9,7
Egne barn	68	25,5
Bekjente	80	30,0
Andre	30	11,2

Note. Respondentene kunne oppgi flere kilder til hjelp, og prosentene summerer derfor ikke til 100.

3.2.5.3 Hvem respondentene regner med kan gi pleie og omsorg over lengre tid

Blant respondentene som har oppgitt hvem de regner med kan gi pleie og omsorg over en lengre periode (N = 146), er partner den klart vanligste kilden til slik støtte. Tre av fire (74,7 prosent) oppgir partner, mens 43,2 prosent oppgir venner og 33,6 prosent opprinnelsesfamilie. Egne barn oppgis av 26,0 prosent. Færre oppgir tidligere partner (9,6 prosent), bekjente (6,2 prosent) eller andre (3,4 prosent).

Svarene viser at forventet pleie og omsorg over lengre tid særlig er knyttet til partner, men at venner og opprinnelsesfamilie også inngår som viktige potensielle omsorgsressurser. Egne barn oppgis av om lag én av fire.

Tabell 18. Hvem respondentene regner med kan gi pleie og omsorg over lengre tid

Hvem respondentene regner med kan gi pleie og omsorg over lengre tid	Antall	Prosent av personer
Partner	109	74,7
Venner	63	43,2
Opprinnelsesfamilie	49	33,6
Tidligere partner	14	9,6
Egne barn	38	26,0
Bekjente	9	6,2
Andre	5	3,4

Note. Tabellen omfatter 146 respondenter med gyldige svar. Respondentene kunne oppgi flere personer eller grupper de regner med kan gi pleie og omsorg over lengre tid. Prosentene summerer derfor ikke til 100.

3.2.5.4 Erfaring med å gi pleie og omsorg til nærstående

Erfaring med å gi pleie eller omsorg er målt ved spørsmålet: «Etter fylte 65, har du selv erfaring med å gi pleie eller omsorg til en nærstående?»

Blant deltakerne som har besvart spørsmålet (N = 269), oppgir 144 personer (53,5 prosent) at de har gitt pleie eller omsorg til en nærstående etter fylte 65 år, mens 125 personer (46,5 prosent) ikke har gjort det. Tre personer (1,1 prosent av hele utvalget) har ikke besvart spørsmålet.

Deltakerne som hadde gitt pleie eller omsorg, kunne oppgi flere personer eller grupper de hadde gitt omsorg til. Foreldre og partner er de vanligste mottakerne av slik omsorg. Blant dem som har gitt omsorg, oppgir 47,2 prosent foreldre og 39,6 prosent partner. Videre oppgir 16,7 prosent at de har gitt pleie eller omsorg til venner. Mindre andeler har gitt omsorg til annen slekt, tidligere partner, søsken, bekjente, egne barn eller andre.

Tabell 19. Hvem deltakerne har gitt pleie eller omsorg til etter fylte 65 år

Relasjon	Antall	Prosent av personer som har gitt omsorg
Foreldre	68	47,2
Partner	57	39,6
Venner	24	16,7
Annen slekt	14	9,7
Tidligere partner	12	8,3
Søsken	11	7,6
Bekjente	11	7,6
Egne barn	7	4,9
Andre	6	4,2

Note. N = 144 personer som oppgir at de har gitt pleie eller omsorg til en nærstående etter fylte 65 år. Flere svar var mulig, og prosentene summerer derfor ikke til 100.

Det å gi pleie eller omsorg til andre er en vanlig erfaring blant respondentene som har besvart spørsmålet. Over halvparten oppgir at de selv har gitt pleie eller omsorg til en nærstående etter fylte 65 år, særlig til foreldre og partner. Resultatene synliggjør dermed at omsorgsrelasjoner i utvalget omfatter både støtte respondentene kan få fra andre, og omsorg de selv gir til nærstående.

3.2.6 Sosial kontakt og aktiviteter

Dette delkapitlet beskriver hvordan deltakerne holder kontakt med sine sosiale relasjoner, deltakelse i organisasjoner og møteplasser som ikke er spesifikt skeive, og deltakelse i ulike aktiviteter.

3.2.6.1 Kontaktformer

Deltakerne ble spurt om hvordan de holder kontakt med sine sosiale relasjoner. Flere svar var mulig.

Fysiske møter er den vanligste kontaktformen og oppgis av 87,9 prosent av deltakerne. Telefon brukes av 80,9 prosent, mens 79,8 prosent holder kontakt gjennom digitale kanaler som e-post, meldinger, Facebook eller lignende. Langt færre oppgir brev (5,1 prosent) eller andre kontaktformer (2,9 prosent).

Tabell 20. Hvordan deltakerne holder kontakt med sosiale relasjoner

Kontaktform	Antall	Prosent av deltakerne
Fysiske møter	239	87,9
Telefon	220	80,9
Digitale kanaler	217	79,8
Brev	14	5,1
Annet	8	2,9

Note. N = 272. Respondentene kunne oppgi flere kontaktformer, og prosentene summerer derfor ikke til 100.

Svarene viser at deltakerne bruker flere kontaktformer parallelt. Fysiske møter er mest utbredt, men både telefon og digitale kanaler brukes av et stort flertall.

3.2.6.2 Deltakelse i organisasjoner og møteplasser som ikke er spesifikt skeive

Deltakelse i organisasjoner og møteplasser som ikke er spesifikt skeive, er målt gjennom spørsmål om deltakelse i frivillige organisasjoner, religiøse trossamfunn, idrettslag og kultur- eller hobbyforeninger. De fire variablene er slått sammen til en dikotom samlevariabel som skiller mellom deltakelse i minst én slik organisasjon eller møteplass og ingen slik deltakelse.

Respondenter som svarte ja på minst ett av de fire spørsmålene, ble klassifisert som deltakende, også dersom de manglet svar på andre spørsmål. Ingen deltakelse ble registrert når respondenten svarte nei på alle fire spørsmålene. Respondenter med manglende svar på ett eller flere spørsmål og uten noen ja-svar fikk manglende verdi på samlevariabelen.

Blant de 263 deltakerne med gyldige svar deltar 79,1 prosent i minst én slik organisasjon eller møteplass, mens 20,9 prosent ikke gjør det. Ni personer mangler gyldige svar på samlevariabelen.

Tabell 21. Deltakelse i organisasjoner eller møteplasser som ikke er spesifikt skeive

Deltakelse	Antall	Prosent av gyldige svar
Ingen deltakelse	55	20,9
Minst én organisasjon eller møteplass	208	79,1
Totalt	263	100,0

Note. Ni personer (3,3 prosent av hele utvalget) mangler gyldige svar på samlevariabelen. Prosentene er beregnet av gyldige svar.

Et stort flertall av deltakerne deltar dermed på minst én organisert arena eller møteplass som ikke er spesifikt skeiv.

3.2.6.3 Deltakelse i ulike aktiviteter

Deltakerne ble spurt om de hadde deltatt i ulike sosiale, kulturelle og andre aktiviteter i løpet av de siste 12 månedene. Flere svar var mulig.

Deltakelsen er høyest for fest eller feiring og kulturarrangementer. Av dem som har gyldige svar på de enkelte spørsmålene, oppgir 88,3 prosent at de har deltatt på fest eller feiring, mens 85,8 prosent har deltatt på kulturarrangementer som kino, teater, museum eller bok-sirkel. Videre har 67,3 prosent deltatt i arbeid eller frivillig arbeid, 64,6 prosent på offentlige tilstelninger og 64,5 prosent på foreningsmøter.

Nær halvparten har deltatt i nettbaserte aktiviteter, diskusjoner eller spill med andre (48,6 prosent), mens 45,7 prosent har deltatt i aktiviteter i pensjonist- eller seniorsammenheng. Lavere andeler oppgir deltakelse på kurs eller studiesirkel (37,4 prosent), i religiøse sammenkomster (27,5 prosent), i aktiviteter for å møte en partner eller seksuell relasjon (26,7 prosent) og på sportsarrangementer (24,8 prosent).

Tabell 22. Deltakelse i ulike aktiviteter de siste 12 månedene

Aktivitet	Antall	Prosent av gyldige svar
Fest eller feiring	233	88,3
Kulturarrangement	229	85,8
Arbeid eller frivillig arbeid	175	67,3
Offentlig tilstelning	168	64,6
Foreningsmøte	169	64,5
Nettbaserte aktiviteter, diskusjoner eller spill med andre	125	48,6
Pensjonist- eller seniorsammenheng	116	45,7
Kurs eller studiesirkel	95	37,4
Religiøs sammenkomst	72	27,5
Møtt andre for å finne en partner eller seksuell relasjon	69	26,7
Sportsarrangement	64	24,8

Note. N varierer mellom 254 og 267 mellom aktivitetene på grunn av manglende svar. Prosentene er beregnet av gyldige svar for hver aktivitet. Respondentene kunne delta i flere aktiviteter, og prosentene summerer derfor ikke til 100.

Samlet viser fordelingen høy deltakelse på flere sosiale og kulturelle arenaer, særlig fest eller feiring og kulturarrangementer. Deltakelsen varierer imidlertid betydelig mellom de ulike aktivitetene.

3.2.7 Deltakelse og tilhørighet i skeive miljøer

Dette delkapitlet beskriver deltakernes deltakelse i og tilhørighet til skeive miljøer og møteplasser. Det omfatter deltakelse i skeive organisasjoner og møteplasser, deltakelse i LHBTIQ-spesifikke aktiviteter og skeive miljøer gjennom livsløpet, opplevd velkommenhet og ønsker om mer deltakelse og flere sosiale tilbud.

3.2.7.1 Deltakelse i skeive organisasjoner eller møteplasser

Deltakerne ble spurt om de deltar i en skeiv organisasjon eller møteplass. Spørsmålet skiller mellom personer som deltar og personer som ikke deltar i slike sammenhenger.

Blant de 264 personene som har besvart spørsmålet, oppgir 75,4 prosent at de deltar i en skeiv organisasjon eller møteplass, mens 24,6 prosent ikke gjør det. Åtte personer har ikke besvart spørsmålet.

Tabell 23. Deltakelse i skeive organisasjoner eller møteplasser

Deltakelse	Antall	Prosent av gyldige svar
Deltar	199	75,4
Deltar ikke	65	24,6
Totalt	264	100,0

Note. Åtte personer (2,9 % av hele utvalget) har ikke besvart spørsmålet.

Tre av fire respondenter med gyldige svar deltar dermed i en skeiv organisasjon eller møteplass.

3.2.7.2 Deltakelse i LHBTIQ-spesifikke aktiviteter eller skeivt miljø

Mens foregående spørsmål gjelder deltakelse i skeive organisasjoner eller møteplasser, fanger dette spørsmålet opp en bredere tilknytning til LHBTIQ-spesifikke aktiviteter og skeive miljøer, både tidligere i livet og i nåtid.

Deltakelse i LHBTIQ-spesifikke aktiviteter eller skeivt miljø er målt ved spørsmålet: «Har du deltatt på LHBTIQ-spesifikke aktiviteter eller vært del av et skeivt miljø?» Spørsmålet skiller mellom deltakelse tidligere i livet, deltakelse i nåtid, deltakelse både tidligere og nå, og aldri å ha deltatt.

Blant de 269 personene som har besvart spørsmålet, oppgir 39,4 prosent at de har deltatt tidligere i livet, men ikke i nåtid. 11,9 prosent deltar i nåtid, mens 42,0 prosent har deltatt både tidligere i livet og i nåtid. 6,7 prosent oppgir at de aldri har deltatt i LHBTIQ-spesifikke aktiviteter eller vært del av et skeivt miljø.

Samlet har 93,3 prosent deltatt i LHBTIQ-spesifikke aktiviteter eller vært del av et skeivt miljø på et tidspunkt i livet. 53,9 prosent deltar i slike sammenhenger i nåtid, enten bare i nåtid eller både tidligere og nå.

Tabell 24. Deltakelse i LHBTIQ-spesifikke aktiviteter eller skeivt miljø

Deltakelse	Antall	Prosent av gyldige svar
Ja, tidligere i livet	106	39,4
Ja, i nåtid	32	11,9
Ja, tidligere i livet og i nåtid	113	42,0
Nei, aldri	18	6,7
Totalt	269	100,0

Note. Tre personer (1,1 % av hele utvalget) har ikke besvart spørsmålet.

Deltakerne ble også spurt om hvilke LHBTIQ-spesifikke aktiviteter eller skeive miljøer de deltar i. Pride er den hyppigst oppgitte arenaen og oppgis av 66,2 prosent av hele utvalget. Videre oppgir 37,9 prosent bar eller klubb, 35,3 prosent kulturarrangementer med LHBTIQ-tema, 28,3 prosent sosiale møtesteder for LHBTIQ-personer og 26,8 prosent seniortreff for LHBTIQ-personer/skeive. 13,6 prosent oppgir andre aktiviteter eller miljøer.

Tabell 25. Hvilke LHBTIQ-spesifikke aktiviteter eller skeive miljøer deltakerne deltar i

Aktivitet eller miljø	Antall	Prosent av deltakerne
Pride	180	66,2
Bar eller klubb	103	37,9
Kulturarrangement med LHBTIQ-tema	96	35,3
Sosiale møtesteder for LHBTIQ-personer	77	28,3
Seniortreff for LHBTIQ-personer/skeive	73	26,8
Annet	37	13,6

Note. N = 272. Flere svar var mulig, og prosentene summerer derfor ikke til 100.

Tilknytning til skeive miljøer er utbredt i utvalget, både gjennom livsløpet og i nåtid. Blant de konkrete arenaene er Pride den klart hyppigst oppgitte.

3.2.7.3 Opplevd velkommenhet i LHBTIQ/skeive sammenhenger

Opplevd velkommenhet i LHBTIQ/skeive sammenhenger er målt ved spørsmålet: «Kjenner du deg velkommen i LHBTIQ/skeive sammenhenger?» Spørsmålet måler deltakernes egen opplevelse av å være velkommen i slike sammenhenger, og ikke hvor mye de faktisk deltar.

Blant de 252 personene som har besvart spørsmålet, oppgir 89,3 prosent at de kjenner seg velkommen i LHBTIQ/skeive sammenhenger, mens 10,7 prosent oppgir at de ikke gjør det. Tjue personer har ikke besvart spørsmålet.

Tabell 26. Opplevd velkommenhet i LHBTIQ/skeive sammenhenger

Opplevd velkommenhet	Antall	Prosent av gyldige svar
Kjenner seg velkommen	225	89,3
Kjenner seg ikke velkommen	27	10,7
Totalt	252	100,0

Note. Tjue personer (7,4 % av hele utvalget) har ikke besvart spørsmålet.

De aller fleste som har besvart spørsmålet, opplever seg dermed som velkomne i LHBTIQ/skeive sammenhenger, mens om lag én av ti ikke gjør det. Opplevd velkommenhet brukes videre i analysene av sammenhenger med psykisk helse.

3.2.7.4 Ønske om mer deltakelse og sosiale tilbud for skeive 60+

Deltakerne ble spurt om de skulle ønske at de deltok mer i miljøer for skeive/LHBTIQ-personer. Blant de 267 personene som har besvart spørsmålet, oppgir 40,1 prosent at de ønsker å delta mer. 29,2 prosent svarer nei, mens 30,7 prosent svarer at de ikke vet. Fem personer har ikke besvart spørsmålet.

Tabell 27. Ønske om å delta mer i miljøer for skeive/LHBTIQ-personer

Svar	Antall	Prosent av gyldige svar
Ja	107	40,1
Nei	78	29,2
Vet ikke	82	30,7
Totalt	267	100,0

Note. Fem personer (1,8 % av hele utvalget) har ikke besvart spørsmålet.

Deltakerne ble også spurt om hvilke sosiale tilbud for skeive/LHBTIQ-personer 60+ de savner. Det hyppigst oppgitte tilbudet er et fast sosialt treff for skeive 60+ i nærheten av der de bor, som oppgis av 37,5 prosent av deltakerne. Videre oppgir 23,2 prosent Senior-pride eller flere tilrettelagte arrangementer for skeive/LHBTIQ-personer 60+ under Pride, mens 18,8 prosent oppgir et seniormagasin.

Lavere andeler oppgir podcast for skeive/LHBTIQ-personer 60+ (13,6 prosent), andre grupper eller tilbud (11,8 prosent), faste digitale møter (10,3 prosent) eller besøksvenn (9,9 prosent).

Tabell 28. Sosiale tilbud for skeive/LHBTIQ-personer 60+ som deltakerne savner

Tilbud	Antall	Prosent av deltakerne
Fast sosialt treff for skeive 60+ i nærheten av der man bor	102	37,5
Senior-pride/flere tilrettelagte arrangementer under Pride	63	23,2
Seniormagasin for skeive/LHBTIQ-personer 60+	51	18,8
Podcast for skeive/LHBTIQ-personer 60+	37	13,6
Andre grupper eller tilbud	32	11,8
Faste digitale møter for skeive/LHBTIQ-personer 60+	28	10,3
Besøksvenn for skeive/LHBTIQ-personer 60+	27	9,9

Note. N = 272. Flere tilbud kunne oppgis, og prosentene summerer derfor ikke til 100.

Fire av ti respondenter med gyldige svar ønsker å delta mer i skeive/LHBTIQ-miljøer, mens nær en tredel er usikre. Blant de konkrete tilbudene er et fast lokalt sosialt treff det hyppigst oppgitte savnet. Faste digitale møter oppgis av en betydelig mindre andel.

3.2.8 Oppsummering av sosiale forhold

Resultatene viser at sosial kontakt, støtte og deltakelse er utbredt i utvalget. 85,9 prosent oppgir at de ofte har kontakt med venner, naboer eller familie som de ikke bor sammen med, mens 14,1 prosent oppgir sjelden kontakt. Nesten halvparten bor alene (46,7 prosent), og omtrent like mange bor sammen med ektefelle, samboer eller partner (49,3 prosent). 35,7 prosent har barn og 30,3 prosent har barnebarn.

Åpenheten om seksuell orientering varierer mellom ulike relasjoner. Andelen som oppgir at alle kjenner til deres seksuelle orientering, er høyest overfor opprinnelsesfamilie og partner(e), og også høy overfor venner og helsepersonell. Åpenheten er lavere overfor naboer og arbeidskolleger. Resultatene om åpenhet om kjønnsidentitet og interkjønnvariasjon bygger på få respondenter og må derfor tolkes med stor varsomhet. Når det gjelder LHBTIQ-nettverk, oppgir 34,3 prosent at flere enn ti av deres nære venner er åpne LHBTIQ-personer, mens 11,6 prosent oppgir at ingen av deres nære venner er det.

Over halvparten av respondentene (58,0 prosent) er i et kjærlighetsforhold. De fleste har også tilgang til hjelp og støtte ved behov: 90,0 prosent har god sosial støtte, mens 10,0 prosent har lav sosial støtte. Venner er den hyppigst oppgitte kilden til hjelp ved praktiske problemer eller sykdom, etterfulgt av partner og opprinnelsesfamilie. Ved behov for pleie og omsorg over lengre tid er partner den hyppigst oppgitte potensielle omsorgspersonen. Samtidig oppgir 53,5 prosent at de selv har gitt pleie eller omsorg til en nærstående etter fylte 65 år.

Deltakerne bruker flere kontaktformer parallelt. Fysiske møter er mest utbredt (87,9 prosent), men også telefon (80,9 prosent) og digitale kanaler (79,8 prosent) brukes av et stort flertall. 79,1 prosent deltar i minst én organisasjon eller møteplass som ikke er spesifikt skeiv. Deltakelsen er også høy på flere andre sosiale og kulturelle arenaer, særlig fest eller feiring og kulturarrangementer.

Tilknytningen til skeive miljøer er omfattende. 75,4 prosent deltar i en skeiv organisasjon eller møteplass, og 93,3 prosent har deltatt i LHBTIQ-spesifikke aktiviteter eller vært del av et skeivt miljø på et tidspunkt i livet. 53,9 prosent deltar i slike sammenhenger i nåtid. Blant dem som har besvart spørsmålet om velkommenhet, oppgir 89,3 prosent at de kjenner seg velkommen i LHBTIQ/skeive sammenhenger. Samtidig oppgir 40,1 prosent at de ønsker å delta mer, og et fast lokalt sosialt treff for skeive 60+ er det sosiale tilbudet flest oppgir at de savner.

Samlet viser resultatene stor variasjon i deltakernes sosiale situasjon, men sosial kontakt, tilgang til støtte og deltakelse på ulike arenaer er utbredt i utvalget. Samtidig finnes det grupper som har sjelden sosial kontakt, lav sosial støtte, ikke er i et kjærlighetsforhold eller ikke opplever seg velkomne i skeive sammenhenger. Disse variasjonene undersøkes videre i de bivariate analysene.

3.3 Minoritetsrelaterte forhold og erfaringer

Kapittelet beskriver deltakernes seksuelle orientering, kjønnsidentitet, transstatus og variasjon i kjønnskarakteristika, samt erfaringer med behandling, tap av nære relasjoner, krenkelse og diskriminering. Seksuell orientering, kjønnsidentitet, transstatus og variasjon i kjønnskarakteristika beskriver ulike sider ved deltakernes liv og er ikke gjensidig utelukkende. En person kan for eksempel være trans og/eller lesbisk og samtidig ha variasjon i kjønnskarakteristika.

3.3.1 Seksuell orientering

Seksuell orientering er målt ved spørsmålet: «Hvilket ord beskriver seksualiteten din best?» Respondentene kunne krysse av for flere svaralternativer. Variabelen er derfor analysert som et multiple response-sett, der hver kategori behandles som en egen ja/nei-variabel.

Blant deltakerne (N = 272) oppgir et klart flertall at de identifiserer seg som homofile (66,5 prosent). Videre oppgir 22,4 prosent at de er lesbiske, 11,4 prosent at de er skeive og 9,9 prosent at de er bifile. Mindre andeler oppgir panfil, heterofil, asexuell, annet eller vet ikke.

Tabell 29. Fordeling etter seksuell orientering

Seksuell orientering	Antall	Prosent av deltakere
Homofil	181	66,5
Lesbisk	61	22,4
Bifil	27	9,9
Panfil	3	1,1
Heterofil	3	1,1
Skeiv	31	11,4
Aseksuell	3	1,1
Annet	5	1,8
Vet ikke	2	0,7

Note. N = 272. Respondentene kunne velge flere kategorier. Prosentene summerer derfor ikke til 100.

Et klart flertall av deltakerne (85,7 prosent) har valgt én kategori, mens 10,7 prosent har valgt to kategorier. Mindre andeler har valgt tre eller fire kategorier. To personer (0,7 prosent) har ikke valgt noen av de oppgitte kategoriene.

Tabell 30. Antall valgte kategorier for seksuell orientering

Antall valgte kategorier	Antall	Prosent av deltakere
0	2	0,7
1	233	85,7
2	29	10,7
3	7	2,6
4	1	0,4
Totalt	272	100,0

Note. Tabellen viser hvor mange kategorier hver respondent har valgt på spørsmålet om seksuell orientering.

3.3.2 Kjønnssidentitet

Respondentene ble bedt om å oppgi hvilken eller hvilke kjønnssidentiteter som beskriver dem best. Flertallet oppgir mann som kjønnssidentitet. Dette gjelder 188 personer, tilsvarende 69,6 prosent av respondentene som har besvart spørsmålet. Videre oppgir 74 personer, 27,4 prosent, kvinne som kjønnssidentitet. Ti personer, 3,7 prosent, oppgir ikke-binær kjønnssidentitet, mens to personer, 0,7 prosent, har valgt «annet».

Siden det var mulig å krysse av for flere alternativer, er det totale antallet avkryssninger høyere enn antallet respondenter. Tabellen viser derfor ikke gjensidig utelukkende kategorier, men hvilke kjønnsidentiteter respondentene selv har valgt å oppgi.

Tabell 31. Hvilken/hvilke kjønnsidentiteter beskriver deg best?

Kjønnsidentitet	Antall	Prosent av respondenter
Kvinne	74	27,4
Mann	188	69,6
Ikke-binær	10	3,7
Annet	2	0,7
Totalt antall avkryssninger	274	101,5

Note. N = 270. To personer har ikke besvart spørsmålet. Flere svar var mulig. Prosentene viser andel av respondentene som har krysset av for hvert alternativ og summerer derfor ikke til 100.

3.3.3 Transstatus

Transstatus er målt ved spørsmålet om deltakerne er eller har vært transperson. Av de 250 respondentene som besvarte spørsmålet, svarte 15 personer (6,0 prosent) ja, mens 235 personer (94,0 prosent) svarte nei. For 22 respondenter mangler opplysninger om transstatus.

Tabell 32. Fordeling etter transstatus

Transstatus	Antall	Prosent av gyldige svar
Nei	235	94,0
Ja	15	6,0
Totalt gyldige svar	250	100,0

Note. 22 personer, tilsvarende 8,1 prosent av utvalget, har ikke besvart spørsmålet.

Fordi transstatus og kjønnsidentitet er målt i separate spørsmål, ble det også undersøkt hvilke kjønnsidentiteter de 15 transpersonene hadde oppgitt. Fem personer (33,3 prosent) hadde oppgitt kvinne som kjønnsidentitet og fem (33,3 prosent) mann. Sju personer (46,7 prosent) hadde oppgitt ikke-binær kjønnsidentitet. Ingen hadde valgt «annet».

Tabell 33. Kjønnsidentitet blant transpersoner

Kjønnsidentitet	Antall	Prosent av transpersonene
Kvinne	5	33,3
Mann	5	33,3

Ikke-binær	7	46,7
Annet	0	0,0

Note. N = 15. Flere svar var mulig. Prosentene summerer derfor ikke til 100.

To av transpersonene hadde oppgitt mer enn én av disse kjønnsidentitetene: én hadde oppgitt både kvinne og ikke-binær, og én både mann og ikke-binær. Samlet hadde 10 av de 15 transpersonene (66,7 prosent) oppgitt kvinne og/eller mann som kjønnsidentitet.

3.3.4 Kjønnsmminoriteter samlet

I de videre analysene bruker vi en sammensatt variabel som omfatter personer som er trans og/eller har oppgitt ikke-binær eller annen kjønnsidentitet. Kjønnssidentitet og transstatus er målt i separate spørsmål, og kategoriene kan derfor overlappe. Variabelen er konstruert på individnivå slik at hver person telles én gang.

Sammenligningsgruppen omfatter personer som svarte nei på transspørsmålet og hadde besvart spørsmålet om kjønnsidentitet uten å velge ikke-binær eller annet. For 22 personer manglet svar på transspørsmålet, uten at de hadde oppgitt ikke-binær eller annen kjønnsidentitet. Disse har manglende verdi på samlevariabelen og inngår ikke i analyser som bruker denne.

Tabell 34. Fordeling analysegruppe

Analysegruppe	Antall	Prosent av gyldige svar
Ikke trans og verken ikke-binær eller annen kjønnsidentitet	230	92,0
Trans og/eller ikke-binær/annen kjønnsidentitet	20	8,0
Totalt	250	100,0

Note. 22 personer har manglende verdi på kjønnsmminoritetsvariabelen. Kategorien trans og/eller ikke-binær/annen kjønnsidentitet omfatter unike personer; respondenter som inngår i flere av kategoriene, telles bare én gang.

3.3.5 Behandling og helsetjenester for transpersoner

3.3.5.1 Udekket behov for behandling eller annen hjelp

For å undersøke udekkede behov for helsehjelp ble respondentene spurt om de hadde ønsket behandling eller annen hjelp fra helsetjenesten for transpersoner i Norge som de ikke hadde fått. Spørsmålet er besvart av 14 personer.

Tabell 35. Udekket behov for behandling eller annen hjelp for transpersoner

Har du ønsket behandling eller annen hjelp som du ikke har fått?	Antall	Prosent
Ja	4	28,6
Nei	10	71,4
Total	14	100,0

Note. N = 14. Spørsmålet er besvart av 14 personer. Prosentene er beregnet av gyldige svar.

Fire av de 14 respondentene (28,6 prosent) oppgir at de har ønsket behandling eller annen hjelp som de ikke har fått, mens ti personer (71,4 prosent) svarer nei. Resultatet viser dermed at noen av respondentene rapporterer et udekket behov for behandling eller annen hjelp. På grunn av det lave antallet respondenter må fordelingen tolkes med stor varsomhet.

3.3.5.2 Type kjønnsbekreftende behandling

Blant respondentene som har oppgitt at de har mottatt kjønnsbekreftende behandling, er hormonbehandling det vanligste. Seks av sju personer, 85,7 prosent, oppgir hormonbehandling. To personer, 28,6 prosent, oppgir kjønnsbekreftende kirurgi, mens én person, 14,3 prosent, har krysset av for «annet». Siden det var mulig å velge flere alternativer, er det totale antallet avkrysninger høyere enn antallet respondenter.

Tabell 36. Type kjønnsbekreftende behandling mottatt

Behandlingstype	Antall	Prosent av dem som har oppgitt behandling
Hormonbehandling	6	85,7
Kjønnsbekreftende kirurgi	2	28,6
Annet	1	14,3
Totalt antall avkrysninger	9	128,6

Note. N = 7. Flere svar var mulig. Prosentene viser andel av dem som har krysset av for minst ett behandlingsalternativ, og summerer derfor ikke til 100.

3.3.5.3 Behandling i utlandet

Blant dem som har besvart spørsmålet om behandling i utlandet, oppgir 4 personer, tilsvarende 28,6 prosent, at de har mottatt helsetjenester for transpersoner i utlandet. De fleste, 10 personer eller 71,4 prosent, svarer nei. Siden spørsmålet bare er besvart av 14 personer, bør resultatene tolkes med varsomhet.

Tabell 37. Mottak av helsetjenester for transpersoner i utlandet

Har du mottatt helsetjenester for transpersoner i utlandet?	Antall	Prosent
Ja	4	28,6
Nei	10	71,4
Total	14	100,0

Note. N = 14. Spørsmålet er besvart av 14 personer. Prosentene er beregnet av gyldige svar.

3.3.6 Interkjønnvariasjon eller variasjon i kjønnskarakteristika

Blant dem som har besvart spørsmålet om interkjønnvariasjon eller variasjon i kjønnskarakteristika, oppgir 6 personer, tilsvarende 2,4 prosent, at dette gjelder dem. De fleste, 236 personer eller 93,7 prosent, svarer nei. I tillegg oppgir 10 personer, 4,0 prosent, at de ikke vet eller ikke ønsker å svare.

Tabell 38. Interkjønnvariasjon eller variasjon i kjønnskarakteristika

Har du en interkjønnvariasjon eller variasjon i kjønnskarakteristika?	Antall	Prosent
Ja	6	2,4
Nei	236	93,7
Vet ikke/vil ikke svare	10	4,0
Total	252	100,0

Note. N = 252. 20 personer har ikke besvart spørsmålet. Prosentene er beregnet av gyldige svar.

Respondenten ble også spurt hvor gammel vedkommende var da dette ble oppdaget. Blant de fire respondentene som har oppgitt alder for når interkjønnvariasjon eller variasjon i kjønnskarakteristika ble oppdaget, varierer svarene betydelig. To av respondentene oppgir at dette ble oppdaget i barne- eller ungdomsårene, henholdsvis ved 10 og 15 år. To oppgir at det ble oppdaget i voksen alder, ved 55 og 57 år. På grunn av det lave antallet svar bør resultatene tolkes med stor varsomhet.

3.3.7 Tap av kontakt knyttet til seksuell orientering, kjønnsidentitet og interkjønnvariasjon

Deltakerne ble spurt om de hadde mistet kontakten med noen som sto dem nær i forbindelse med åpenhet om seksualitet, kjønnsidentitet eller interkjønnerfaring. Spørsmålene belyser negative sosiale konsekvenser som kan være knyttet til åpenhet om ulike sider ved minoritetsstatus. Resultatene presenteres separat for seksuell orientering, kjønnsidentitet og interkjønnvariasjon.

3.3.7.1 Tap av kontakt knyttet til seksuell orientering

Tap av kontakt knyttet til seksuell orientering er målt ved spørsmålet: «Har du mistet kontakten med noen som sto deg nær i forbindelse med at du kom ut med din seksualitet?»

Blant deltakerne som har besvart spørsmålet (N = 267), oppgir 69 personer (25,8 %) at de har mistet kontakten med noen som sto dem nær i forbindelse med at de kom ut med sin seksualitet. 198 personer (74,2 %) oppgir at de ikke har opplevd dette. Fem personer (1,8 % av hele utvalget) har ikke besvart spørsmålet.

Tabell 39. Tap av kontakt i forbindelse med åpenhet om seksualitet

Tap av kontakt	Antall	Prosent av gyldige svar
Ja	69	25,8
Nei	198	74,2
Totalt	267	100,0

Note. Fem personer (1,8 % av hele utvalget) har ikke besvart spørsmålet.

3.3.7.2 Tap av kontakt knyttet til kjønnsidentitet

Tap av kontakt knyttet til kjønnsidentitet er målt ved spørsmålet: «Har du mistet kontakten med noen som sto deg nær i forbindelse med at du kom ut med din kjønnsidentitet?»

Blant de 186 respondentene med gyldige svar oppgir 20 personer (10,8 prosent) at de har mistet kontakten med noen som sto dem nær, mens 166 personer (89,2 prosent) svarer nei.

Tabell 40. Tap av kontakt knyttet til kjønnsidentitet blant personer som er trans og/eller har oppgitt ikke-binær eller annen kjønnsidentitet

Tap av kontakt	Antall	Prosent av gyldige svar
Ja	8	40,0
Nei	12	60,0
Totalt	20	100,0

3.3.7.3 Tap av kontakt knyttet til interkjønnvariasjon

Deltakerne med interkjønnerfaring ble spurt om de hadde mistet kontakten med noen som sto dem nær i forbindelse med at de fortalte om denne erfaringen. Spørsmålet er besvart av tre personer. Én person oppgir å ha mistet kontakten med noen, mens to personer svarer nei.

På grunn av det svært lave antallet svar gir materialet ikke grunnlag for å si noe om hvor utbredt slike erfaringer er blant personer med interkjønnvariasjon. Resultatet omtales derfor kun deskriptivt og bør tolkes med stor varsomhet.

Tabell 41. Tap av kontakt i forbindelse med å fortelle om interkjønnerfaring

Tap av kontakt	Antall
Ja	1
Nei	2
Totalt	3

Note. N = 3. På grunn av det svært lave antallet svar oppgis ikke prosenter i tabellen.

3.3.8 Krenkelse og diskriminering

I dette delkapitlet beskrives deltakernes erfaringer med krenkelse og diskriminering. Analysene omfatter opplevd krenkelse eller diskriminering gjennom livet på ulike grunnlag, det å ha latt være å gjøre noe av frykt for dårlig behandling eller diskriminering etter fylte 65 år, og erfaringer med diskriminering eller dårlig behandling i møte med helse- og omsorgstjenestene de siste 12 månedene. De tre målene belyser dermed både konkrete erfaringer med krenkelse og diskriminering og hvordan frykt for slik behandling kan påvirke hva respondentene gjør.

3.3.8.1 Krenkelse og diskriminering gjennom livet

Respondentene ble spurt om de gjennom livet har følt seg krenket eller diskriminert på grunn av ulike forhold, herunder kjønnsidentitet, seksualitet, hudfarge, etnisk tilhørighet eller urfolkstilhørighet, religion eller livssyn, funksjonsnedsettelse og alder.

Seksualitet skiller seg tydelig ut som det grunnlaget flest respondenter oppgir å ha opplevd krenkelse eller diskriminering på grunn av. Til sammen oppgir 153 personer (57,5 %) at de har opplevd dette ofte, av og til eller ved ett tilfelle.

Alder er det nest vanligste grunnlaget. Her oppgir 63 personer (24,0 prosent) at de har opplevd krenkelse eller diskriminering ofte, av og til eller ved ett tilfelle. For kjønnsidentitet gjelder dette 57 personer (21,6 prosent).

For religion eller livssyn, funksjonsnedsettelse og hudfarge, etnisk tilhørighet eller urfolkstilhørighet er andelene lavere. For flere av disse grunnlagene er samtidig andelen som svarer «ikke relevant» relativt høy. Dette må tas i betraktning ved tolkningen av fordelingene.

Tabell 42. Opplevd krenkelse eller diskriminering gjennom livet, etter grunnlag

Diskrimineringsgrunnlag	Ja, ofte	Ja, av og til	Ja, ved ett tilfelle	Nei	Ikke relevant	Total
Kjønnsidentitet	3 (1,1 %)	38 (14,4 %)	16 (6,1 %)	161 (61,0 %)	46 (17,4 %)	264 (100,0 %)
Seksualitet	8 (3,0 %)	106 (39,8 %)	39 (14,7 %)	107 (40,2 %)	6 (2,3 %)	266 (100,0 %)
Hudfarge, etnisk tilhørighet eller urfolkstilhørighet	1 (0,4 %)	6 (2,3 %)	2 (0,8 %)	162 (61,6 %)	92 (35,0 %)	263 (100,0 %)
Religion eller livssyn	1 (0,4 %)	25 (9,5 %)	5 (1,9 %)	164 (62,4 %)	68 (25,9 %)	263 (100,0 %)
Funksjonsnedsettelse	1 (0,4 %)	16 (6,1 %)	5 (1,9 %)	137 (52,3 %)	103 (39,3 %)	262 (100,0 %)
Alder	3 (1,1 %)	54 (20,5 %)	6 (2,3 %)	182 (69,2 %)	18 (6,8 %)	263 (100,0 %)

Note. Spørsmålene ble stilt til alle respondenter. N varierer mellom 262 og 266, og prosentene er beregnet av gyldige svar for hvert diskrimineringsgrunnlag. Tabellen viser svarene samlet, uten inndeling etter transstatus eller kjønnsidentitet. Samme person kan ha rapportert diskriminering på flere grunnlag.

Når det gjelder kjønnsminoriteter som har besvart spørsmålet, oppgir åtte personer (42,1 prosent) at de gjennom livet har opplevd krenkelse eller diskriminering på grunn av kjønnsidentitet. Fem har opplevd dette av og til, og tre ved ett tilfelle. Ingen har svart «Ja, ofte». Åtte personer (42,1 prosent) svarer nei, mens tre (15,8 prosent) svarer «Ikke relevant». Gruppen er liten, og resultatene må tolkes med varsomhet.

Tabell 43. Opplevd krenkelse eller diskriminering på grunn av kjønnsidentitet gjennom livet, blant kjønnsminoriteter

Svaralternativ	Antall	Prosent av gyldige svar
Ja, ofte	0	0,0
Ja, av og til	5	26,3
Ja, ved ett tilfelle	3	15,8
Nei	8	42,1
Ikke relevant	3	15,8
Totalt gyldige svar	19	100,0

Note. Kjønnsminoriteter omfatter personer som er trans og/eller har oppgitt ikke-binær eller annen kjønnsidentitet. Gruppen består av 20 personer, hvorav én ikke har besvart spørsmålet. Prosentene er beregnet av 19 gyldige svar, inkludert «Ikke relevant».

3.3.8.2 Krenkelse og diskriminering etter fylte 65

Respondentene ble spurt om de etter fylte 65 har følt seg krenket eller diskriminert på grunn av ulike kjønnsidentitet og/eller seksualitet. Her svarte 37 personer (14%) ja, 228 personer (86%) nei av totalt 265 som besvarte spørsmålet.

Svar	Antall	Prosent av gyldige svar
Ja	37	14,0
Nei	228	86,0
Totalt	265	100,0

Note. N = 265. Prosentene er beregnet av gyldige svar. Svar mangler for sju personer.

3.3.8.3 Unngått å gjøre noe av frykt for diskriminering

Respondentene ble også spurt: «Har du, etter fylte 65 år, latt være å gjøre noe fordi du var redd for å bli dårlig behandlet eller diskriminert på grunn av seksualitet og/eller kjønnsidentitet?» Spørsmålet belyser om frykt for diskriminering eller dårlig behandling har påvirket hva respondentene har gjort etter fylte 65 år.

Tabell 44. Unngått å gjøre noe av frykt for dårlig behandling eller diskriminering etter fylte 65 år

Har du etter fylte 65 år latt være å gjøre noe fordi du var redd for å bli dårlig behandlet eller diskriminert på grunn av seksualitet og/eller kjønnsidentitet?	Antall	Prosent gyldige svar
Nei	202	76,2
Ja	48	18,1
Vil ikke svare/vet ikke	15	5,7
Total	265	100,0

Note. N = 265. 7 personer har ikke besvart spørsmålet. Prosentene er beregnet av gyldige svar.

Blant dem som har besvart spørsmålet, oppgir 48 personer (18,1 %) at de har latt være å gjøre noe av frykt for dårlig behandling eller diskriminering på grunn av seksualitet og/eller kjønnsidentitet. 202 personer (76,2 %) svarer nei, mens 15 personer (5,7 %) svarer «vil ikke svare/vet ikke». Resultatene viser dermed at nesten én av fem av dem som har besvart spørsmålet, rapporterer at slik frykt har påvirket hva de har gjort etter fylte 65 år. Dette viser at bekymring for dårlig behandling eller diskriminering har hatt konkrete konsekvenser for en mindre, men tydelig gruppe av respondentene. Nesten halvparten av personer som oppgir være trans, ikke-binær eller ha annen kjønnsidentitet, 8/18 (44%), svarer videre ja på dette spørsmålet. Må tolkes med forsiktighet pga lavt svarantall.

3.3.8.4 Diskriminering i helse- og omsorgstjenester

Diskriminering i helse- og omsorgstjenester er målt ved spørsmålet: «Har du i løpet av de siste 12 månedene opplevd diskriminering eller dårlig behandling i møte med helse- og omsorgstjenester på grunn av din seksuelle orientering, kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk?»

Blant de 269 respondentene som har besvart spørsmålet, oppgir 9 personer (3,3 prosent) at de har opplevd slik diskriminering eller dårlig behandling i løpet av de siste 12 månedene. 249 personer (92,6 prosent) svarer nei, mens 11 personer (4,1 prosent) er usikre. Tre personer har ikke besvart spørsmålet. 4 (21,1%) av 19 personer har svart ja blant transpersoner/ikke-binære/annen kjønnsidentitet.

Tabell 45. Erfaring med diskriminering eller dårlig behandling i helse- og omsorgstjenester

Erfaring med diskriminering	Antall	Prosent av gyldige svar
Ja	9	3,3
Nei	249	92,6
Usikker	11	4,1
Totalt gyldige svar	269	100,0

Note. N = 269. Tre personer (1,1 % av hele utvalget) har ikke besvart spørsmålet. Prosentene er beregnet av gyldige svar. Kategorien «usikker» inngår som en egen svarkategori.

Andelen som rapporterer diskriminering eller dårlig behandling i helse- og omsorgstjenestene de siste 12 månedene, er dermed lav i utvalget. Andelen er langt høyere blant trans/ikke-binære, men det totale svarantallet lavt og må behandles med forsiktighet. Samtidig er 4,1 prosent usikre på om de har opplevd dette. Gruppene som svarer «ja» og «usikker», er små, noe som må tas i betraktning i videre analyser.

Ved tolkningen av resultatet er det også relevant at seksuell orientering, kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk ikke nødvendigvis er kjent for helsepersonell da dette kan beskytte mot diskriminering. I denne undersøkelsen oppgir 60,7 prosent at alt helsepersonell kjenner til deres seksuelle orientering, mens 9,4 prosent oppgir at ingen gjør det. For kjønnsidentitet er antallet respondenter som har besvart spørsmål om åpenhet overfor alt helsepersonell 8/14. Da totale svar er lavt må resultatene må tolkes med varsomhet.

3.3.9 Oppsummering av minoritetsrelaterte forhold og erfaringer

Utvalget omfatter personer med ulike seksuelle orienteringer og kjønnsidentiteter, og flere respondenter har oppgitt mer enn én kategori. Homofil er den klart hyppigst oppgitte seksuelle orienteringen, etterfulgt av lesbisk, skeiv og bifil. Når det gjelder kjønnsidentitet, oppgir flertallet mann, mens noe over en fjerdedel oppgir kvinne. Et mindre antall oppgir ikke-binær eller annen kjønnsidentitet.

Blant respondentene som har besvart spørsmålet om transstatus, oppgir 6,0 prosent at de er eller har vært transperson. Gruppen kjønnsminoriteter omfatter 20 personer som er trans og/eller har oppgitt ikke-binær eller annen kjønnsidentitet. Hver person telles én gang, selv om vedkommende inngår i flere av kategoriene. Spørsmålene om behandling og helsetjenester for transpersoner er besvart av få personer og må derfor tolkes med varsomhet. Blant de 14 som har besvart spørsmålet om udekket behandlingsbehov, oppgir fire at de har ønsket behandling eller annen hjelp som de ikke har fått. På spørsmålet om behandling i utlandet svarer fire av 14 ja. Det kan være overlapp mellom dem som oppgir udekket behandlingsbehov, og dem som har mottatt behandling i utlandet.

Seks personer, tilsvarende 2,4 prosent av dem som har besvart spørsmålet, oppgir interkjønnvariasjon eller variasjon i kjønnskarakteristika. Også her er antallet respondenter lite, og resultatene om blant annet tidspunktet da variasjonen ble oppdaget, gir ikke grunnlag for å beskrive generelle mønstre.

Tap av nære relasjoner er en erfaring for en del av respondentene. Blant dem som har besvart spørsmålet om tap av kontakt i forbindelse med å komme ut med sin seksualitet, oppgir 25,8 prosent at de har mistet kontakten med noen som sto dem nær. Blant de 20 personene som er trans og/eller har oppgitt ikke-binær eller annen kjønnsidentitet, oppgir åtte (40,0 prosent) tap av kontakt i forbindelse med at de kom ut med sin kjønnsidentitet. Av de tre som har besvart spørsmålet om tap av kontakt knyttet til interkjønnerfaring, svarer én ja. Disse resultatene bygger på små grupper og må tolkes med varsomhet.

Erfaringer med krenkelse og diskriminering er særlig knyttet til seksualitet. 57,5 prosent oppgir at de gjennom livet har opplevd krenkelse eller diskriminering på grunn av seksualitet minst én gang. Tilsvarende gjelder 24,0 prosent for alder og 21,6 prosent for kjønnsidentitet. Prosentene er beregnet blant dem som har besvart spørsmålet om hvert diskrimineringsgrunnlag. Samme person kan ha rapportert diskriminering på flere grunnlag. Etter fylte 65 år oppgir 37 av 265 respondenter (14,0 prosent) å ha opplevd krenkelse eller diskriminering på grunn av kjønnsidentitet og/eller seksualitet. Videre oppgir 18,1 prosent at de etter fylte 65 år har latt være å gjøre noe av frykt for dårlig behandling eller diskriminering på grunn av seksualitet og/eller kjønnsidentitet.

Relativt få oppgir diskriminering eller dårlig behandling i helse- og omsorgstjenestene de siste 12 månedene: 3,3 prosent svarer ja, mens 4,1 prosent er usikre. Samlet viser resultatene at minoritetsrelaterte erfaringer i utvalget omfatter både tap av nære relasjoner, erfaringer med krenkelse og diskriminering og det å ha begrenset egne handlinger av frykt for dårlig behandling eller diskriminering. Samtidig bygger flere av analysene knyttet til transstatus, ikke-binær eller annen kjønnsidentitet og interkjønnvariasjon på få respondenter, og disse resultatene må derfor tolkes med særlig varsomhet.

3.4 Helse og helse- og omsorgstjenester

Kapittelet beskriver deltakernes helse og bruk av helse og omsorgstjenester. Det omfatter psykisk helse, psykiske plager, generell helsetilstand, udekket behov for tjenester, manglende tilgang til konkrete tjenester og bruk av hjemmebaserte tjenester. Hensikten er å gi en samlet oversikt over helsebildet i utvalget og klargjøre hvilke helsevariabler som brukes videre i analysene.

3.4.1 Generell helsetilstand

Generell helsetilstand er målt ved spørsmålet: «Hvordan vurderer du din generelle helsetilstand?»

Variabelen måler deltakernes samlede vurdering av egen helse, og omfatter både fysisk og psykisk helsetilstand. Den er operasjonalisert som en kategorivariabel med fem nivåer: svært god, god, verken god eller dårlig, dårlig og svært dårlig.

Blant deltakerne som har besvart spørsmålet (N = 270), vurderer 51 personer (18,9 prosent) helsen sin som svært god, mens 137 personer (50,7 prosent) vurderer den som god. Videre oppgir 56 personer (20,7 prosent) at helsen er verken god eller dårlig, 21 personer (7,8 prosent) at den er dårlig, og 5 personer (1,9 prosent) at den er svært dårlig. To personer, tilsvarende 0,7 prosent av hele utvalget, har ikke besvart spørsmålet.

Samlet vurderer nær syv av ti deltakere (69,6 prosent) sin generelle helsetilstand som god eller svært god. Om lag én av ti (9,7 prosent) vurderer helsen som dårlig eller svært dårlig. Dette tyder på at flertallet vurderer egen helse positivt, samtidig som en mindre gruppe rapporterer svakere helsetilstand.

Tabell 46. Fordeling etter generell helsetilstand

Generell helsetilstand	Antall	Prosent av gyldige svar
Svært god	51	18,9
God	137	50,7
Verken god eller dårlig	56	20,7
Dårlig	21	7,8
Svært dårlig	5	1,9
Totalt gyldige svar	270	100,0

Note. To personer, tilsvarende 0,7 prosent av hele utvalget, har ikke besvart spørsmålet.

3.4.2 Langvarig sykdom og fysisk funksjon

Langvarig sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse er målt ved spørsmålet: «Har du noen langvarig sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse som påvirker hverdagen din?» Fysisk funksjon er målt ved spørsmålet: «Hvordan vurderer du din fysiske funksjon i hverdagen?»

For fysisk funksjon er «Ingen vansker» og «Noen vansker» slått sammen til én gruppe i de bivariate analysene, som sammenlignes med personer som oppgir «Store vansker».

Blant deltakerne som har besvart spørsmålet om langvarig sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse (N = 268), oppgir 124 personer (46,3 %) at de har en slik helseutfordring som påvirker hverdagen. 144 personer (53,7 %) oppgir at de ikke har det. Fire personer (1,5 %) har ikke besvart spørsmålet.

Når det gjelder fysisk funksjon i hverdagen (N = 270), oppgir 158 personer (58,5 %) at de ikke har vansker. 106 personer (39,3 %) oppgir noen vansker, mens 6 personer (2,2 %) oppgir store vansker. To personer (0,7 %) har ikke besvart spørsmålet.

Samlet viser dette at en betydelig andel av deltakerne har helseutfordringer som påvirker hverdagen. Nesten halvparten oppgir langvarig sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse, og om lag fire av ti rapporterer noen eller store vansker med fysisk funksjon.

Tabell 47. Fordeling etter langvarig sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse og fysisk funksjon

Helseforhold	Antall	Prosent av gyldige svar
Har langvarig sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse	124	46,3
Har ikke langvarig sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse	144	53,7
Ingen vansker med fysisk funksjon	158	58,5
Noen vansker med fysisk funksjon	106	39,3
Store vansker med fysisk funksjon	6	2,2

Note. Spørsmålet om langvarig sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse har 268 gyldige svar. Spørsmålet om fysisk funksjon har 270 gyldige svar. Prosentene er beregnet av gyldige svar.

3.4.3 Psykisk helse

I dette delkapitlet beskrives deltakernes psykiske helse gjennom to mål: overordnet selvvurdert psykisk helse og psykiske plager som har påvirket hverdagen de siste 12 månedene. I tillegg presenteres en supplerende beskrivelse av respondentene som vurderer sin psykiske helse som dårlig eller svært dårlig.

3.4.3.1 Selvvurdert psykisk helse

Psykisk helse er målt ved spørsmålet om hvordan deltakerne vurderer sin psykiske helse. Variabelen måler overordnet selvvurdert psykisk helse, og er operasjonalisert som en dikotom variabel: god eller ikke god psykisk helse.

I analysene er svaralternativene «svært god» og «god» slått sammen til «god psykisk helse», mens «verken god eller dårlig», «dårlig» og «svært dårlig» er slått sammen til «ikke god psykisk helse». Betegnelsen «ikke god psykisk helse» er valgt for å skille denne gruppen fra dem som vurderer sin psykiske helse som god eller svært god.

Blant de 270 personene som har besvart spørsmålet, vurderer 19,3 prosent sin psykiske helse som ikke god, mens 80,7 prosent vurderer den som god. To personer har ikke besvart spørsmålet. Det innebærer at nesten én av fem respondenter ikke vurderer sin psykiske helse som god.

Tabell 48. Fordeling etter psykisk helse

Psykisk helse	Antall	Prosent av gyldige svar
«Ikke god»	52	19,3
God	218	80,7
Totalt gyldige svar	270	100,0

Note. To personer, tilsvarende 0,7 prosent av hele utvalget, har ikke besvart spørsmålet.

3.4.3.2 Dårlig eller svært dårlig psykisk helse – supplerende analyse

Som en supplerende analyse ble det undersøkt hva som kjennetegner respondentene som vurderer sin psykiske helse som dårlig eller svært dårlig. Gruppen omfatter åtte personer, tilsvarende 3,0 prosent av dem som har besvart spørsmålet. På grunn av det lave antallet må resultatene forstås som beskrivende mønstre og ikke som sikre gruppeforskjeller.

Alle de åtte oppgir at de i løpet av de siste 12 månedene har hatt psykiske plager som har påvirket hverdagen. Sju har langvarig sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse, seks er ikke i et kjærlighetsforhold, fem har opplevd økonomiske vansker og fem har lav sosial støtte. Tre oppgir sjelden sosial kontakt, tre tilhører kjønnsminoritetsgruppen, og tre har hatt behov for helse- eller omsorgstjenester uten å motta dem.

Beskrivelsen viser at flere av de åtte respondentene samtidig rapporterer økonomiske, sosiale og helserelaterte belastninger. På grunn av det svært lave antallet personer i gruppen kan det ikke trekkes generelle konklusjoner om hvilke forhold som kjennetegner personer med dårlig eller svært dårlig psykisk helse.

3.4.3.3 Psykiske plager

Psykiske plager er målt ved spørsmålet: «Har du i løpet av de siste 12 månedene hatt psykiske plager som har påvirket hverdagen din?» Variabelen måler forekomst av psykiske utfordringer som har hatt konsekvenser for daglig fungering, og er operasjonalisert som en dikotom variabel: ja eller nei. Blant de 267 personene som har besvart spørsmålet, oppgir 20,2 prosent at de har hatt psykiske plager som har påvirket hverdagen, mens 79,8 prosent oppgir at de ikke har hatt slike plager. Fem personer har ikke besvart spørsmålet.

Tabell 49. Fordeling etter psykiske plager

Psykiske plager	Antall	Prosent av gyldige svar
Ja	54	20,2
Nei	213	79,8
Totalt gyldige svar	267	100,0

Note. Fem personer, tilsvarende 1,8 prosent av hele utvalget, har ikke besvart spørsmålet.

3.4.4 Helse- og omsorgstjenester

I dette delkapitlet beskrives deltakernes bruk av og forventninger til helse- og omsorgstjenester. Det omfatter bruk av hjemmebaserte tjenester, forventet behov for helsehjelp eller omsorgstjenester i framtiden, tillit til å bli møtt med respekt i tjenestene og erfaringer med udekkede behov for helse- og omsorgstjenester. For respondentene som har hatt udekkede behov, beskrives også hvilke typer tjenester de har manglet.

3.4.4.1 Bruk av hjemmebaserte tjenester

Bruk av hjemmebaserte tjenester er målt ved spørsmålet: «Bruker du noen form for hjemmebaserte tjenester nå?» Variabelen måler om deltakerne mottar hjemmebaserte tjenester, og er operasjonalisert som en dikotom variabel: ja eller nei. Blant deltakerne som har besvart spørsmålet (N = 267), oppgir 20 personer (7,5 prosent) at de mottar slike tjenester, mens 247 personer (92,5 prosent) ikke mottar hjemmebaserte tjenester. Fem personer, tilsvarende 1,8 prosent av hele utvalget, har ikke besvart spørsmålet.

Tabell 50. Fordeling etter bruk av hjemmebaserte tjenester

Bruk av hjemmebaserte tjenester	Antall	Prosent av gyldige svar
Nei	247	92,5
Ja	20	7,5
Totalt gyldige svar	267	100,0

Note. Fem personer, tilsvarende 1,8 prosent av hele utvalget, har ikke besvart spørsmålet.

3.4.4.2 Fremtidig behov for helsehjelp

Fremtidig behov for helsehjelp og omsorgstjenester er målt ved spørsmålet: «Tror du at du i fremtiden vil trenge helsehjelp eller omsorgstjenester, for eksempel praktisk assistanse, hjemmehjelp eller sykehjem?»

Litt over halvparten av respondentene (52,0 prosent) tror at de vil trenge helsehjelp eller omsorgstjenester i framtiden. 6,3 prosent tror ikke at de vil ha behov for slike tjenester, mens 41,6 prosent er usikre.

Tabell 51. Forventet behov for helsehjelp eller omsorgstjenester

Fremtidig behov	Antall	Prosent av gyldige svar
Ja	140	52,0
Nei	17	6,3
Usikker	112	41,6
Totalt	269	100,0

Note. Tre personer (1,1 prosent av hele utvalget) har ikke besvart spørsmålet.

3.4.4.3 Tillit til tjenestene

Når det gjelder tillit til å bli møtt med respekt i helse- og omsorgstjenestene, oppgir 21,1 prosent full tillit og 55,2 prosent ganske stor tillit. Til sammen har dermed 76,3 prosent full eller ganske stor tillit. 11,5 prosent oppgir ganske liten tillit og 3,0 prosent ingen tillit, mens 9,3 prosent svarer «vet ikke».

Tabell 52. Tillit til å bli møtt med respekt i helse- og omsorgstjenestene

Tillit	Antall	Prosent av gyldige svar
Full tillit	57	21,1
Ganske stor tillit	149	55,2
Ganske liten tillit	31	11,5
Ingen tillit	8	3,0
Vet ikke	25	9,3
Totalt	270	100,0

Note. To personer (0,7 prosent av hele utvalget) har ikke besvart spørsmålet.

Resultatene viser at litt over halvparten forventer å ha behov for helsehjelp eller omsorgstjenester i framtiden, samtidig som en stor andel er usikre. Flertallet har full eller ganske stor tillit til at helse- og omsorgstjenestene vil møte dem med respekt for deres seksuelle

orientering, kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk, mens 14,5 prosent oppgir ganske liten eller ingen tillit.

3.4.4.4 Udekket behov for helse- og omsorgstjenester

Udekket behov for helse- og omsorgstjenester er målt ved spørsmålet: «Har du i løpet av de siste 12 månedene hatt behov for, men ikke mottatt, helse- eller omsorgstjenester?» Variabelen skiller mellom respondenter som oppgir at de har hatt et slikt udekket behov, og respondenter som ikke har det.

Blant de 269 personene som har besvart spørsmålet, oppgir 20 personer (7,4 prosent) at de i løpet av de siste 12 månedene har hatt behov for helse- eller omsorgstjenester uten å motta dem. 249 personer (92,6 prosent) oppgir at de ikke har hatt et slikt udekket behov.

Tabell 53. Fordeling etter udekket behov for helse- og omsorgstjenester

Udekket behov for tjenester	Antall	Prosent av gyldige svar
Nei	249	92,6
Ja	20	7,4
Totalt gyldige svar	269	100,0

Note. Tre personer, tilsvarende 1,1 prosent av hele utvalget, har ikke besvart spørsmålet.

3.4.4.5 Hvilke helse- og omsorgstjenester respondentene har manglet

Respondentene som oppga at de hadde hatt behov for helse- eller omsorgstjenester uten å motta dem, ble også spurt om hvilke typer tjenester de hadde manglet. Av de 20 personene som oppga et udekket behov, har 19 oppgitt minst én konkret tjenestetype.

Praktisk bistand eller hjemmetjenester er den hyppigst oppgitte tjenesten og nevnes av 9 av de 19 respondentene (47,4 prosent). Hjemmesykepleie oppgis av 8 personer (42,1 prosent), mens 6 personer (31,6 prosent) oppgir henholdsvis spesialisthelsetjenester og psykolog eller annen psykisk helsehjelp. Tre personer (15,8 prosent) oppgir lege, og én person (5,3 prosent) andre tjenester.

Tabell 54. Typer helse- og omsorgstjenester respondentene har manglet

Type tjeneste	Antall	Prosent av personer som har manglet tjenester
Lege	3	15,8
Spesialisthelsetjeneste	6	31,6
Psykolog eller annen psykisk helsehjelp	6	31,6
Hjemmesykepleie	8	42,1

Praktisk bistand eller hjemmetjenester	9	47,4
Annet	1	5,3

Note. Tabellen omfatter 19 respondenter som har oppgitt minst én konkret type helse- eller omsorgstjeneste de har manglet. Flere svar var mulig, og prosentene summerer derfor ikke til 100.

På grunn av det lave antallet respondenter bør fordelingen tolkes med varsomhet. Blant dem som har oppgitt konkrete mangler, er praktisk bistand eller hjemmetjenester og hjemmesykepleie de hyppigst oppgitte tjenestene.

3.4.5 Oppsummering av helse og helse- og omsorgstjenester

Samlet sett viser resultatene at flertallet av deltakerne vurderer egen helse positivt, samtidig som en betydelig andel lever med helseutfordringer. 69,6 prosent vurderer sin generelle helse som god eller svært god, mens 80,7 prosent vurderer sin psykiske helse som god. Samtidig vurderer 19,3 prosent sin psykiske helse som ikke god, og 20,2 prosent oppgir at de i løpet av de siste 12 månedene har hatt psykiske plager som har påvirket hverdagen.

Nesten halvparten (46,3 prosent) oppgir langvarig sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse som påvirker hverdagen. Når det gjelder fysisk funksjon, oppgir 39,3 prosent noen vansker i hverdagen, mens 2,2 prosent oppgir store vansker. Helsebildet er dermed sammensatt: selv om de fleste vurderer egen helse som god, rapporterer en betydelig andel langvarige helseutfordringer eller vansker som påvirker hverdagen.

Litt over halvparten (52,0 prosent) tror at de vil trenge helsehjelp eller omsorgstjenester i framtiden, mens 41,6 prosent er usikre. Samtidig har de fleste tillit til at helse- og omsorgstjenestene vil møte dem med respekt for deres seksuelle orientering, kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk. 76,3 prosent oppgir full eller ganske stor tillit, mens 14,5 prosent oppgir ganske liten eller ingen tillit.

De fleste rapporterer ikke udekkede behov for helse- og omsorgstjenester. Likevel oppgir 7,4 prosent at de i løpet av de siste 12 månedene har hatt behov for slike tjenester uten å motta dem. Blant dem som har oppgitt hvilke tjenester de har manglet, er praktisk bistand eller hjemmetjenester og hjemmesykepleie de hyppigst nevnte. 7,5 prosent av respondentene mottar hjemmebaserte tjenester på undersøkelsestidspunktet. Samlet viser resultatene dermed både et relativt positivt hovedbilde og variasjon i helse, funksjon, framtidige tjenestebehov, tillit til tjenestene og erfaringer med udekkede behov.

4 Bivariat analyse

I dette kapittelet presenteres bivariate analyser av sammenhenger mellom sentrale variabler i datamaterialet. Hensikten er å undersøke hvordan enkeltfaktorer henger sammen med psykisk helse, som er valgt som hovedutfallsmål i analysene.

Analysene er gjennomført ved bruk av krystabeller, hvor andeler med god og «ikke god» psykisk helse sammenlignes mellom ulike grupper. Statistisk signifikans er vurdert med kjikvadrattester (χ^2), og p-verdier rapporteres for å indikere om observerte forskjeller er statistisk signifikante. Når forventede cellefrekvenser er lave, legges Fishers eksakte test til grunn.

Det er viktig å understreke at analysene er bivariate og dermed ikke kontrollerer for andre forhold. Sammenhengene som identifiseres, må derfor tolkes som assosiasjoner og ikke nødvendigvis som uttrykk for årsakssammenhenger. Resultatene danner grunnlag for de videre multivariate analysene, der flere faktorer analyseres samtidig.

4.1 Hvilke forhold henger sammen med psykisk helse?

4.1.1 Har bakgrunnsforhold sammenheng med psykisk helse?

I dette avsnittet undersøkes sammenhenger mellom bakgrunnsforhold og psykisk helse. Analysene omfatter alder, utdanningsnivå og økonomiske vansker.

4.1.1.1 Alder

Andelen som vurderer sin psykiske helse som «ikke god», er 16,7 prosent blant deltakerne under 65 år, 17,8 prosent blant dem i alderen 65 til 74 år og 12,3 prosent blant dem som er 75 år eller eldre.

Tabell 55. Psykisk helse etter alder

Alder	«Ikke god» psykisk helse	God psykisk helse	Totalt
Under 65 år	1 (16,7 %)	5 (83,3 %)	6
65 til 74 år	23 (17,8 %)	106 (82,2 %)	129
75 år eller eldre	7 (12,3 %)	50 (87,7 %)	57
Totalt	31 (16,1 %)	161 (83,9 %)	192

Note. Prosentene er beregnet innenfor hver aldersgruppe. Alder er beregnet som alderen deltakerne fyller i 2026. Analysen omfatter 192 personer med gyldige opplysninger om alder og psykisk helse.

På grunn av lav forventet cellefrekvens er Fisher–Freeman–Haltons eksakte test lagt til grunn. Forskjellen mellom aldersgruppene er ikke statistisk signifikant (tosidig $p = 0,591$). Analysen gir dermed ikke grunnlag for å konkludere med en sammenheng mellom alder og

psykisk helse i dette materialet. Gruppen under 65 år består av bare seks personer, og prosentandelen for denne gruppen må tolkes med særlig varsomhet.

4.1.1.2 Utdanning

Andelen som vurderer sin psykiske helse som «ikke god», er 25,5 prosent blant personer med lav utdanning og 25,0 prosent blant personer med middels utdanning, sammenlignet med 16,2 prosent blant personer med høy utdanning. Totalt vurderer 19,4 prosent av deltakerne i analysen sin psykiske helse som «ikke god».

Tabell 56. Psykisk helse etter utdanningsnivå

Utdanningsnivå	«Ikke god» psykisk helse	God psykisk helse	Totalt
Lav	14 (25,5 %)	41 (74,5 %)	55
Middels	10 (25,0 %)	30 (75,0 %)	40
Høy	28 (16,2 %)	145 (83,8 %)	173
Totalt	52 (19,4 %)	216 (80,6 %)	268

Forskjellen mellom utdanningsgruppene er ikke statistisk signifikant, $\chi^2(2, N = 268) = 3,24$, $p = 0,198$. Andelen med «ikke god» psykisk helse er deskriptivt lavere blant personer med høy utdanning enn blant personer med lav eller middels utdanning, men forskjellen er ikke statistisk signifikant.

4.1.1.3 Økonomiske vansker

Andelen som vurderer sin psykiske helse som «ikke god», er betydelig høyere blant personer som har hatt økonomiske vansker. I denne gruppen gjelder det 50,0 prosent, sammenlignet med 15,8 prosent blant personer som ikke har hatt økonomiske vansker. Totalt vurderer 19,1 prosent av deltakerne i analysen sin psykiske helse som «ikke god».

Tabell 57. Psykisk helse etter økonomiske vansker

Økonomiske vansker	«Ikke god» psykisk helse	God psykisk helse	Totalt
Ikke hatt økonomiske vansker	38 (15,8 %)	203 (84,2 %)	241
Har hatt økonomiske vansker	13 (50,0 %)	13 (50,0 %)	26
Totalt	51 (19,1 %)	216 (80,9 %)	267

Forskjellen mellom gruppene er statistisk signifikant, $\chi^2(1, N = 267) = 17,80$, $p < 0,001$. Én forventet cellefrekvens var så vidt under 5, og Fishers eksakte test viser også en statistisk signifikant forskjell (tosidig $p < 0,001$). Andelen med «ikke god» psykisk helse er mer enn tre ganger så høy blant personer med økonomiske vansker som blant personer uten slike

vansker. Resultatet viser dermed en statistisk signifikant sammenheng mellom økonomiske vansker og psykisk helse i dette materialet.

4.1.2 Har sosiale forhold sammenheng med psykisk helse?

I dette avsnittet undersøkes sammenhenger mellom ulike sosiale forhold og psykisk helse. Analysene omfatter sosial kontakt, kjærlighetsforhold, opplevelse av velkommenhet i skeive sammenhenger, deltakelse i LHBTIQ-spesifikke aktiviteter eller skeivt miljø og sosial støtte. Det gjennomføres også enkelte supplerende analyser av om sosiale forhold varierer mellom ulike grupper.

4.1.2.1 Sosial kontakt

Andelen som vurderer sin psykiske helse som «ikke god», er høyere blant personer som sjelden har sosial kontakt. I denne gruppen gjelder det 36,8 prosent, sammenlignet med 16,4 prosent blant personer som har hyppig sosial kontakt. Totalt vurderer 19,3 prosent av deltakerne i analysen sin psykiske helse som «ikke god».

Tabell 58 Psykisk helse etter sosial kontakt

Sosial kontakt	«Ikke god» psykisk helse	God psykisk helse	Totalt
Ofte	38 (16,4 %)	194 (83,6 %)	232
Sjelden	14 (36,8 %)	24 (63,2 %)	38
Totalt	52 (19,3 %)	218 (80,7 %)	270

Forskjellen mellom gruppene er statistisk signifikant, $\chi^2(1, N = 270) = 8,79$, $p = 0,003$. Andelen med «ikke god» psykisk helse er mer enn dobbelt så høy blant personer med sjelden sosial kontakt som blant personer med hyppig sosial kontakt. Resultatet viser en tydelig sammenheng mellom sosial kontakt og psykisk helse.

4.1.2.2 Kjærlighetsforhold

Andelen som vurderer sin psykiske helse som «ikke god», er høyere blant personer som ikke er i et kjærlighetsforhold. I denne gruppen gjelder det 26,5 prosent, sammenlignet med 13,5 prosent blant personer som er i et kjærlighetsforhold. Totalt vurderer 19,0 prosent av deltakerne i analysen sin psykiske helse som «ikke god».

Tabell 59. Psykisk helse etter kjærlighetsforhold

Kjærlighetsforhold	«Ikke god» psykisk helse	God psykisk helse	Totalt
Ikke i forhold	30 (26,5 %)	83 (73,5 %)	113
I forhold	21 (13,5 %)	135 (86,5 %)	156
Totalt	51 (19,0 %)	218 (81,0 %)	269

Forskjellen mellom gruppene er statistisk signifikant, $\chi^2(1, N = 269) = 7,31, p = 0,007$. Andelen med «ikke god» psykisk helse er omtrent dobbelt så høy blant personer som ikke er i et kjærlighetsforhold som blant personer som er i et forhold. Resultatet viser dermed en statistisk signifikant sammenheng mellom det å være i et kjærlighetsforhold og psykisk helse i dette materialet.

4.1.2.3 Opplevd velkommenhet i skeive sammenhenger

I dette avsnittet undersøkes sammenhengen mellom det å kjenne seg velkommen i LHBTIQ/skeive sammenhenger og psykisk helse. Variabelen måler ikke deltakelse i bestemte organisasjoner eller aktiviteter, men respondentens egen opplevelse av velkommenhet i slike sammenhenger.

Andelen som vurderer sin psykiske helse som «ikke god», er betydelig høyere blant personer som ikke kjenner seg velkommen i LHBTIQ/skeive sammenhenger. I denne gruppen gjelder det 44,4 prosent, sammenlignet med 16,0 prosent blant personer som kjenner seg velkommen. Totalt vurderer 19,0 prosent av deltakerne i analysen sin psykiske helse som «ikke god».

Tabell 60. Psykisk helse etter opplevd velkommenhet i LHBTIQ/skeive sammenhenger

Opplevd velkommenhet	«Ikke god» psykisk helse	God psykisk helse	Totalt
Kjenner seg velkommen	36 (16,0 %)	189 (84,0 %)	225
Kjenner seg ikke velkommen	12 (44,4 %)	15 (55,6 %)	27
Totalt	48 (19,0 %)	204 (81,0 %)	252

Forskjellen mellom gruppene er statistisk signifikant, $\chi^2(1, N = 252) = 12,65, p < 0,001$. Andelen med ««ikke god»» psykisk helse er dermed nær tre ganger så høy blant personer som ikke kjenner seg velkommen som blant personer som kjenner seg velkommen. Resultatet viser en tydelig statistisk sammenheng mellom opplevd velkommenhet i LHBTIQ/skeive sammenhenger og psykisk helse i dette materialet.

4.1.2.4 Deltakelse i LHBTIQ-spesifikke aktiviteter eller skeivt miljø

Andelen som vurderer sin psykiske helse som «ikke god», varierer mellom gruppene. Den er høyest blant personer som aldri har deltatt i LHBTIQ-spesifikke aktiviteter eller vært en del av et skeivt miljø (38,9 prosent), og lavest blant personer som har deltatt både tidligere og i nåtid (12,4 prosent). Blant dem som bare har deltatt tidligere, er andelen 22,6 prosent, mens den er 21,9 prosent blant dem som deltar i nåtid. Totalt vurderer 19,3 prosent av deltakerne i analysen sin psykiske helse som «ikke god».

Tabell 61. Psykisk helse etter deltakelse i LHBTIQ-spesifikke aktiviteter eller skeivt miljø

Deltakelse	«Ikke god» psykisk helse	God psykisk helse	Totalt
Tidligere i livet	24 (22,6 %)	82 (77,4 %)	106
I nåtid	7 (21,9 %)	25 (78,1 %)	32
Tidligere og i nåtid	14 (12,4 %)	99 (87,6 %)	113
Aldri	7 (38,9 %)	11 (61,1 %)	18
Totalt	52 (19,3 %)	217 (80,7 %)	269

Forskjellen mellom gruppene er statistisk signifikant, $\chi^2(3, N = 269) = 8,79$, $p = 0,032$. Resultatet viser at psykisk helse varierer mellom gruppene, men analysen sier ikke hvilke enkeltgrupper som skiller seg statistisk signifikant fra hverandre. Én forventet cellefrekvens er under 5, og resultatet bør derfor tolkes med forsiktighet.

4.1.2.5 Sosial støtte

Sosial støtte brukes her som en kortform for tilgang til hjelp og støtte ved behov. Variabelen bygger på spørsmålet om respondentene har noen som kan hjelpe dersom de har praktiske problemer eller er syke, for eksempel ved å gi råd eller praktisk hjelp.

Den opprinnelige variabelen har fire svarkategorier. Fordi flere forventede cellefrekvenser blir lave når disse analyseres separat, brukes den dikotome variabelen i signifikanstesten. Denne skiller mellom god sosial støtte («alltid» eller «stort sett») og lav sosial støtte («stort sett ikke» eller «aldri»).

Andelen som vurderer sin psykiske helse som «ikke god», er betydelig høyere blant personer med lav sosial støtte. I denne gruppen gjelder det 48,1 prosent, sammenlignet med 15,7 prosent blant personer med god sosial støtte. Totalt vurderer 19,0 prosent av deltakerne i analysen sin psykiske helse som «ikke god».

Tabell 62. Psykisk helse etter sosial støtte

Sosial støtte	«Ikke god» psykisk helse	God psykisk helse	Totalt
God sosial støtte	38 (15,7 %)	204 (84,3 %)	242
Lav sosial støtte	13 (48,1 %)	14 (51,9 %)	27
Totalt	51 (19,0 %)	218 (81,0 %)	269

Sammenhengen mellom sosial støtte og psykisk helse er statistisk signifikant, $\chi^2(1, N = 269) = 16,64$, $p < 0,001$. Andelen med «ikke god» psykisk helse er om lag tre ganger så høy blant personer med lav sosial støtte som blant personer med god sosial støtte. Resultatet viser dermed en tydelig statistisk sammenheng mellom sosial støtte og psykisk helse i dette materialet.

4.1.2.6 Lav sosial støtte – supplerende analyser

Fordi lav sosial støtte har en tydelig sammenheng med psykisk helse, ble det også undersøkt om forekomsten av lav sosial støtte varierer etter utdanningsnivå og om respondentene er i et kjærlighetsforhold.

Utdanningsnivå hadde en statistisk signifikant sammenheng med sosial støtte. Lav sosial støtte var mest utbredt blant personer med lav utdanning. I denne gruppen oppga 20,4 prosent lav sosial støtte, sammenlignet med 7,5 prosent blant personer med middels utdanning og 7,5 prosent blant personer med høy utdanning. Sammenhengen var statistisk signifikant, $\chi^2(2, N = 267) = 7,84, p = 0,020$. Én forventet cellefrekvens var under 5, og resultatet bør derfor tolkes med noe forsiktighet.

Det å være i et kjærlighetsforhold hadde også en statistisk signifikant sammenheng med sosial støtte. Blant personer som ikke var i et kjærlighetsforhold, oppga 18,6 prosent lav sosial støtte, sammenlignet med 3,9 prosent blant personer som var i et forhold. Sammenhengen var statistisk signifikant, $\chi^2(1, N = 268) = 15,62, p < 0,001$. Lav sosial støtte var dermed vesentlig mer utbredt blant personer som ikke var i et kjærlighetsforhold.

Samlet viser analysene at lav sosial støtte er mer utbredt blant personer med lav utdanning og blant personer som ikke er i et kjærlighetsforhold.

4.1.3 Har minoritetsrelaterte erfaringer sammenheng med psykisk helse?

I dette avsnittet undersøkes sammenhenger mellom minoritetsrelaterte erfaringer og psykisk helse. Analysene omfatter tap av nære relasjoner i forbindelse med å komme ut med sin seksualitet og diskriminering eller dårlig behandling i helse- og omsorgstjenester.

4.1.3.1 Tap av kontakt

Blant deltakerne som har mistet kontakt med noen som sto dem nær i forbindelse med at de kom ut med sin seksualitet ($n = 69$), rapporterer 18 personer (26,1 prosent) «ikke god» psykisk helse, mens 51 personer (73,9 prosent) vurderer sin psykiske helse som god.

Blant dem som ikke har mistet kontakt ($n = 197$), er andelen med «ikke god» psykisk helse lavere. Her rapporterer 32 personer (16,2 prosent) «ikke god» psykisk helse, mens 165 personer (83,8 prosent) vurderer sin psykiske helse som god.

Totalt inngår 266 personer i analysen. Av disse rapporterer 50 personer (18,8 prosent) «ikke god» psykisk helse, mens 216 personer (81,2 prosent) vurderer sin psykiske helse som god.

Tabell 63. Psykisk helse etter tap av kontakt i forbindelse med å komme ut med sin seksualitet

Tap av kontakt	«Ikke god» psykisk helse	God psykisk helse	Totalt
Ja	18 (26,1 %)	51 (73,9 %)	69
Nei	32 (16,2 %)	165 (83,8 %)	197
Totalt	50 (18,8 %)	216 (81,2 %)	266

Andelen med «ikke god» psykisk helse er høyere blant personer som har mistet kontakt med noen som sto dem nær, enn blant personer som ikke har opplevd slikt tap. Forskjellen er imidlertid ikke statistisk signifikant, $\chi^2(1, N = 266) = 3,24$, $p = 0,072$. Resultatet viser dermed en forskjell mellom gruppene, men gir ikke grunnlag for å konkludere med en statistisk signifikant sammenheng mellom tap av kontakt og psykisk helse.

4.1.3.2 Diskriminering i helse- og omsorgstjenester

Blant deltakerne som har opplevd diskriminering eller dårlig behandling i møte med helse- og omsorgstjenester de siste 12 månedene ($n = 9$), rapporterer 7 personer (77,8 prosent) «ikke god» psykisk helse, mens 2 personer (22,2 prosent) vurderer sin psykiske helse som god.

Blant dem som ikke har opplevd slik diskriminering ($n = 249$), rapporterer 37 personer (14,9 prosent) «ikke god» psykisk helse, mens 212 personer (85,1 prosent) vurderer sin psykiske helse som god.

Blant respondentene som er usikre på om de har opplevd diskriminering ($n = 11$), rapporterer 7 personer (63,6 prosent) «ikke god» psykisk helse, mens 4 personer (36,4 prosent) vurderer sin psykiske helse som god.

Tabell 64. Psykisk helse etter opplevd diskriminering eller dårlig behandling i helse- og omsorgstjenester

Opplevd diskriminering eller dårlig behandling	«Ikke god» psykisk helse	God psykisk helse	Totalt
Ja	7 (77,8 %)	2 (22,2 %)	9
Nei	37 (14,9 %)	212 (85,1 %)	249
Usikker	7 (63,6 %)	4 (36,4 %)	11
Totalt	51 (19,0 %)	218 (81,0 %)	269

Forskjellen mellom gruppene er statistisk signifikant, $\chi^2(2, N = 269) = 37,28$, $p < 0,001$. Andelen med «ikke god» psykisk helse er særlig høy blant personer som svarer at de har opplevd diskriminering eller dårlig behandling, men også blant dem som er usikre. Resultatet må tolkes med forsiktighet fordi gruppene «ja» og «usikker» er små, og to forventede cellefrekvenser er under 5. Det er nettopp disse tre svarkategoriene det opprinnelige spørsmålet har.

4.1.4 Har andre helseforhold sammenheng med psykisk helse?

I dette avsnittet undersøkes sammenhenger mellom psykisk helse og andre helseforhold. Analysene omfatter psykiske plager, fysisk funksjon og langvarig sykdom.

4.1.4.1 Psykiske plager

Det er en tydelig sammenheng mellom rapporterte psykiske plager de siste 12 månedene og vurdering av egen psykisk helse. Blant personer som ikke har rapportert psykiske plager (n = 213), vurderer 15 personer (7,0 prosent) sin psykiske helse som «ikke god». Blant personer som har rapportert psykiske plager (n = 54), gjelder dette 37 personer (68,5 prosent).

Tabell 65 Psykisk helse etter rapporterte psykiske plager

Psykiske plager	«Ikke god» psykisk helse	God psykisk helse	Totalt
Nei	15 (7,0 %)	198 (93,0 %)	213
Ja	37 (68,5 %)	17 (31,5 %)	54
Totalt	52 (19,5 %)	215 (80,5 %)	267

Forskjellen mellom gruppene er statistisk signifikant, $\chi^2(1, N = 267) = 103,81$, $p < 0,001$. Andelen som vurderer sin psykiske helse som «ikke god», er vesentlig høyere blant personer som rapporterer psykiske plager. Sammenhengen er forventet, ettersom begge spørsmålene handler om psykisk helse. Spørsmålene belyser likevel ulike sider: psykiske plager som har påvirket hverdagen de siste 12 månedene, og deltakernes generelle vurdering av egen psykisk helse.

4.1.4.2 Fysisk funksjon

Blant personer som ikke har store vansker med fysisk funksjon (n = 264), vurderer 48 personer (18,2 prosent) sin psykiske helse som «ikke god». Blant personer som oppgir store vansker med fysisk funksjon (n = 6), gjelder dette 4 personer (66,7 prosent).

Tabell 66 Psykisk helse etter fysisk funksjon

Fysisk funksjon	«Ikke god» psykisk helse	God psykisk helse	Totalt
Ingen eller noen vansker	48 (18,2 %)	216 (81,8 %)	264
Store vansker	4 (66,7 %)	2 (33,3 %)	6
Totalt	52 (19,3 %)	218 (80,7 %)	270

Gruppen som oppgir store vansker med fysisk funksjon, består av bare seks personer, og to av de forventede celfrekvensene er under 5. Fishers eksakte test er derfor lagt til grunn. Forskjellen mellom gruppene er statistisk signifikant (tosidig $p = 0,014$). Andelen med «ikke god» psykisk helse er høyere blant personer med store vansker med fysisk funksjon, men det

svært lave antallet personer i denne gruppen innebærer at resultatet må tolkes med stor varighet.

4.1.4.3 Langvarig sykdom

Blant personer som ikke rapporterer langvarig sykdom som påvirker hverdagen (n = 144), vurderer 12 personer (8,3 prosent) sin psykiske helse som «ikke god». Blant personer som rapporterer langvarig sykdom (n = 124), gjelder dette 39 personer (31,5 prosent).

Tabell 67 Psykisk helse etter langvarig sykdom

Langvarig sykdom	«Ikke god» psykisk helse	God psykisk helse	Totalt
Nei	12 (8,3 %)	132 (91,7 %)	144
Ja	39 (31,5 %)	85 (68,5 %)	124
Totalt	51 (19,0 %)	217 (81,0 %)	268

Forskjellen mellom gruppene er statistisk signifikant, $\chi^2(1, N = 268) = 23,11$, $p < 0,001$. «Ikke god» psykisk helse er dermed betydelig mer utbredt blant personer som rapporterer langvarig sykdom som påvirker hverdagen. Analysen viser en tydelig sammenheng mellom langvarig sykdom og psykisk helse i utvalget.

4.1.5 Har forhold knyttet til helse- og omsorgstjenester sammenheng med psykisk helse?

I dette avsnittet undersøkes sammenhenger mellom psykisk helse og forhold knyttet til bruk av og udekkede behov for helse- og omsorgstjenester. Analysene omfatter udekket behov for tjenester, bruk av hjemmebaserte tjenester og det å ha manglet én eller flere typer tjenester.

4.1.5.1 Udekket behov for helse- og omsorgstjenester

Det ble undersøkt om psykisk helse varierer etter om respondentene i løpet av de siste 12 månedene har hatt behov for, men ikke mottatt, helse- eller omsorgstjenester.

Blant personer som ikke har opplevd et slikt udekket behov (n = 249), rapporterer 15,7 prosent «ikke god» psykisk helse. Blant personer som har hatt behov for helse- eller omsorgstjenester uten å motta dem (n = 20), er andelen 60,0 prosent.

Tabell 68 Psykisk helse etter udekket behov for helse- og omsorgstjenester

Udekket behov for tjenester	«Ikke god» psykisk helse	God psykisk helse	Totalt
Nei	39 (15,7 %)	210 (84,3 %)	249
Ja	12 (60,0 %)	8 (40,0 %)	20
Totalt	51 (19,0 %)	218 (81,0 %)	269

På grunn av en lav forventet cellefrekvens er Fishers eksakte test lagt til grunn. Forskjellen mellom gruppene er statistisk signifikant (tosidig $p < 0,001$). Andelen med «ikke god» psykisk helse er dermed vesentlig høyere blant personer som har hatt behov for helse- eller omsorgstjenester uten å motta dem. Gruppen er imidlertid liten, og resultatet må derfor tolkes med noe forsiktighet.

4.1.5.2 Hjemmebaserte tjenester

Det ble også undersøkt om psykisk helse varierer etter bruk av hjemmebaserte tjenester. Blant personer som ikke mottar hjemmebaserte tjenester ($n = 247$), rapporterer 17,0 prosent «ikke god» psykisk helse. Blant personer som mottar slike tjenester ($n = 20$), er andelen 40,0 prosent.

Tabell 69 Psykisk helse etter bruk av hjemmebaserte tjenester

Hjemmebaserte tjenester	«Ikke god» psykisk helse	God psykisk helse	Totalt
Nei	42 (17,0 %)	205 (83,0 %)	247
Ja	8 (40,0 %)	12 (60,0 %)	20
Totalt	50 (18,7 %)	217 (81,3 %)	267

På grunn av en lav forventet cellefrekvens, er Fishers eksakte test lagt til grunn. Forskjellen mellom gruppene er statistisk signifikant (tosidig $p = 0,031$).

Personer som mottar hjemmebaserte tjenester, rapporterer oftere «ikke god» psykisk helse enn personer som ikke mottar slike tjenester. Analysen viser en sammenheng mellom bruk av hjemmebaserte tjenester og psykisk helse, men gir ikke grunnlag for å trekke konklusjoner om årsaksretningen.

4.2 Skiller personer i kjønnsminoritetsgruppen seg fra øvrige respondenter?

I dette avsnittet undersøkes om personer som er trans og/eller har oppgitt ikke-binær eller annen kjønnsidentitet, skiller seg fra øvrige respondenter på sentrale levekårs- og minoritetserfaringer. Analysene bygger på variabelen for transstatus og kjønnsidentitet som er beskrevet i kapittel 2.3.4. Gruppen sammenlignes med cis-kjønnede respondenter når det gjelder psykisk helse, sosiale forhold og minoritetserfaringer.

4.2.1 Psykisk helse

For å undersøke om psykisk helse varierer mellom gruppen med kjønnsminoriteter og cis-kjønnede respondenter, sammenlignes andelen med god og «ikke god» psykisk helse i de to gruppene.

Blant cis-kjønnede respondenter (n = 230), rapporterer 40 personer (17,4 prosent) «ikke god» psykisk helse, mens 190 personer (82,6 prosent) vurderer sin psykiske helse som god.

Blant respondentene som er trans og/eller har oppgitt ikke-binær eller annen kjønnsidentitet (n = 19), rapporterer 7 personer (36,8 prosent) «ikke god» psykisk helse, mens 12 personer (63,2 prosent) vurderer sin psykiske helse som god. Én av de 20 personene i gruppen mangler opplysninger om psykisk helse.

Tabell 70. Psykisk helse etter transstatus og kjønnsidentitet

Kjønnsminoriteter og cis-kjønnede	«ikke god» psykisk helse	God psykisk helse	Totalt
Ikke trans og verken ikke-binær eller annen kjønnsidentitet (cis-kjønnede)	40 (17,4 %)	190 (82,6 %)	230 (100,0 %)
Trans og/eller ikke-binær/annen kjønnsidentitet	7 (36,8 %)	12 (63,2 %)	19 (100,0 %)
Totalt	47 (18,9 %)	202 (81,1 %)	249 (100,0 %)

Note. N = 249. I kjønnsminoritetsgruppen inngår 20 personer, men én mangler opplysninger om psykisk helse. Totalt mangler 23 respondenter gyldige opplysninger til denne analysen.

Andelen som rapporterer «ikke god» psykisk helse, er høyere blant kjønnsminoriteter enn blant øvrige respondenter, 36,8 mot 17,4 prosent. Fordi gruppen er liten og én forventet cellefrekvens er under 5, er Fishers eksakte test lagt til grunn. Forskjellen er ikke statistisk signifikant på 5-prosentnivå (tosidig p = 0,061). Resultatet viser dermed en deskriptiv forskjell mellom gruppene, men gir ikke grunnlag for å konkludere med en statistisk signifikant forskjell i psykisk helse mellom gruppen kjønnsminoriteter og øvrige respondenter.

4.2.2 Sosiale forhold

Det ble undersøkt om sosial kontakt og sosial støtte varierer mellom kjønnsminoriteter og cis-kjønnede respondenter.

4.2.2.1 Sosial kontakt

Sjelden sosial kontakt er mer utbredt blant personer som er trans og/eller har oppgitt ikke-binær eller annen kjønnsidentitet. I denne gruppen oppgir 7 av 19 personer (36,8 prosent) at de sjelden har sosial kontakt, sammenlignet med 28 av 230 personer (12,2 prosent) blant øvrige respondenter.

Tabell 71. Sosial kontakt etter transstatus og kjønnsidentitet

Kjønnsminoriteter og cis-kjønnede	Ofte sosial kontakt	Sjelden sosial kontakt	Totalt
Ikke trans og verken ikke-binær eller annen kjønnsidentitet (cis-kjønn)	202 (87,8 %)	28 (12,2 %)	230
Trans og/eller ikke-binær/annen kjønnsidentitet	12 (63,2 %)	7 (36,8 %)	19
Totalt	214 (85,9 %)	35 (14,1 %)	249

En forventet cellefrekvens er under 5, og Fishers eksakte test er derfor lagt til grunn. Forskjellen mellom gruppene er statistisk signifikant (tosidig $p = 0,009$). Sjelden sosial kontakt er dermed mer utbredt blant kjønnsminoriteter enn blant øvrige respondenter. Gruppen er imidlertid liten, og resultatet bør derfor tolkes med varsomhet.

4.2.2.2 Sosial støtte

Lav sosial støtte er også mer utbredt blant kjønnsminoriteter. Blant personer som er trans og/eller har oppgitt ikke-binær eller annen kjønnsidentitet, oppgir 4 av 19 personer (21,1 prosent) lav sosial støtte, sammenlignet med 22 av 229 personer (9,6 prosent) blant øvrige respondenter.

Tabell 72. Sosial støtte etter transstatus og kjønnsidentitet

Kjønnsminoriteter og cis-kjønnede	God sosial støtte	Lav sosial støtte	Totalt
Ikke trans og verken ikke-binær eller annen kjønnsidentitet (cis-kjønnede)	207 (90,4 %)	22 (9,6 %)	229
Trans og/eller ikke-binær/annen kjønnsidentitet	15 (78,9 %)	4 (21,1 %)	19
Totalt	222 (89,5 %)	26 (10,5 %)	248

På grunn av den lille gruppen og en forventet cellefrekvens under 5 er Fishers eksakte test lagt til grunn. Forskjellen mellom gruppene er ikke statistisk signifikant (tosidig $p = 0,123$). Andelen med lav sosial støtte er dermed deskriptivt høyere blant kjønnsminoriteter men resultatet gir ikke grunnlag for å konkludere med en statistisk signifikant forskjell mellom gruppene.

4.2.3 Minoritetserfaringer

I dette avsnittet undersøkes om kjønnsminoriteter er mer utsatt når det gjelder tap av kontakt, diskriminering og frykt for diskriminering.

4.2.3.1 Tap av kontakt knyttet til kjønnsidentitet

Tap av kontakt i forbindelse med å komme ut med sin kjønnsidentitet er mer vanlig blant kjønnsminoriteter enn blant cis-kjønnede respondenter. Blant personer som er trans og/eller har oppgitt ikke-binær eller annen kjønnsidentitet, oppgir 8 av 20 personer (40,0 prosent) at de har mistet kontakt med noen som sto dem nær, sammenlignet med 12 av 166 personer (7,2 prosent) blant øvrige respondenter med gyldige svar.

Tabell 73. Tap av kontakt knyttet til kjønnsidentitet etter transstatus og kjønnsidentitet

Kjønnsminoriteter og cis-kjønnede	Mistet kontakt	Ikke mistet kontakt	Totalt
Ikke trans og verken ikke-binær eller annen kjønnsidentitet (cis-kjønnede)	12 (7,2 %)	154 (92,8 %)	166
Trans og/eller ikke-binær/annen kjønnsidentitet	8 (40,0 %)	12 (60,0 %)	20
Totalt	20 (10,8 %)	166 (89,2 %)	186

På grunn av en lav forventet celfrekvens, er Fishers eksakte test lagt til grunn. Forskjellen mellom gruppene er statistisk signifikant (tosidig $p < 0,001$). Andelen som har mistet kontakt knyttet til kjønnsidentitet, er dermed høyere i kjønnsminoritetsgruppen enn blant cis-kjønnede respondenter. Kjønnsminoritetsgruppen er liten, og resultatet bør derfor tolkes med varsomhet.

4.2.3.2 Diskriminering og frykt for diskriminering

Det ble også undersøkt om kjønnsminoriteter skiller seg fra cis-kjønnede respondenter når det gjelder tre erfaringer med diskriminering og frykt for diskriminering: diskriminering eller dårlig behandling i helse- og omsorgstjenester, krenkelse eller diskriminering etter fylte 65 år på grunn av kjønnsidentitet og/eller seksualitet, og det å ha latt være å gjøre noe av frykt for dårlig behandling eller diskriminering.

Tabell 74. Forekomst av utvalgte minoritetserfaringer etter transstatus og kjønnsidentitet

Minoritetserfaring	Cis-kjønnede respondenter	Trans og/eller ikke-binær/annen kjønnsidentitet	Fisher, tosidig p
Diskriminering eller dårlig behandling i helse- og omsorgstjenester	5 av 220 (2,3 %)	4 av 19 (21,1 %)	0,003
Krenket eller diskriminert etter fylte 65 år på grunn av kjønnsidentitet og/eller seksualitet	26 av 227 (11,5 %)	8 av 18 (44,4 %)	0,001

Latt være å gjøre noe etter fylte 65 år av frykt for dårlig behandling eller diskriminering	38 av 214 (17,8 %)	8 av 18 (44,4 %)	0,012
---	--------------------	------------------	-------

Note. Analysene omfatter respondenter med gyldige ja/nei-svar. For diskriminering i helse- og omsorgstjenester er «usikker» holdt utenfor denne sammenligningen. For spørsmålet om å ha latt være å gjøre noe er «vil ikke svare/vet ikke» holdt utenfor. For opplevd krenkelse eller diskriminering etter fylte 65 år er «ja, én gang» og «ja, flere ganger» slått sammen til «ja». Fishers eksakte test er lagt til grunn på grunn av små cellefrekvenser.

For alle de tre minoritetserfaringene er andelen blant kjønnsminoriteter enn blant cis-kjønne respondenter, og forskjellene er statistisk signifikante. Diskriminering eller dårlig behandling i helse- og omsorgstjenester rapporteres av 21,1 prosent i kjønnsminoritetsgruppen, sammenlignet med 2,3 prosent blant øvrige respondenter. Krenkelse eller diskriminering etter fylte 65 år rapporteres av 44,4 prosent mot 11,5 prosent, mens 44,4 prosent mot 17,8 prosent oppgir at de har latt være å gjøre noe av frykt for dårlig behandling eller diskriminering. Gruppen kjønnsminoriteter består imidlertid av få personer, og resultatene må derfor tolkes med varsomhet.

5 Oppsummerende diskusjon

I dette kapitlet oppsummerer og diskuterer vi studiens hovedfunn med utgangspunkt i problemstillingene. Funnene ses i lys av relevante skandinaviske levekårsstudier og folkehelsestatistikk, med særlig vekt på undersøkelser av tilsvarende aldersgrupper. I diskusjonen tar vi hensyn til at utvalget er relativt ressurssterkt, og vurderer hva dette betyr for tolkningen av resultatene. Vi drøfter hva studien tilfører av kunnskap om eldre skeives levekår, og hvilke behov for tiltak og videre forskning funnene peker mot?

5.1 Hva kjennetegner eldre skeives levekår, sosiale relasjoner, helse og erfaringer med helse- og omsorgstjenester?

Det generelle bildet i denne studien er at en majoritet av eldre skeive oppgir at de har god helse og levekår, et godt utbygd sosialt nettverk, høy sosial deltakelse og sosial støtte. Når det gjelder levekårsrelaterte utfordringer rapporterer et mindretall anstrengt økonomi, lav grad av sosial kontakt og lav støtte dersom hjelpebehov skulle oppstå og erfaring av diskriminering etter fylte 65 på grunn av kjønnsidentitet og/eller seksuell orientering. Kjønnsm minoriteter er særlig utsatt; med både lavere grad av sosial kontakt, sosial støtte og erfaring av diskriminering.

I denne delen skal vi se videre på funnene knyttet til helse og levekår, sosiale relasjoner og erfaring med helse- og omsorgstjenestene. Vi vil sammenligne med sentrale helse- og levekårsstatistikk fra både Norge og Sverige, da det statistiske underlaget fortsatt er relativt tynt mht kjønns- og seksualitetsmangfold og eldre alder i de norske studiene. Vi vil særlig benytte oss av FHIs folkehelsestudier med fokus på eldres helse og SSBs livskvalitetsstatistikk. Videre vil vi benytte funn fra den svenske folkehelsestudien der forskere har analysert resultat fra fire ulike innsamlingsår fra 2018- 2022 med fokus på 65+-gruppa og totalt 85 000 deltagere hvor også kjønns- og seksualitetsminoriteter inngår som del av utvalget (Brännström et al 2025). Dette er hittil den eneste og største i sitt slag for denne aldersgruppa i Norden. Da våre spørsmål også ligger tett opptil den svenske folkehelsestudien, og den svenske konteksten (og særlig velferdsstaten) er relativt sammenlignbar med den norske, er det også rimelig å kunne sammenligne noen tendenser. Vi vil understreke at dette er kun for å se tendenser da både utvalg, og av og til aldersinndelinger, er ulike på tvers av statistikken og er ikke direkte sammenlignbare. Da våre spørsmål også ligger tett opptil den svenske folkehelsestudien, og den svenske konteksten (og særlig velferdsstaten) er relativt sammenlignbar med den norske er det også rimelig å kunne sammenligne noen tendenser.¹

¹ Studien bygger på materiale fra utvalg fra 2018, 2020, 2021 og 2022. 87,456 personer er med i utvalget, hvorav 1686 er lesbisk, homofil, bifil eller oppgir annen seksuell orientering, og 259 oppgir at de er eller har vært transperson (n=230) eller har annen kjønnsidentitet (n=29).

Vi vil her fremfor alt fokusere på andre studier av eldre voksne når vi tolker resultatene fordi det er relativt store alders- og livsløpsbaserte levekårsforskjeller, både i majoritetsbefolkningen, men også spesifikt for skeive. Disse er knyttet til radikale endringer i skeives tilgang til rettigheter (Fredriksen-Goldsen et al., 2019) og vi vil belyse *aldringsvilkår* i lys av disse livsløpsforutsetningene.

5.1.1 Helse og levekår

Andelen i utvalget som oppgir at de har svært og eller god helse er 69 prosent. Dette skiller noen prosentpoeng fra gjennomsnittet i den nasjonale folkehelsestudien i gruppen 60-80+, der i gjennomsnitt 73 prosent oppgir svært god eller god helse (FHI 2026, s 33). En majoritet i dette utvalget har god økonomi og høyere utdanning, noe som videre er viktige indikatorer for god helse. Opptil dobbelt så mange skeive og kjønnsminoriteter 65+ har gjennomsnittlig høyere utdanning sammenlignet med heterofile cispersoner ifølge den svenske folkehelsestudien. I dette utvalget har 64 prosent høyere utdanning (lengre enn tre år), mens gjennomsnittet i tilsvarende aldersgruppe i befolkningen generelt er 30% (SSB, 2024).

En overvekt av cis-menn i utvalget bidrar sannsynligvis også til et høyere inntektsnivå enn gjennomsnittet av den skeive befolkningen. SSBs livskvalitetsundersøkelse, hvor seksuell orientering inngår som variabel, oppgir 8 prosent av heterofile i alderen 67- 79 år at de har anstrengt økonomi, mens 23 prosent ikke-heterofile i samme aldersgruppe rapporterer det (Engvik, 2022). Andelen med anstrengt økonomi i dette utvalget er 10 prosent, altså noe høyere enn i majoritetsbefolkningen, men betraktelig lavere enn gjennomsnittet for skeive i tilsvarende aldersgruppe i SSBs utvalg. Når det gjelder andel med *ikke god* helse er denne i gjennomsnitt noen prosentpoeng høyere enn hos majoritetsbefolkningen i tilsvarende aldersgrupper i den nasjonale folkehelsestatistikken (FHI, 2026).

Nesten halvparten (46,3 prosent) oppgir langvarig sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse som påvirker hverdagen. Dette er omtrent samme nivå som majoritetsbefolkningen i tilsvarende aldersgruppe (SSB, 2025).

Andel med *betydelige psykiske plager* er generelt lavere hos eldre voksne enn middelaldrende voksne (Langballe et al., 2026), noe som ofte blir referert til som 'eldreparadokset'; på tross av økende helseplager og tap, er livskvaliteten overraskende høy (Hansen et al., 2025). Det er imidlertid store sosiale ulikheter innad i den aldrende befolkningen der livskvalitet henger tett sammen med strukturelle ulikhetsdimensjoner. Dette utvalget har betydelig høyere andel psykiske plager enn majoritetsbefolkningen i aldersgruppen 60 – 80+. Ifølge FHIs rapport *Eldres helse* (Langballe, 2026) varierer andelen eldre som rapporterer psykiske plager, mellom 6 og 12 prosent i norske folkehelsestudier. I vår studie er gjennomsnittet 20,2 prosent, en nesten dobbelt så høy andel. Kjønnsminoriteter er særlig utsatt, med 36

prosent. Dette forholdet speiler funn i andre nordiske folkehelsestudier (Bromseth & Siverskog, 2023). Det kan anses relativt høyt tatt i betraktning at inntekts- og utdanningsnivå er høyt i utvalget (som er faktorer som generelt bidrar til mindre andel med psykiske plager) og at andelen bifile og transpersoner i utvalget er lav (som oftere er utsatt for psykiske plager). Dette kan knyttes til livsløpsgenerert minoritetsstress (Brännström et al., 2025).

Dette synliggjør samtidig hvor viktig det er at kjønnsidentitet og seksuell orientering også inngår i de store nasjonale studiene som ser på folkehelse og levekår slik at vi har en representativ ramme for de mest sentrale indikatorene. I dag varierer det betydelig hvor systematisk seksuell orientering og kjønnsidentitet og- uttrykk benyttes som variabler både i innsamling av og ikke minst tolkning av folkehelsesdata på nasjonalt nivå og fylkesbasis gjennom folkehelsestudiene. SSBs livskvalitetsstudie har inkludert seksuell orientering som variabel helt siden 2021, og viste fra første måling at skeive gjennomsnittlig skårer lavere på alle livskvalitetsindikatorer, og en rekke oppfølgingsanalyser har blitt gjennomført for å gå i dybden av noen av de mest sentrale funnene. Kjønnsidentitet- og uttrykk er sjelden brukt som variabel i de norske folkehelsestudiene.

5.1.2 Sosiale relasjoner

Når det gjelder sosiale relasjoner og nettverk, støtter funnene i denne studien mønster i forskningen om skeive 65+ om hvordan skeives livsløp på spesifikke måter har blitt påvirket av strukturell diskriminering og høy grad av stigma (Fredriksen-Goldsen et al., 2019; Bromseth & Siverskog, 2023). Dette har påvirket relasjoners mulighetsbetingelser på ulike måter (Bromseth, 2013). Den heteronormative familiedanningen har ikke vært tilgjengelig eller ønsket fra samfunnet, men mange skeive har funnet andre veier til nære relasjoner, trygghet og fellesskap (Eggebo & Stubberud, 2020). Mange har ikke kunnet få barn de ønsket seg, har opplevd varige eller midlertidige tap av relasjoner blant familie og venner og/eller fått et distansert forhold til viktige nære. Samtidig har andre dører åpnet seg; til skeive og feministiske miljøer andre steder, utdanninger og yrker, og relasjoner gjennom disse. 'Valgte familier' ble på 80-tallet et begrep brukt av skeive for å beskrive forpliktende nære relasjoner som ikke bygger på biologiske bånd, men på respekt og sosial støtte og kan bestå av nære venner lik som partnere, barn, skeive miljø og aksepterende slekt og familie (Weston, 1991).

En majoritet av eldre skeive i denne studien oppgir at de har et godt utbygd sosialt nettverk, høy sosial deltakelse og sosial støtte. 85,9 prosent oppgir at de ofte har kontakt med venner, naboer eller familie som de ikke bor sammen med, mens 14,1 prosent oppgir sjelden kontakt med venner, familie og naboer. Dette er imidlertid høyere enn i den allmenne statistikken; der 7 prosent i aldersgruppene 67-80+ oppgir sjelden kontakt med både familie og venner (SSB, 2025).

Nesten halvparten bor alene (46,7 prosent), og omtrent like mange bor sammen med ektefelle, samboer eller partner (49,3 prosent). 35,7 prosent har barn og 30,3 prosent har barnebarn. Her skiller utvalget seg fra mønster i majoritetsbefolkningen i samme aldersgruppe der rundt en tredjedel oppgir at de bor alene, og en majoritet (80 prosent) har barn (SSB, 2023).

Over halvparten av respondentene (58 prosent) er i et kjærlighetsforhold. De fleste har også tilgang til hjelp og støtte ved behov. 90 prosent har god sosial støtte, mens 10 prosent har lav sosial støtte. Venner er den hyppigst oppgitte kilden til hjelp ved praktiske problemer eller sykdom, etterfulgt av partner og opprinnelsesfamilie. Ved behov for pleie og omsorg over lengre tid, er partner den hyppigst oppgitte potensielle omsorgspersonen, med venner på andreplass og familie dernest (33 prosent). Nesten ti prosent nevner også tidligere partner. Blant majoritetsbefolkningen er mønsteret et annet. 97,3 prosent sier at de har noen å spørre om hjelp, av disse stolte 92,5 prosent på familie, 31,7 prosent på venner og 23,1 prosent på naboer, viser tall fra HUNT-studien (Strand & Langballe, 2025). Partner er viktigst her også, men like viktig er voksne barn, med offentlige tjenester som nummer to, mens venner og naboer kan være viktigere for særlig aleneboende (Strand & Langballe, 2025). Venner er altså en langt viktigere sosial- og omsorgsressurs for eldre skeive, noe som også kommer frem i det å gi omsorg til andre. Over halvparten oppgir at de har gitt pleie eller omsorg til en nærstående etter fylte 65 år. Dette tilfører et viktig perspektiv til beskrivelsen av eldre skeives sosiale relasjoner. Mange både mottar og gir støtte. Tiltak og tjenester bør derfor ta hensyn til deltakernes ressurser og omsorgsoppgaver, i tillegg til deres mulige hjelpebehov.

Åpenheten om seksuell orientering varierer mellom ulike relasjoner, og følger et lignende mønster som andre levekårsstudier og kvalitativ forskning (Bromseth & Siverskog, 2023). Andelen som oppgir at alle kjenner til deres seksuelle orientering, er høyest overfor opprinnelsesfamilie og partner(e) (73 og 72 prosent) og også høy overfor venner (66) og helsepersonell (60 prosent). Samtidig oppgir nesten 13 prosent at de er åpne for ingen eller noen i sin opprinnelsesfamilie og hver fjerde for ingen eller noen blant helsepersonell. Åpenheten er lavere overfor naboer og arbeidskolleger, der rundt halvparten oppgir å være åpne for alle, og flere at spørsmålet ikke er relevant. Når det gjelder åpenhet om kjønnsidentitet i gruppa kjønnsminoriteter varierer den også mellom relasjoner, og følger samme mønster- men grad av åpenhet er noe lavere. Hver tredje oppgir at de ikke er åpne for noen nabo eller arbeidskollega. Totalt antall svar er bare 14 og må derfor tolkes med forsiktighet.

I anbefalinger om sosial støtte i nærmiljøet, nevnes ofte viktigheten av naboer og nærmiljø i en eldrepolitikk preget av lokal hjemmebasert aldring (Pijpers, 2020). Nærmiljøet er imidlertid ikke alltid like 'trygt' for skeive. Det viser en nederlandsk studie av skeive eldre med hjemmebasert hjelp. Det avhenger av relasjonen til både naboer, om nærområdet er lhbt-vennlig og kompetanse i tjenestene. En restriktiv åpenhet mot naboer kan støtte denne konklusjonen.

5.1.2.1 *Skeive miljø og tilhørighet*

Mange deltar både på skeive arenaer og i organisasjoner eller møteplasser som ikke er spesifikt skeive. Tilknytningen til skeive miljøer er særlig omfattende. Tre av fire deltar i en skeiv organisasjon eller møteplass, og de aller fleste har på et tidspunkt deltatt i LHBTIQ-spesifikke aktiviteter eller vært del av et skeivt miljø. Rekrutteringsmåten har sannsynligvis bidratt til denne sterke tilknytningen. Et sentralt funn er at høy deltakelse eksisterer sammen med et ønske om mer deltakelse. Fire av ti ønsker å delta mer, og lokale sosiale treff for skeive over 60 år er tilbudet flest savner. Eksisterende deltakelse ser dermed ikke ut til å dekke alle ønsker om fellesskap. Funnene gir grunnlag for å undersøke både hvor tilbudene finnes, hva de inneholder, og hvor tilgjengelige de er for personer med ulik økonomi, helse og bosituasjon.

De fleste opplever seg velkomne i skeive sammenhenger. Samtidig har de som ikke kjenner seg velkomne, en høyere andel «ikke god» psykisk helse. Dette gjør det relevant å rette oppmerksomheten mot kvaliteten på deltakelsen. Tilgang til en møteplass og opplevelsen av å høre til der er to forskjellige forhold. Utvikling av tilbud bør derfor omfatte både muligheter for å delta og erfaringene deltakerne gjør seg når de kommer.

5.1.2.2 *Erfaringer med helse- og omsorgstjenester*

Relativt få deltakere mottar hjemmebaserte tjenester på undersøkelsestidspunktet. Samtidig forventer litt over halvparten å få behov for helsehjelp eller omsorgstjenester i framtiden, mens mange er usikre. Undersøkelsen gir dermed kunnskap om både dagens tjenesteerfaringer og forventninger til en mulig framtid med større hjelpebehov.

Flertallet har full eller ganske stor tillit til at tjenestene vil møte dem med respekt for deres seksuelle orientering, kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk. Likevel oppgir 14,5 prosent ganske liten eller ingen tillit. Dette tilsier at respekt og trygghet ikke kan tas for gitt, selv om hovedbildet er positivt.

I alt 7,4 prosent har hatt behov for helse- eller omsorgstjenester uten å motta dem det siste året. Blant dem som konkretiserer hvilke tjenester de har manglet, nevnes særlig praktisk bistand, hjemmetjenester og hjemmesykepleie, men også psykisk helsehjelp og andre helsetjenester. Antallet er lite, men funnene viser at udekkede behov omfatter flere typer hjelp.

Ni personer oppgir diskriminering eller dårlig behandling i tjenestene på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk de siste 12 månedene. Den lave andelen i utvalget må forstås ut fra at respondentene kan ha ulik kontakt med tjenestene, og at deres identitet ikke nødvendigvis er kjent for helsepersonell. Resultatet kan derfor ikke alene brukes som et mål på hvor inkluderende tjenestene er. Samtidig er de rapporterte erfaringene viktige, særlig fordi de forekommer sammen med en høy andel «ikke god» psykisk helse.

5.2 Hvilke minoritetsrelaterte erfaringer rapporterer eldre skeive, blant annet knyttet til tap av relasjoner, krenkelse og diskriminering?

Et tydelig funn er at mange deltakere har tidligere og nåtidige erfaringer med krenkelse, diskriminering eller tap av nære relasjoner. Dette er godt dokumentert i eksisterende kvantitativ og kvalitativ forskning (Brännström et al., 2025; Bromseth & Siverskog, 2023; Fredriksen-Goldsen et al., 2019; Eggebø et al., 2019). Seks av ti oppgir å ha blitt krenket eller diskriminert på grunn av seksualitet minst én gang gjennom livet. Om lag én av fire har mistet kontakten med noen som sto dem nær i forbindelse med at de kom ut med sin seksualitet, og nær halvparten av kjønnsminoritetsgruppen har mistet kontakt da de kom ut med sin kjønnsidentitet. Venner og familie er de vanligste relasjonene som oppgis tapt. Fritekstsvarene løfter fram erfaringer av at dette 'gikk seg til' for en del, noe som også støttes av annen forskning. Samtidig er et mønster i forskningen at skeive har strukket seg langt for å tilpasse seg relasjoner med nær familie gjennom å godta negative holdninger, holde partner borte fra familien eller ikke være åpen (Siverskog, 2016; Bromseth, 2013). Denne studien gir imidlertid begrenset informasjon om detaljer om når tapene skjedde, hvor langvarige de har vært, eller om kontakten senere er gjenopprettet og på hvilke premisser. At mange samtidig rapporterer god sosial støtte i dag, viser at tidligere negative erfaringer og nåværende sosiale ressurser kan eksistere side om side i utvalget, og støtter teorier om særegne mønster for skeive livsløp der andre relasjoner og fellesskap har styrket utforming av levbare liv (Brännström et al., 2025).

Erfaringene er heller ikke avgrenset til tidligere livsfaser. Etter fylte 65 år oppgir 14,0 prosent krenkelse eller diskriminering på grunn av kjønnsidentitet og/eller seksualitet, mens blant kjønnsminoriteter oppgir nesten halvparten at de har blitt krenket eller diskriminert. Videre har 18,1 prosent latt være å gjøre noe av frykt for dårlig behandling eller diskriminering - og nesten halvparten av kjønnsminoriteter. Dette støtter minoritetsstressteorien der forventningen om negative reaksjoner kan få konsekvenser for hva deltakerne velger å gjøre (Meyer, 2003; Testa et al., 2015). Studien viser ikke hvilke aktiviteter eller situasjoner de har unngått.

Det er viktig å holde de ulike diskrimineringsmålene atskilt. Erfaringer gjennom hele livet, erfaringer etter fylte 65 år og erfaringer i helse- og omsorgstjenestene det siste året dekker ulike tidsrom og sammenhenger. Forskjellene mellom prosentandelene kan derfor ikke tolkes som en utvikling over tid.

Et annet funn det er verdt å merke seg er opplevd diskriminering på grunn av andre forhold enn kjønnsidentitet eller seksuell orientering. Nesten hver fjerde oppgir opplevd diskriminering på grunn av alder i denne studien- noe som skiller seg fra majoritetsbefolkningen, der

dette kun oppgis av 5-6 prosent i tilsvarende aldersgrupper (SSB, 2022). Fritekstsvarene løfter frem særlig erfaringer knyttet til alderisme i skeive miljø, fremfor alt homofile menn, noe som er dokumentert i annen forskning (White et al., 2015), men det kan også være andre grunner. Tolv prosent rapporterer om diskriminering på grunn av religion eller livssyn, hvilket også er høyere enn majoritetsbefolkningen og ni personer om diskriminering på grunn av hudfarge, etnisk tilhørighet eller urfolkstilhørighet. Kun 20 personer i utvalget oppgir et annet fødeland enn Norge, og de fleste er født i et europeisk land. Vi analyserte ikke disse spesifikt i relasjon til hverandre, men andre studier løfter frem at skeive med innvandrerbakgrunn er langt mer utsatt for sammensatt diskriminering (Eggebo & Stubberud, 2018).

5.3 Hvilke bakgrunns-, sosiale, minoritetsrelaterte og helserelaterte forhold henger sammen med psykisk helse?

De bivariate analysene viser at psykisk helse henger sammen med flere sider ved deltakeres livssituasjon. «Ikke god» psykisk helse er mer utbredt blant personer med økonomiske vansker, sjelden sosial kontakt og lav sosial støtte, og blant dem som ikke er i et kjærlighetsforhold. Det er også sammenhenger med opplevd diskriminering i helsetjenesten, velkommenhet i skeive sammenhenger, helseutfordringer og udekkede tjenestebehov.

Funnene peker mot betydningen av å forstå psykisk helse i sammenheng med hverdagslivets ressurser og belastninger. Økonomiske problemer, begrenset tilgang til hjelp og helseutfordringer kan inngå i samme livssituasjon. Den supplerende beskrivelsen av de åtte personene som vurderer sin psykiske helse som dårlig eller svært dårlig, viser nettopp at flere belastninger forekommer samtidig. Disse sammenhengene er vel dokumentert i folkehelsestudier, i SSBs analyser av grupper utsatt for lav livskvalitet er også skeive blant de som kjennetegnes av flere samvirkende indikatorer (SSB, 2022).

Analysene undersøker ett forhold om gangen. De viser derfor ikke om sosial støtte, økonomi, partnerstatus eller andre forhold har selvstendige sammenhenger med psykisk helse når øvrige forhold tas i betraktning. At personer uten kjærlighetsforhold oftere har lav sosial støtte, illustrerer at variablene kan henge sammen. Vi kan heller ikke avgjøre årsaksretningen. Helsetutfordringer kan begrense sosial deltakelse, samtidig som begrenset kontakt og støtte kan gjøre en vanskelig livssituasjon mer krevende.

Blant deltakerne som har opplevd diskriminering eller dårlig behandling i møte med helse- og omsorgstjenester de siste 12 månedene rapporterer 7 personer (77,8 prosent) «ikke god» psykisk helse, og 7 av 11 av respondentene som er usikre på om de har opplevd diskriminering rapporterer «ikke god» psykisk helse.

Opplevd velkommenhet i skeive sammenhenger framstår som relevant for psykisk helse. Dette tyder på at tilhørighet bør inngå i forståelsen av deltakernes psykiske helse, sammen med kontaktfrekvens og tilgang til praktisk hjelp. Det som er verdt å merke seg er at deltakelse i skeive miljøer viser også variasjon mellom gruppene i forhold til psykisk helse. 12 prosent har ikke god psykisk helse av de som oppgir at de tidligere og i nåtid deltar i LHBTIQ-spesifikke aktiviteter og/ eller miljø, mens 40 prosent av de som oppgir at de aldri har deltatt oppgir ikke god psykisk helse. For de som oppgir at de deltok tidligere, men ikke nå, eller nå men ikke tidligere er det rundt 20 prosent som oppgir ikke god psykisk helse. Det gir ikke grunnlag for å slå fast at bestemte former for deltakelse i seg selv gir bedre psykisk helse. Samtidig er positive effekter av identitetsstøttende miljø og tilhørighet til skeive miljø gjennom livsløpet solid dokumentert i forskningen (Fredriksen-Goldsen et al., 2019; Ambjörnsson & Bromseth, 2013).

Helseutfordringer og udekkede tjenestebehov har tydelige sammenhenger med selvvaluert psykisk helse. Blant personer med udekkede behov vurderer 60,0 prosent sin psykiske helse som «ikke god», mot 15,7 prosent blant dem uten slike behov. Dette kan gjenspeile en situasjon der helseutfordringer og manglende hjelp opptrer samtidig. Studien kan ikke fastslå om manglende tjenester har bidratt til den psykiske helsen, eller om personer med dårligere helse har mer omfattende behov som er vanskeligere å få dekket. Det er også verdt å merke seg at 40 prosent av personer som mottar hjemmebaserte tjenester også rapporterer om ikke god psykisk helse (9 av 20).

Det ble ikke påvist statistisk signifikante sammenhenger mellom psykisk helse og alder eller utdanningsnivå. Heller ikke forskjellen etter tap av kontakt i forbindelse med å komme ut med sin seksualitet var statistisk signifikant. Dette innebærer at analysene ikke gir tilstrekkelig grunnlag for å konkludere med slike sammenhenger i materialet. Det betyr ikke at forholdene er uten betydning. Små grupper, manglende opplysninger og begrenset variasjon kan gjøre forskjeller vanskeligere å påvise.

5.4 Psykisk helse, sosiale forhold og minoritetserfaringer blant kjønnsminoriteter (trans og/eller har oppgitt ikke-binær eller annen kjønnsidentitet)

Kjønnsminoritetsgruppen omfatter 20 personer som er trans og/eller har oppgitt ikke-binær eller annen kjønnsidentitet. Analysene viser flere forskjeller fra cis-kjønnete respondenter, særlig når det gjelder sosial kontakt og minoritetserfaringer.

Sjelden sosial kontakt rapporteres av sju av 19 personer i kjønnsminoritetsgruppen, tilsvarende 36,8 prosent, sammenlignet med 12,2 prosent blant øvrige respondenter. Forskjellen er statistisk signifikant. Dette viser at den høye kontaktfrekvensen i utvalget samlet ikke er like tydelig i alle undergrupper.

Andelen med lav sosial støtte er også høyere i kjønnsminoritetsgruppen, men forskjellen er ikke statistisk signifikant. Det samme gjelder selvurdert psykisk helse. «Ikke god» psykisk helse rapporteres av 36,8 prosent i kjønnsminoritetsgruppen og 17,4 prosent blant øvrige respondenter, men den eksakte testen gir ikke en statistisk signifikant forskjell på 5-prosentnivå. Resultatene gir derfor grunnlag for å beskrive et mønster som bør undersøkes videre, men ikke for å fastslå sikre forskjeller på disse to områdene.

Forskjellene er tydeligere for flere minoritetserfaringer. Åtte av 20 i kjønnsminoritetsgruppen har mistet kontakt med noen som sto dem nær i forbindelse med at de kom ut med sin kjønnsidentitet. Gruppen rapporterer også oftere diskriminering eller dårlig behandling i helse- og omsorgstjenestene (21 prosent), og nesten halvparten rapporterer krenkelse eller diskriminering etter fylte 65 år og det å ha latt være å gjøre noe av frykt for diskriminering. Disse forskjellene er statistisk signifikante i analysene.

Både lavere sosial støtte, erfaring av diskriminering de siste 12 måneder og lavere sosial tillit enn cis-kjønnede er også dokumentert blant kjønnsminoriteter over 65 år i den svenske studien (Brännström et al., 2025). Funnene viser hvorfor det er viktig å undersøke variasjonen innad i utvalget. Et positivt hovedbilde for eldre skeive samlet kan gjøre det vanskeligere å få øye på grupper med mer belastende erfaringer. Samtidig kan heller ikke kjønnsminoritetsgruppen behandles som ensartet. Den omfatter personer med ulike identiteter, livsløp og behov, og antallet gir ikke grunnlag for separate analyser av undergruppene.

Hver enkelt besvarelse får stor betydning i en gruppe på 20 personer. Resultatene bør derfor brukes til å identifisere spørsmål som krever mer kunnskap og oppfølging. De gir ikke presise anslag for hvor utbredt utfordringene er blant eldre kjønnsminoriteter i Norge.

5.5 Studiens kunnskapsbidrag

Studien bidrar med en bred beskrivelse av hvordan sosiale ressurser, helse og minoritetserfaringer inngår i livet til deltakerne. Et sentralt bidrag er at den synliggjør både omfattende deltakelse og støtte, og erfaringer med tap, diskriminering og begrensninger. Dette gir et mer nyansert grunnlag for å forstå gruppens levekår enn en beskrivelse som bare vektlegger enten ressurser eller sårbarhet, og støtter konklusjoner fra folkehelsestudier av eldre skeive internasjonalt: på tross av livsløp med betydelig strukturell diskriminering viser også studiene en betydelig motstandsdyktighet utviklet gjennom livsløpet, blant de som har klart seg (Fredriksen-Goldsen et al., 2019). De fleste har god helse og lever gode liv på tross av sosial motgang gjennom livsløpet. Dermed støtter funnene i studien en todelt fortelling i forskningsfeltet som vektlegger både eldre skeives helse- og levekårsforskjeller og resiliens som Brännström et al konkluderer i sin studie:

Selv om SGM-deltakerne for eksempel oftere bodde alene og rapporterte økonomisk stress, hadde de også høyere utdanningsnivå og, i enkelte tilfeller, større sosial deltakelse. Disse funnene

understreker betydningen av å vurdere både strukturelle ulemper og styrker som er forankret i fellesskap og nettverk, for å forstå helseutviklingen blant eldre SGM-personer. (Brännström et al., 2025, s. 9)

Forfatterne løfter frem betydningen av et teoretisk rammeverk for skeives aldringsvilkår som både identifiserer de spesifikke minoritetsstressrelaterte utfordringene som påvirker mental helse negativt og styrkene som kan genereres gjennom f.eks. andre livsvalg og nettverk, for eksempel gjennom distinkte livsveiteorier (distinct lifeway theory) (se Pachankis & Clark, 2025).

Resultatene i den svenske studien, som baserer seg på et stort representativt folkehelsemateriale, løfter videre frem betydningen av interseksjonelle analyser som "tar hensyn til samspillet mellom seksuell orientering, kjønnsidentitet, sosioøkonomisk status, migrasjonsbakgrunn og geografi når man studerer helse og velvære hos eldre SGM-personer." (Brännström et al., 2025, s. 9). Da denne rettede studien er gjort med svært begrensede midler, preges utvalget av lavere representasjon av særlig utsatte undergrupper; bifile, som i mindre grad deltar i skeive miljø og et relativt lite antall kjønnsminoriteter, og flere interseksjonelle analyser var ikke mulige både på bakgrunn av representasjon av undergrupper og på grunn av ressurser.

Denne studien skiller mellom flere sider ved den sosiale situasjonen: hvor ofte deltakerne har kontakt med andre, hvem de kan få hjelp fra, om de er i et kjærlighetsforhold, og om de opplever tilhørighet i skeive sammenhenger. Disse skillene gir et mer konkret grunnlag for å drøfte behov. En person kan ha hyppig kontakt, men mangle noen som kan gi omfattende omsorg. En annen kan delta i aktiviteter uten å oppleve seg fullt ut velkommen. Studien synliggjør viktige forskjeller mellom den eldre majoritetsbefolkningens og det som særpreger eldre skeives relasjonsmønster, der sosial støtte i langt større grad knyttes til vennsrelasjoner og valgte familier (Fredriksen-Goldsen et al., 2013). Disse vennsrelasjonene har blitt beskrevet som mer forpliktende enn de heteronormative forståelsene av vennskap fordi de har vært både emosjonelt og praktisk svært betydningsfulle for denne generasjonen skeive gjennom livet, og er ofte også knyttet til både individuelle relasjoner og kollektive skeive miljø (Bromseth 2013, 2016).

Samtidig viser studier også til at de kan bli mer sårbare ved dårlig helse og økt omsorgsbehov- og det er viktig at de får støtte til å anerkjennes og opprettholdes av helse- og omsorgstjenestene- gjennom styrking av relasjoner og lhbt-inkluderende praksis (Pijpers, 2020). Studien synliggjør også eldre skeives rolle som omsorgsgivere og viser at forventet framtidig hjelpebehov må forstås i lys av ulike relasjoner og nettverk. Dette innebærer videre støttetilbud til pårørende som har kunnskap og kompetanse om skeives relasjonsmønster og behov, og som evner å fange opp pårørendes behov ved sykdom, tap og sorg (Johnson & Bindley, 2025).

De separate analysene av kjønnsminoriteter tilfører kunnskap om erfaringer som blir mindre synlige når hele utvalget behandles samlet. Det er et lite utvalg, men funnene antyder at eldre transpersoner og kjønnsminoriteters er særlig utsatt for lav sosial støtte og diskriminering - også i helse- og omsorgstjenestene. Dette bør utforskes nærmere parallelt med tiltak som motvirker utsatthet og støtter sosial inkludering.

Bidraget ligger først og fremst i å beskrive erfaringer og identifisere mønstre som bør undersøkes videre. Studien kan ikke beregne forekomsten av utfordringene i hele befolkningen av eldre skeive eller fastslå hvilke forhold som forårsaker dårligere helse.

5.6 Betydning for tiltak og videre forskning

Resultatene gir grunnlag for å prioritere tilgjengelige sosiale møteplasser og muligheter for tilhørighet. Ønsket om lokale treff for skeive over 60 år er et konkret og viktig innspill til utvikling av tilbud. Slike tiltak bør utformes sammen med målgruppen og ta hensyn til transport, økonomi, funksjonsevne og muligheten til å delta uten digitale ferdigheter. Det er også relevant å undersøke hvordan tilbudene kan nå personer som ikke allerede har kontakt med skeive organisasjoner- og hva som skal til for at lokale treffsentra og andre lavterskeltilbud også kan være inkluderende og trygge rom for skeive og andre minoritetsgrupper.

I helse- og omsorgstjenestene peker funnene mot betydningen av respektfulle møter og normbevisst personsentrert omsorg som har kompetanse om skeives særpregende relasjonsmønster, livsløpserfaringer og behov. Dette krever kompetansehevingstiltak og bevisst systematisk arbeid, da kunnskap om kjønns- og seksualitetsmangfold generelt er lav i helse- og omsorgstjenestene (Dybdahl Jakobsen et al., 2023). Tjenestene bør undersøke hvem personen selv oppfatter som nærstående, hvilken hjelp disse kan gi, og hvilke behov som krever offentlig støtte. Venner og partnere kan være viktige omsorgspersoner, og det bør undersøkes hvilke ressurser som finnes i nettverket for å dekke omfattende eller langvarige behov uten å anta at det er slekt eller familie- og hvordan personen opplever nærmiljøet sitt. Hvilke personer og hvilke rom oppleves som trygge – og hvilke gjør ikke det?

Erfaringene med diskriminering og begrenset tillit gjør svært viktig å øke kompetansen om kjønns- og seksualitetsmangfold og skeive livsløp i tjenestene. Målet bør være at eldre skeive kan formidle behov og viktige sider ved livet sitt på egne premisser, bli sett, anerkjent, forstått og respektert. Mange er åpne i møte med helse- og omsorgspersonell- men mange uttrykker også en betinget åpenhet. Dette handler ofte om å kjenne seg trygg på at en vil bli møtt med respekt og kunnskap (Bromseth & Siverskog, 2023). Funnene gir også grunn til særlig oppmerksomhet om kjønnsminoriteters erfaringer med tjenestene.

Videre forskning bør søke å nå personer som er svakt representert i denne undersøkelsen, blant annet eldre uten kontakt med skeive miljøer, personer med omfattende omsorgsbehov og personer som ikke bruker digitale kanaler. Større utvalg er nødvendige for å undersøke

forskjeller mellom undergrupper og analysere flere forhold samtidig. Nasjonale folkehelsestudier bør inkludere spørsmål om kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og seksuell orientering regelmessig for å fange opp sosial ulikhet og aldringsvilkår på linje med andre ulikhetsdimensjoner- og analysere materialet- og levekårsstudier for LHBT+-personer bør analysere alder i tolkning av materialet.

Kvalitative studier kan utdype hva som ligger bak tap av relasjoner, frykt for diskriminering, opplevelser av utenforskap og udekkede tjenestebehov. Longitudinelle studier som følger personer over tid er viktige for å undersøke hvordan nettverk, helse og hjelpebehov endres ved sykdom, tap av partner eller overgang til mer omfattende omsorg er særlig viktige (Brännström et al., 2025). Tiltak som utvikles på bakgrunn av funnene, bør også evalueres med hensyn til hvem de når, og om deltakerne opplever bedre tilgang til støtte og fellesskap.

Litteratur

Andersen, N., Eggebø, H. Stubberud, E., og Holmelid, Ø. (2020). *Seksuell orientering, kjønns mangfold og levekår. Resultater fra spørreundersøkelsen 2020*. Universitetet i Bergen

Bromseth, J., & Siverskog, A. (2023). “He went back into the closet”: Older LGBTI people’s interactions with health and social care in the Nordic countries. Nordic Council of Ministers.

Bromseth, J. C. H. (2013). «Som en riktig familj»: Äldre lesbiska och bisexuella kvinnors berättelser om familj och nära relationer. I J. Bromseth & A. Siverskog (Red.), *LHBTQ-personer och åldrande: Nordiska perspektiv* (s. [sidetall]). Studentlitteratur.

Bränström, R., Kleijberg, M., & Siverskog, A. (2025). Resilience and distinct lifeways: Sexual orientation and gender minority status differences in health, well-being, and social determinants of health in a population-based sample of older adults. *BMC Public Health*, 25(1), Article 25426. doi.org

Jakobsen, M. D., Bromseth, J., Siverskog, A. & Krane, M. S. (2023). The provision of healthcare services to older LGBT adults in the Nordic countries: A scoping review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 41(4), 359–371.
<https://doi.org/10.1080/02813432.2023.2242713>

Folkehelseinstituttet (2026). *Den nasjonale folkehelseundersøkelsen 2025. Fremgangsmåte og utvalgte resultater*. DOI: <https://doi.org/10.21349/smzz-nj96>

Eggebø, H., Stubberud, E., & Anderssen, N. (2019). *Skeive livsløp. En kvalitativ studie av levekår og sammensatte identiteter blant lhbtis-personer i Norge*.

Eggebø, H., Stubberud, E. og Karlstrøm, H. (2018). *Levekår blant skeive med innvandrerbakgrunn i Norge*. Bodø og Trondheim: Nordlandsforskning

Engvik, M. (2022, 18. februar). *Dårligere levekår blant ikke-heterofile*. Statistisk sentralbyrå.
<https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekår/artikler/darligere-levekar-blant-ikke-heterofile>

Fredriksen Goldsen, K. I., Jen, S., & Muraco, A. (2019). Iridescent life course: LGBTQ aging research and blueprint for the future—A systematic review. *Gerontology*, 65(3), 253-274.doi: 10.1159/000493559

Fredriksen-Goldsen K. I. Emlet C. A. Kim H. J. Muraco A. Erosheva E. A. Goldsen J., & Hoy-Ellis C. P (2013). The physical and mental health of lesbian, gay male, and bisexual (LGB) older adults: the role of key health indicators and risk and protective factors. *The Gerontologist*, 53, 664–675. doi:10.1093/geront/gns123

Kool, I. & Svendsen, T. (2024, 15. oktober). *Seniorennes utdanningsnivå har økt markant*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/utdanning/utdanningsniva/artikler/seniorennes-utdanningsniva-har-okt-markant>

Lunde, E. S. & Allertsen, L. (2025, 23. januar). *Mange seniorer har god helse*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/helse/helseforhold-og-levevaner/artikler/mange-seniorer-med-god-helse>

Pachankis, J. E., & Clark, K. A. (2025). The mental health of sexual minority individuals: Five explanatory theories and their implications for intervention and future research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 21(1), 1-31. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-081423-022014.

Hoekstra-Pijpers, R. (2022). Experiences of older LGBT people ageing in place with care and support: A window on ordinary ageing environments, home-making practices and meeting activities. *Sexualities*, 25(1-2), 25-44.

Strand BH, Langballe EM. Do community-dwelling adults aged 70 and older have someone to rely on for help when needed? A Trøndelag Health Study (HUNT). *Scandinavian Journal of Public Health*. 2026;54(5):529-537. doi:10.1177/14034948251338678

Strand, BH et al. (2026) Folkehelserapporten. Helse hos eldre i Norge. <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelserapporten/grupper/eldre/>

Schlyter Oppøyen, M. (2022, 7. november). *En av fem opplever diskriminering*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekra/artikler/en-av-fem-opplever-diskriminering>

Siverskog, A. (2016). *Queera livslopp: Att leva och åldras som lhbtq-person i en heteronormativ värld* (Doktorsavhandling, Linköpings universitet). DiVA Portal. kb.se

Testa, R. J., Habarth, J., Peta, J., Balsam, K., & Bockting, W. (2015). Development of the Gender Minority Stress and Resilience Measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(1), 65–77. <https://doi.org/10.1037/sgd0000081>

Wight, R. G., LeBlanc, A. J., Meyer, I. H., & Harig, F. A. (2015). Internalized gay ageism, mattering, and depressive symptoms among midlife and older gay-identified men. *Social Science & Medicine*, 147, 200-208.

Vedlegg

Informasjonsbrev og samtykkeerklæring

Kjære deltaker,

Du inviteres til å delta i en anonym spørreundersøkelse om sosiale relasjoner, helse og livsvilkår blant eldre lhbtqi-personer (lesbiske, homofile, bifile, transpersoner, interkjønnspersoner og queere).

Formålet er å få mer kunnskap om hvordan det er å leve som eldre lhbtqi-person i Norge i dag, med særlig fokus på helse, omsorg og sosiale nettverk.

Undersøkelsen er et samarbeid mellom Universitetet i Innlandet (INN) og Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold (FRI). INN er behandlingsansvarlig. FRI har ikke tilgang til innsamlede data, kun til sammenstilte resultater.

Studien retter seg mot deg som er 65 år eller eldre og som har eller har hatt lhbtqi-erfaringer, for eksempel samkjønnede relasjoner eller erfaringer med kjønnsidentitet utover kjønnnet til-delt ved fødselen.

Studien er vurdert og godkjent av Sikt (ref.nr. 498247) og REK (ref.nr. 941097).

Les informasjonsskrivet for deltakere før du går videre.

Hva innebærer det å delta?

Deltakelse innebærer å besvare et digitalt spørreskjema (ca. 15–20 minutter) med spørsmål om bakgrunn, sosiale relasjoner og helse, samt erfaringer med diskriminering og trygghet. Noen spørsmål kan oppleves som personlige. Det er frivillig å svare på alle, og du kan hoppe over spørsmål du ikke ønsker å besvare. Skjemaet inneholder også spørsmål om seksualitet, kjønnsidentitet og helse, som regnes som særlige kategorier personopplysninger.

Frivillighet og tilbaketrekking

Deltakelse er frivillig, og du kan når som helst trekke samtykket uten å oppgi grunn. Etter samtykke lager du en egenvalgt kode. Koden brukes kun dersom du vil trekke deg og få slettet svarene dine. Forskerne kan ikke identifisere deg. Ved tilbaketrekking slettes besvarelsene, og de kan ikke gjenfinnes.

Behandling av opplysninger

Skjemaet besvares via Nettskjema. Det registreres ikke IP-adresse eller andre direkte identifiserende opplysninger. Svar lagres sikkert i TSD (Tjenester for sensitive data) ved

Universitetet i Oslo, og kun prosjektets forskere har tilgang. Behandlingsgrunnlaget er samtykke (GDPR art. 6 nr. 1 a og art. 9 nr. 2 a). Etter avsluttet datainnsamling, eventuell tilbaketrekking og sletting av koden, anonymiseres datasettet. Anonymiserte data kan brukes til videre forskning. Koden slettes senest 01.06.2026.

Resultater

Resultatene publiseres samlet i rapporter og/eller vitenskapelige publikasjoner. Ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Ønsker du sammendrag av resultatene, kan du kontakte prosjektleder. Dette kan ikke knyttes til dine svar.

Dine rettigheter

Studien er anonym, og forskerne kan ikke identifisere deltakere. Derfor kan innsyn, retting og utlevering av data ikke gjennomføres i praksis. Du kan trekke samtykket og få slettet besvarelsene ved hjelp av koden. Du har rett til å klage til Datatilsynet dersom du mener opplysningene behandles i strid med regelverket.

Har du spørsmål?

Kontakt: Prosjektleder: Janne Bromseth, e-post: janne.bromseth@inn.no | telefon: 94 09 46 90
Personvernombud ved INN: personvernombud@inn.no

Vi ber nå om ditt samtykke til å delta i studien.

Jeg bekrefter at jeg har lest informasjonen om prosjektet og kan gi mitt informerte samtykke.

Ja, jeg samtykker til å delta i spørreundersøkelsen

[Velg ett alternativ]

Sett kryss

Ja, jeg samtykker til at mine opplysninger behandles som beskrevet

[Velg ett alternativ]

Sett kryss

Tilbaketrekning av samtykke

TILBAKETREKNING AV SAMTYKKE

Jeg vil trekke meg fra studien «Sosiale relasjoner, helse og livsvilkår blant eldre lhbtqi-personer».

Min kode er:

Skriv inn din selvvalgte kode.

Spørreskjema

Takk for at du vil delta i denne undersøkelsen. Dine erfaringer er viktige for oss og bidrar til økt kunnskap om temaet.

Undersøkelsen består av både spørsmål med faste svaralternativer og spørsmål der du kan svare med egne ord. I de åpne spørsmålene ber vi deg, av hensyn til anonymitet, om å unngå opplysninger som kan gjøre deg selv eller andre gjenkjennelige.

BAKGRUNNSINFORMASJON

Hvilket år er du født?

☑ Er du født i Norge?

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei

≡ Hvilket land er du født i?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Nei» er valgt i spørsmålet «Er du født i Norge?»

Hvor mange år har du bodd i Norge?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Nei» er valgt i spørsmålet «Er du født i Norge?»

☑ Er foreldrene dine født i Norge?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Nei» er valgt i spørsmålet «Er du født i Norge?»

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja, begge
- ☐ Ja, den ene
- ☐ Nei, ingen av dem

☑ Hvor stor er kommunen du bor i?

Med kommune menes bostedskommunen din i dag. Du trenger ikke vite nøyaktig innbyggertall – velg det alternativet som passer best.

[Velg ett alternativ]

- ☐ Færre enn 5000

- ☐ 5 000–9 999
- ☐ 10 000–19 999
- ☐ 20 000–49 999
- ☐ 50 000–99 999
- ☐ 100 000–199 999
- ☐ 200 000 eller flere

☒ **Hva er omtrent din netto månedsinntekt (etter skatt)?**

Ta med pensjon, lønn og andre faste inntekter.

[Velg ett alternativ]

- ☐ 0–4999
- ☐ 5 000–9 999
- ☐ 10 000–19 999
- ☐ 20 000–29 999
- ☐ 30 000–39 999
- ☐ 40 000–49 999
- ☐ 50 000–59 999
- ☐ 60 000–79 999
- ☐ 80 000 eller mer
- ☐ Vil ikke svare

☒ **Har du i løpet av de siste 12 månedene hatt vansker med å dekke løpende utgifter til mat, husleie, regninger osv.?**

[Velg ett alternativ]

- ☐ Nei
- ☐ Ja, én gang
- ☐ Ja, flere ganger

☒ **Hva er din høyeste fullførte utdanning?**

[Velg ett alternativ]

- ☐ Grunnskole, folkeskole, realskole eller tilsvarende
- ☐ 2-årig videregående eller yrkesskole
- ☐ 3–4-årig videregående
- ☐ Folkehøgskole eller tilsvarende
- ☐ Universitet/høyskole under 3 år
- ☐ Universitet eller høyskole 3 år eller mer (for eksempel magistergrad, hovedfag, profesjonsutdanning eller tilsvarende)

SEKSUALITET

I denne delen av spørreundersøkelsen stiller vi spørsmål om din seksualitet.
Med seksualitet mener vi hvilket kjønn eller hvilke kjønn du tiltrekkes av romantisk og/eller seksuelt.

☒ Hvilket ord beskriver seksualiteten din best?

Velg alternativ som passer best for deg. Du kan velge ett eller flere alternativer.

[Velg ett eller flere alternativer]

- ☐ Homofil
- ☐ Lesbisk
- ☐ Bifil
- ☐ Panfil
- ☐ Heterofil
- ☐ Skeiv
- ☐ Aseksuell
- ☐ Annet
- ☐ Vet ikke

☞ Hvis du ønsker, kan du utdype her.

Hvor gammel var du omtrent da du ble klar over din seksualitet?

☞ Hvis du ønsker, kan du utdype her.

☑ Hvor gammel var du omtrent da du første gang fortalte noen om din seksualitet?

[Velg ett alternativ]

- ☐ Jeg har aldri fortalt det til noen
- ☐ Under 10 år
- ☐ 10-15 år
- ☐ 16-20 år
- ☐ 21-25 år

- ☐ 26-30 år
- ☐ 31-35 år
- ☐ 36-40 år
- ☐ 41-45 år
- ☐ 46-50 år
- ☐ 51-55 år
- ☐ 56-60 år
- ☐ 61-65 år
- ☐ 66-70 år
- ☐ 71-75 år
- ☐ 76-80 år
- ☐ 81-85 år
- ☐ 86-90 år
- ☐ Over 90 år

☰ I hvilken grad er du åpen om din seksualitet overfor ...

Sett ett kryss i hver rad som best beskriver din situasjon.

Venner

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ingen
- ☐ Noen
- ☐ De fleste
- ☐ Alle
- ☐ Ikke relevant for meg

Naboer

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ingen
- ☐ Noen
- ☐ De fleste
- ☐ Alle
- ☐ Ikke relevant for meg

Helsepersonell

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ingen
- ☐ Noen
- ☐ De fleste
- ☐ Alle
- ☐ Ikke relevant for meg

Opprinnelsesfamilie (foreldre, søsken eller andre du vokste opp med)

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ingen
- ☐ Noen
- ☐ De fleste
- ☐ Alle
- ☐ Ikke relevant for meg

Arbeidskolleger

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ingen
- ☐ Noen
- ☐ De fleste
- ☐ Alle
- ☐ Ikke relevant for meg

Partner(e)

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ingen
- ☐ Noen
- ☐ De fleste
- ☐ Alle
- ☐ Ikke relevant for meg

☑ Har du mistet kontakten med noen som sto deg nær i forbindelse med at du kom ut med din seksualitet?

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei

☑ Hvem har du mistet kontakt med?

Kryss av på alternativer som gjelder for deg.

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har du mistet kontakten med noen som sto deg nær i forbindelse med at du kom ut med din seksualitet?»

[Velg ett eller flere alternativer]

- ☐ Opprinnelsesfamilie
- ☐ Venner
- ☐ Kolleger
- ☐ Partner(e)
- ☐ Barn
- ☐ Andre

T Hvis du ønsker, kan du utdype her.

☒ **Tenk på eventuelle fremtidige behov for helse- og omsorgstjenester. Tror du at du vil kunne være åpen om din seksualitet overfor ansatte i helsetjenestene?**

Velg det alternativet som passer best for deg.

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Kanskje
- ☐ Vet ikke
- ☐ Ikke relevant

KJØNNSIDENTITET

Kjønnsidentitet er en persons egen opplevelse av å tilhøre et bestemt kjønn (eller flere).

Vi vet at det finnes mange ulike kjønnsidentiteter. I denne undersøkelsen bruker vi likevel noen få kategorier. Vi ber derfor om at du velger det alternativet som passer best for deg slik du ser det i dag: kvinne, mann, ikke-binær eller annet.

Med ikke-binær mener vi de av oss som ikke kjenner oss som kvinne eller mann.

Hvis ingen av alternativene passer, kan du beskrive din kjønnsidentitet under «Annet».

☒ **Hvilken/hvilke kjønnsidentiteter beskriver deg best?**

Velg alternativ som passer best for deg. Det er mulig å sette flere kryss.

[Velg ett eller flere alternativer]

- ☐ Kvinne
- ☐ Mann
- ☐ Ikke-binær
- ☐ Annet

T Er det noe ved hvordan du forstår eller beskriver din kjønnsidentitet som du ønsker å utdype?

I det følgende stiller vi spørsmål som er rettet mot transpersoner. Transperson er et samlebegrep

som vanligvis brukes om personer der kjønnsidentitet og/eller kjønnsuttrykk tidvis eller alltid skiller seg fra normen for det kjønn som ble registrert ved fødsel. Dette kan også inkludere å identifisere seg som ikke-binær.

✓ Er du eller har du vært transperson?

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei

Hvor gammel var du omtrent da du ble klar over din kjønnsidentitet?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Er du eller har du vært transperson?»

T= Hvis du ønsker, kan du utdype her.

✓ Hvor gammel var du da du første gang fortalte noen om din kjønnsidentitet?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Er du eller har du vært transperson?»

[Velg ett alternativ]

- ☐ Jeg har aldri fortalt det til noen
- ☐ Under 10 år
- ☐ 10–15 år
- ☐ 16–20 år
- ☐ 21–25 år
- ☐ 26–30 år
- ☐ 31–35 år
- ☐ 36–40 år
- ☐ 41–45 år
- ☐ 46–50 år
- ☐ 51–55 år
- ☐ 56–60 år
- ☐ 61–65 år
- ☐ 66–70 år
- ☐ 71–75 år
- ☐ 76–80 år
- ☐ 81–85 år
- ☐ 86–90 år
- ☐ Over 90 år

☰☰☰ I hvilken grad er du åpen om din kjønnsidentitet overfor ...

Sett ett kryss i hver rad som best beskriver din situasjon.

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Er du eller har du vært transperson?»

Venner

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ingen
- ☐ Noen
- ☐ De fleste
- ☐ Alle
- ☐ Ikke relevant for meg

Naboer

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ingen
- ☐ Noen
- ☐ De fleste
- ☐ Alle
- ☐ Ikke relevant for meg

Arbeidskolleger

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ingen
- ☐ Noen
- ☐ De fleste
- ☐ Alle
- ☐ Ikke relevant for meg

Helsepersonell

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ingen
- ☐ Noen
- ☐ De fleste
- ☐ Alle
- ☐ Ikke relevant for meg

Opprinnelsesfamilie

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ingen
- ☐ Noen
- ☐ De fleste
- ☐ Alle
- ☐ Ikke relevant for meg

Partner(e)

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ingen
- ☐ Noen
- ☐ De fleste
- ☐ Alle
- ☐ Ikke relevant for meg

☒ **Har du mistet kontakten med noen som sto deg nær i forbindelse med at du kom ut med din kjønnsidentitet?**

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei

☒ **Hvem har du mistet kontakt med?**

Kryss av på alternativene som passer best for deg.

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har du mistet kontakten med noen som sto deg nær i forbindelse med at du kom ut med din kjønnsidentitet?»

[Velg ett eller flere alternativer]

- ☐ Opprinnelsesfamilie
- ☐ Venner
- ☐ Kolleger
- ☐ Partner(e)
- ☐ Barn
- ☐ Andre

T= Hvis du ønsker, kan du utdype her.

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Andre» er valgt i spørsmålet «Hvem har du mistet kontakt med?»

☑ Tenk på eventuelle fremtidige behov for helse- og omsorgstjenester. Tror du at du vil kunne være åpen om din transidentitet overfor ansatte?

Velg det alternativet som passer best for deg.

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Er du eller har du vært transperson?»

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Kanskje
- ☐ Vet ikke
- ☐ Ikke relevant for meg

☑ Hva er ditt juridiske kjønn?

(Altså det kjønn du er registrert med i Folkeregisteret)

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Er du eller har du vært transperson?»

[Velg ett alternativ]

- ☐ Kvinne
- ☐ Mann

☑ Har du endret juridisk kjønn?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Er du eller har du vært transperson?»

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei

☑ Har du hatt kontakt med helsetjenester for transpersoner i Norge, for eksempel for å få hormonbehandling, kirurgi, hjelpemidler, hårfjerning eller annet?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Er du eller har du vært transperson?»

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei

☒ **Hvor gammel var du første gang du hadde kontakt med en helsetjeneste for transpersoner i Norge?**

Velg det alternativet som passer best for deg.

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Er du eller har du vært transperson?»

[Velg ett alternativ]

- ☐ Jeg har aldri hatt kontakt med helsetjenester for transpersoner
- ☐ Under 10 år
- ☐ 10–15 år
- ☐ 16–20 år
- ☐ 21–25 år
- ☐ 26–30 år
- ☐ 31–35 år
- ☐ 36–40 år
- ☐ 41–45 år
- ☐ 46–50 år
- ☐ 51–55 år
- ☐ 56–60 år
- ☐ 61–65 år
- ☐ 66–70 år
- ☐ 71–75 år
- ☐ 76–80 år
- ☐ 81–85 år
- ☐ 86–90 år
- ☐ 91–95 år
- ☐ 96–100 år

☒ **Dersom du har mottatt kjønnsbekreftende behandling, hvilken behandling har du fått?**

Det er mulig å sette flere kryss.

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Er du eller har du vært transperson?»

[Velg ett eller flere alternativer]

- ☐ Hormonbehandling
- ☐ Kjønnsbekreftende kirurgi
- ☐ Annet

☞ Hvis du ønsker, kan du utdype her.

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Annet» er valgt i spørsmålet «Dersom du har mottatt kjønnsbekreftende behandling, hvilken behandling har du fått?»

☑ Har du ønsket behandling eller annen hjelp fra helsetjenesten for transpersoner i Norge som du ikke har fått?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Er du eller har du vært transperson?»

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei

☞ Hvis du ønsker, kan du utdype her.

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har du ønsket behandling eller annen hjelp fra helsetjenesten for transpersoner i Norge som du ikke har fått?»

☑ Har du mottatt helsetjenester for transpersoner i utlandet?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Er du eller har du vært transperson?»

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei

INTERKJØNNERFARINGER

I denne delen av undersøkelsen stiller vi spørsmål om interkjønnerfaringer.

Med interkjønn mener vi en medfødt variasjon i kroppens kjønnskarakteristika, som ytre anatomi, hormoner eller genetikk, som ikke samsvarer med forventningene til en typisk kvinnelig eller typisk mannlig kropp.

Å ha en interkjønnvariasjon er ikke det samme som å være transperson.

☑ Har du en interkjønnvariasjon/variasjon i kjønnskarakteristika?

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke/vil ikke svare

Hvor gammel var du da dette ble oppdaget?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har du en interkjønnvariasjon/variasjon i kjønnskarakteristika?»

⌘ Hvis du ønsker, kan du utdype her.

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har du en interkjønnvariasjon/variasjon i kjønnskarakteristika?»

⌘ Hvilken interkjønn-variant har du?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har du en interkjønnvariasjon/variasjon i kjønnskarakteristika?»

☑ Har du gjennomgått kirurgi, hormonbehandling eller annen behandling relatert til din interkjønnstilstand.

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har du en interkjønnvariasjon/variasjon i kjønnskarakteristika?»

[Velg ett eller flere alternativer]

- ☐ Kirurgi
- ☐ Hormonbehandling
- ☐ Annet

⌘ Her kan du beskrive behandlingsform med egne ord dersom du ønsker det.

Dette elementet vises kun dersom minst ett av alternativene «Kirurgi», «Hormonbehandling» eller «Annet» er valgt i spørsmålet «Har du gjennomgått kirurgi, hormonbehandling eller annen behandling relatert til din interkjønnstilstand.»

≡ I hvilken grad er du åpen om din interkjønnerfaring overfor...

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har du en interkjønnvariasjon/variasjon i kjønnskarakteristika?»

Venner*[Velg ett alternativ]*

- ☐ Ingen
- ☐ Noen
- ☐ De fleste
- ☐ Alle
- ☐ Ikke relevant for meg

Naboer*[Velg ett alternativ]*

- ☐ Ingen
- ☐ Noen
- ☐ De fleste
- ☐ Alle
- ☐ Ikke relevant for meg

Arbeidskolleger*[Velg ett alternativ]*

- ☐ Ingen
- ☐ Noen
- ☐ De fleste
- ☐ Alle
- ☐ Ikke relevant for meg

Helsepersonell*[Velg ett alternativ]*

- ☐ Ingen
- ☐ Noen
- ☐ De fleste
- ☐ Alle
- ☐ Ikke relevant for meg

Opprinnelsesfamilie*[Velg ett alternativ]*

- ☐ Ingen
- ☐ Noen
- ☐ De fleste
- ☐ Alle
- ☐ Ikke relevant for meg

Partner(e)

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ingen
- ☐ Noen
- ☐ De fleste
- ☐ Alle
- ☐ Ikke relevant for meg

☒ Har du mistet kontakten med noen som sto deg nær i forbindelse med at du fortalte om din interkjønnerfaring?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har du en interkjønnvariasjon/variasjon i kjønnskarakteristika?»

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei

☒ Hvem har du mistet kontakt med?

Flere kryss er mulig.

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har du mistet kontakten med noen som sto deg nær i forbindelse med at du fortalte om din interkjønnerfaring?»

[Velg ett eller flere alternativer]

- ☐ Opprinnelsesfamilie
- ☐ Venner
- ☐ Kolleger
- ☐ Partner(e)
- ☐ Barn
- ☐ Andre

☒ Tenk på eventuelle fremtidige behov for helse- og omsorgstjenester: Tror du at du vil kunne være åpen om din interkjønnerfaring overfor ansatte?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har du en interkjønnvariasjon/variasjon i kjønnskarakteristika?»

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Kanskje
- ☐ Vet ikke
- ☐ Ikke relevant for meg

SOSIALE RELASJONER

☒ Er det noen (en eller flere) som kan hjelpe deg om du har praktiske problemer eller er syk? F.eks. få råd om noe, låne ting, hjelp til mathandling eller reparasjoner?

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja, alltid
- ☐ Ja, stort sett
- ☐ Nei, stort sett ikke
- ☐ Nei, aldri

☒ Hvem er det du regner med kan hjelpe deg?

Du kan krysse av flere alternativer.

[Velg ett eller flere alternativer]

- ☐ Partner
- ☐ Venner
- ☐ Opprinnelsesfamilie (foreldre, søsken eller andre du har vokst opp med)
- ☐ Eks-partner
- ☐ Egne barn
- ☐ Bekjente
- ☐ Andre

TE Hvis du ønsker, kan du utdype her.

☒ Har du personer i din nærhet som du regner med kommer til å gi deg pleie eller omsorg under en lengre periode dersom du skulle behøve det?

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

☒ Hvem regner du med kan gi deg pleie og omsorg under en lengre periode?

Flere alternativ kan krysses av.

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har du personer i din nærhet som du regner med kommer til å gi deg pleie eller omsorg under en lengre periode dersom du skulle behøve det?»

[Velg ett eller flere alternativer]

- ☐ Partner
- ☐ Venner
- ☐ Opprinnelsesfamilie (foreldre, søsken eller andre du har vokst opp med)
- ☐ Eks-partner
- ☐ Egne barn
- ☐ Bekjente
- ☐ Andre

☒ Hvis du ønsker, kan du utdype her.

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Andre» er valgt i spørsmålet «Hvem regner du med kan gi deg pleie og omsorg under en lengre periode?»

☒ Etter fylte 65, har du selv erfaring med å gi pleie eller omsorg til en nærstående?

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei

☒ Hvem gav du pleie og omsorg til?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Etter fylte 65, har du selv erfaring med å gi pleie eller omsorg til en nærstående?»

[Velg ett eller flere alternativer]

- ☐ Partner
- ☐ Venner
- ☐ Foreldre
- ☐ Søsken
- ☐ Egne barn
- ☐ Eks-partner
- ☐ Annen slekt
- ☐ Bekjente
- ☐ Andre

T Oppgi gjerne hvilken relasjon dere har og hva hjelpen har bestått i:

☒ **Hvordan holder du kontakt med dine sosiale relasjoner?**

Flere alternativ kan krysses av.

[Velg ett eller flere alternativer]

- ☐ Vi ringer hverandre
- ☐ Via digitale kanaler (f.eks. epost, meldinger, Facebook og annet)
- ☐ Vi møtes fysisk
- ☐ Brev
- ☐ Annet

T Hvis du ønsker, kan du utdype her.

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Annet» er valgt i spørsmålet «Hvordan holder du kontakt med dine sosiale relasjoner?»

☒ **Hvem bor du sammen med minst halve tiden?**

Flere alternativ kan krysses av.

[Velg ett eller flere alternativer]

- ☐ Ingen
- ☐ Ektefelle/samboer/e eller partner/e
- ☐ Andre voksne
- ☐ Barn
- ☐ Foreldre
- ☐ Søsken

☒ **Har du barn (biologiske, adopterte eller barn som du har en foreldrerolle til)?**

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei

Hvor mange?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har du barn (biologiske, adopterte eller barn som du har en foreldrerolle til)?»

☒ Har du barn som du er juridisk forelder til?

Juridiske foreldre er de som etter loven er registrert som barnets foreldre.

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har du barn (biologiske, adopterte eller barn som du har en foreldrerolle til)?»

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei

☒ Har du barnebarn (fra egne barn/bonusbarn eller partners barn)?

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei

☒ Har du et kjærlighetsforhold?

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja, med en person
- ☐ Ja, med flere personer
- ☐ Nei

☒ Hvilke alternativ beskriver forholdet eller forholdene dine best?

Det er mulig å sette flere kryss.

[Velg ett eller flere alternativer]

- ☐ Jeg er gift/og eller samboer
- ☐ Jeg har noen som jeg betrakter som min partner
- ☐ Jeg har et forhold
- ☐ Jeg treffer noen/deiter
- ☐ Annet

T Hvis du ønsker, kan du utdype hvordan relasjonen eller relasjonene er.

Ikke gi opplysninger som kan føre til at du eller andre kan bli identifisert.

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Annet» er valgt i spørsmålet «Hvilke alternativ beskriver forholdet eller forholdene dine best?»

⌵ Har du deltatt i en eller flere av følgende aktiviteter i de siste 12 månedene?

Kurs eller studiesirkel

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei

Foreningsmøte

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei

Kulturarrangement (f.eks. kino, teater, museum, boksirkel)

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei

Religiøs sammenkomst

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei

Sportsarrangement

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei

Offentlig tilstelning

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei

Fest eller feiring

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei

Skrevet innlegg, deltatt i diskusjoner eller spilt med andre på internett

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei

Arbeid/frivillig arbeid

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei

Pensjonist/seniorsammenheng

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei

Møtt andre for å finne en partner eller seksuell relasjon

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei

☞ Hvis du ønsker, kan du utdype her.

Det neste spørsmålet handler om mer faste tilknytninger til organisasjoner, foreninger eller grupper.

☐☐☐ Er du med i noen organisasjoner, foreninger eller grupper?**Skeiv organisasjon eller møteplass**

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei

Frivillig organisasjon (ikke skeiv)

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei

Religiøst trossamfunn

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei

Idrettslag

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei

Kultur- eller hobbyforening

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei

☞ Hvis du ønsker, kan du utdype her.

☑ Har du deltatt på lhbtqi-spesifikke aktiviteter eller vært del av et skeivt miljø?

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja, tidligere i livet
- ☐ Ja, i nåtid
- ☐ Ja, tidligere i livet og i nåtid
- ☐ Nei, aldri

☑ Hvilke lhbtqi-spesifikke aktiviteter eller skeive miljøer deltar du i?

Dette elementet vises kun dersom minst ett av alternativene «Ja, tidligere i livet», «Ja, i nåtid» eller «Ja, tidligere i livet og i nåtid» er valgt i spørsmålet «Har du deltatt på lhbtqi-spesifikke aktiviteter eller vært del av et skeivt miljø?»

[Velg ett eller flere alternativer]

- ☐ Pride
- ☐ Seniorettreff for lhbtqi-personer/skeive (f.eks. FRIs regnbuetreff 60+)
- ☐ Sosiale møtesteder for lhbtqi-personer (f.eks. rettet mot lhbtqi/skeive, transpersoner, lesbiske)
- ☐ Kulturarrangement med lhbtqi-tema
- ☐ Bar eller klubb
- ☐ Annet

☞ Hvis du ønsker, kan du utdype her.

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Annet» er valgt i spørsmålet «Hvilke lhbtqi-spesifikke aktiviteter eller skeive miljøer deltar du i?»

☒ Er det noen sosiale tilbud for 60+ skeive/lhbtqi-personer som du savner?

Du kan sette flere kryss,

[Velg ett eller flere alternativer]

- ☐ Et fast sosialt treff for skeive 60+ i nærheten av der jeg bor
- ☐ Faste digitale møter for skeive/lhbtqi-personer 60+
- ☐ Besøksvenn for skeive/lhbtqi-personer 60+
- ☐ Senior-pride/flere tilrettelagte arrangement for skeive/lhbtqi-personer 60+ under Pride
- ☐ Et seniomagasin for skeive/lhbtqi-personer 60+
- ☐ En podcast for skeive/lhbtqi-personer 60+
- ☐ Andre grupper eller tilbud for skeive/lhbtqi-personer 60+

☞ Er det andre tilbud for skeive/lhbtqi-personer 60+ som du skulle ønske fantes? Beskriv gjerne nedenfor:

☒ Kjenner du deg velkommen i lhbtqi/skeive sammenhenger?

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei

☞ Hvis du ønsker, kan du utdype her.

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Nei» er valgt i spørsmålet «Kjenner du deg velkommen i lhbtqi/skeive sammenhenger?»

☒ Skulle du ønske at du deltok mer i miljøer for skeive/lhbtqi-personer?

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

☰ Møter du skeive/lhbtqi-personer via digitale kanaler?

Jeg har kontakt med venner

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei

Jeg møter andre for å finne en partner eller en seksuell relasjon

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei

Jeg er medlem i lhbtqi-grupper eller deltar i diskusjoner

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei

☒ **Hvor ofte har du kontakt med venner, naboer eller familie som ikke bor sammen med deg? (dvs. fysiske møter og/eller kontakt via digitale kanaler)**

[Velg ett alternativ]

- ☐ Daglig
- ☐ Én gang i uken
- ☐ Flere ganger i uken
- ☐ Én gang i måneden
- ☐ 2-3 ganger i måneden
- ☐ Sjeldnere
- ☐ Aldri

☒ **Hvor mange av dine nære venner er åpne lhbtqi-personer?**

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ingen
- ☐ 1-2
- ☐ 3-5
- ☐ 6-10
- ☐ Flere enn 10

☒ **Har du opplevd å miste venner eller sosial kontakt på grunn av din seksuelle orientering, kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk?**

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Usikker

☰ Er det noe du vil legge til med egne ord i delen om sosiale relasjoner kan du utdype her.

HELSE OG OMSORG

I denne delen stiller vi deg spørsmål om din helse og bruk av omsorgstjenester.

☒ **Hvordan vurderer du din generelle helsetilstand?**

[Velg ett alternativ]

- ☐ Svært god
- ☐ God
- ☐ Verken god eller dårlig
- ☐ Dårlig
- ☐ Svært dårlig

☒ **Har du noen langvarig sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse som påvirker hverdagen din?**

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei

☰ Hvis du ønsker, kan du utdype her.

Du må ikke oppgi diagnosekode eller annen informasjon som kan identifisere deg direkte.

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har du noen langvarig sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse som påvirker hverdagen din?»

☒ **Har du i løpet av de siste 12 månedene hatt psykiske plager som har påvirket hverdagen din?**

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei

☒ **Har du i løpet av de siste 12 månedene opplevd diskriminering eller dårlig behandling i møte med helse- og omsorgstjenester på grunn av din seksuelle orientering, kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk?**

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Usikker

☒ **Bruker du noen form for hjemmebaserte tjenester nå?**

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei

☒ **Har du i løpet av de siste 12 månedene hatt behov for, men ikke mottatt, helse- eller omsorgstjenester?**

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei

☒ **Hva slags helsetjeneste manglet du?**

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har du i løpet av de siste 12 månedene hatt behov for, men ikke mottatt, helse- eller omsorgstjenester?»

[Velg ett eller flere alternativer]

- ☐ Lege
- ☐ Spesialisthelsetjeneste
- ☐ Psykolog eller annen psykisk helsehjelp
- ☐ Hjemmesykepleie
- ☐ Praktisk bistand/hjemmetjenester
- ☐ Annet

T Hvis du ønsker, kan du utdype her.

☑ Hvordan vurderer du din fysiske funksjon i hverdagen?

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ingen vansker
- ☐ Noen vansker
- ☐ Store vansker

☑ Hvordan vurderer du din psykiske helse i hverdagen?

[Velg ett alternativ]

- ☐ Svært god
- ☐ God
- ☐ Verken god eller dårlig
- ☐ Dårlig
- ☐ Svært dårlig

☑ Tror du at du i fremtiden vil trenge helsehjelp eller omsorgstjenester (for eksempel praktisk assistanse, hjemmehjelp, sykehjem)?

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Usikker

☑ I hvilken grad har du tillit til at helse- og omsorgstjenesten vil møte deg med respekt for din seksuelle orientering, kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk?

Velg det alternativet som passer best for deg.

[Velg ett alternativ]

- ☐ Full tillit
- ☐ Ganske stor tillit
- ☐ Ganske liten tillit
- ☐ Ingen tillit
- ☐ Vet ikke

T Er det noe du ønsker at helse- og omsorgstjenestene skal vite om deg for å kunne gi deg best mulig hjelp? Hvis du ønsker, kan du utdype her.

DISKRIMINERING OG TRYGGHET

≡ Har du noen gang i løpet av livet følt deg krenket eller diskriminert på grunn av følgende:

Kjønnsidentitet

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja, ofte
- ☐ Ja, av og til
- ☐ Ja, ved ett tilfelle
- ☐ Nei
- ☐ Ikke relevant

Seksualitet

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja, ofte
- ☐ Ja, av og til
- ☐ Ja, ved ett tilfelle
- ☐ Nei
- ☐ Ikke relevant

Hudfarge, etnisk tilhørighet eller urfolkstilhørighet

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja, ofte
- ☐ Ja, av og til
- ☐ Ja, ved ett tilfelle
- ☐ Nei
- ☐ Ikke relevant

Religion eller livssyn

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja, ofte
- ☐ Ja, av og til
- ☐ Ja, ved ett tilfelle
- ☐ Nei
- ☐ Ikke relevant

Funksjonsnedsettelse

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja, ofte
- ☐ Ja, av og til
- ☐ Ja, ved ett tilfelle
- ☐ Nei
- ☐ Ikke relevant

Alder

[Velg ett alternativ]

- ☐ Ja, ofte
- ☐ Ja, av og til
- ☐ Ja, ved ett tilfelle
- ☐ Nei
- ☐ Ikke relevant

☒ **Har du etter fylte 65 år følt deg krenket eller diskriminert på grunn av din kjønnsidentitet og/eller seksualitet?**

[Velg ett alternativ]

- ☐ Nei
- ☐ Ja, én gang
- ☐ Ja, flere ganger

☒ **Har du, etter fylte 65 år, latt være å gjøre noe fordi du var redd for å bli dårlig behandlet eller diskriminert på grunn av seksualitet og/eller kjønnsidentitet?**

[Velg ett alternativ]

- ☐ Nei
- ☐ Ja
- ☐ Vil ikke svare/vet ikke

T **Hva var det du lot være å gjøre? Hvis du ønsker, kan du utdype her.**

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har du, etter fylte 65 år, latt være å gjøre noe fordi du var redd for å bli dårlig behandlet eller diskriminert på grunn av seksualitet og/eller kjønnsidentitet?»

T Er det noe du vil legge til i denne delen om diskriminering og trygghet? Hvis du ønsker, kan du utdype her.

☒ **Hvordan fikk du vite om denne undersøkelsen?**

[Velg ett eller flere alternativer]

- ☐ Noen tipset meg om den
- ☐ Via sosiale medier
- ☐ Jeg leste om den på FRI sin nettside

T Hvis ingen av alternativene passet, kan du skrive mer her:

Eldre skeives liv, helse og tilhørighet

Hvordan er det å bli eldre som skeiv i Norge? Denne rapporten belyser levekår, sosiale relasjoner, helse og minoritetserfaringer blant eldre LHBT+-personer. Den retter særlig oppmerksomhet mot forhold som ofte mangler i generelle undersøkelser om aldring: åpenhet om seksuell orientering og kjønnsidentitet, tilhørighet til skeive miljøer, erfaringer med diskriminering, tap av relasjoner og møter med helse- og omsorgstjenestene.

Eldre skeive er en sammensatt gruppe med ulike livsløp, identiteter, relasjoner og ressurser. Mange har levd deler av livet i en tid med færre rettigheter, svakere vern mot diskriminering og større skam knyttet til seksualitet og kjønnsidentitet. Slike erfaringer kan få betydning når helse, nettverk og behov for støtte endrer seg i eldre år.

Rapporten bygger på en spørreundersøkelse gjennomført som del av prosjektet "En verdig alderdom – også for skeive". Studien gir ny kunnskap om blant annet nære relasjoner og sosial støtte, deltakelse og fellesskap, fysisk og psykisk helse, samt tillit til og erfaringer med helse- og omsorgstjenester. Den undersøker også forskjeller mellom ulike grupper, med særlig oppmerksomhet på erfaringene til transpersoner og personer med ikke-binær eller annen kjønnsidentitet.

Rapporten er utarbeidet av Janne Bromseth og Mona Helene Stokke ved Østlandsforskning, Universitetet i Innlandet, på oppdrag fra FRI og med finansiering fra Bufdirs LHBT+-tilskudd.