

Livshistoriens betydning

*Det betyr mye å få fortelle,
for da føler jeg at jeg lever.*

Rigmor

Livshistoriearbeid kan i alderdommen bidra til økt velvære eller tilfredshet med livet en lever på tross av helseplager (Lan et al., 2018; Lai et al., 2018). **Rigmor** er en av deltakerne som virket svært glad over å få fortelle sin historie til en annen. Det å skrive ned sin historie kan ha en terapeutisk effekt ved bekreftelse av en selv og ens egenverd, og i studien til Wills og Day (2008) beskrev en deltaker det slik: «I feel that I have generally lived a rich life alternating between quiet desperation and high level frolicking. As I look back on my life I feel much fulfilled». Om livshistorien deles i samtale, skriftlig eller begge deler kan variere, men det som er av stor betydning er selve muligheten til å fortelle, slik som Ådlandsvik har erfart i sitt arbeid i en norsk kontekst (referert i de Medeiros, 2013, s. 145, egen oversettelse):

*Historier må deles. Vi lever alene, vi dør alene, og vi skriver alene.
Men en reise som ikke deles er en dårligere reise. ... Å bli «sett» og
«hørt» av andre definerer ens identitet. Prosessen slutter ikke ved*

en viss alder. Noe blir lagt til livet mitt hvis noen, med et åpent sinn, lytter til historien min.

I denne boken kommer det frem flere eksempler på at deltakerne setter pris på å få fortelle sin livshistorie. En av dem som snakket som en foss under intervjuet var **Fredrikke**. Lattermild og med glede i stemmen ytret hun: «Å, eg har så mykje eg skulle fortalt!». Det at noen tar seg tid og lytter til historien deres om et langt liv, er noe deltakerne tydelig setter pris på. De er også generelt fornøyd med livet; de viser stor grad av takknemlighet og livsglede. Westergård (2021) påpeker at om historiene er sanne eller ikke, det er ikke det viktigste. Det som er viktig er fortellingen i seg selv og hva den betyr for den eldre, der både stolthet, glede, tristhet eller kanskje sinne kommer frem. Livshistorien sin styrke ligger i at den gir oss innblikk i hva som betyr noe for et annet menneske; hva personen synes er viktig, hva som er vondt eller godt, og moralske oppfatninger om rett og galt. Fortellinger gjør noe med oss. De kan skape engasjement, fremkalle undring og få oss til å stoppe opp, eller vi kan nikke anerkjennende og kjenne gjenklang i egne erfaringer (Thorsen, 2012). I egen forskning har jeg vektlagt menneskets åndelighet fordi fortellinger ofte handler om det som virkelig betyr noe i våre liv, og det å oppleve gjensidig kjærighet og omsorg (Rykkje et al., 2011; Rykkje, 2018). I livshistoriene kastes lys over hva som har preget de eldre som er intervjuet, noe som kan gi oss en større forståelse for hvorfor de tenker slik de gjør inn i alderdommen og nåtiden.

Jeg vil nå omtale noen helsefremmende ressurser, livsmot og tilfredshet i livet. Derfra vil jeg gi et blikk på betydningen av åndelighet, ensomhet og livssyn i nåtiden – når man er *gammel* og innser at fremtiden blir kort. Videre ser jeg på bruk av livshistorier i utdanning og praksis i helsevesenet, samt noen utfordringer ved bruk av livshistorier. Avslutningsvis presenteres noen betraktninger rundt omsorgstjenester og betydningen av å kjenne til eldre menneskers livserfaringer.

Helseressurser, livsmot og tilfredshet med livet

Narrativer er sentrale for å forstå pasientens egen oppfattelse av sin helsesituasjon. Det er utilstrekkelig å vurdere helse basert kun på biologiske termer (Edwards, 2001). Når det gjelder helsebegrepet, er det i dag anerkjennelse for ulike måter å forstå dets innhold. Sosiale faktorer kan påvirke individets oppfatning av egen helse, uhelse og sykdom. Såkalte helsedeterminanter preges av livsstil, levekår, arbeid, nettverk, fellesskap og individuelle fysiologiske faktorer, inkludert arv og miljø (Øversveen & Rydland, 2021). Helse er en naturlig tilstand hos mennesket, men livets ulike hendelser, slik som sykdom, smerte og lidelse, kan medføre uhelse (Eriksson, 1984/2018, 1984). Helse er derfor ikke et objektivt fravær av sykdom og lidelse, men en subjektiv opplevelse av friskhet, velvære og at tilværelsen er meningsfull. Et sykdomstilfelle kan påvirke ens liv ulikt avhengig av faktorer både ved livsvilkårene og individet selv. Særlig ser vi i intervjuene at deltakerne forteller om gode liv på tross av ulike helseplager, fattigdom og strevsomme oppvekstvilkår. I Norge har vi opplevd bedre levekår utover 1900-tallet. Fra å være et fattig land har vi blitt en rik oljenasjon. Den nasjonale oppbygningen av velferdsstaten og satsing på bedring av folkehelsen har blitt understøttet gjennom lover og regler, velferdsordninger, bedret ernæring, gode sanitærforhold og hygiene, samt satsing på folkeopplysning og utdanning (Nordhagen et al., 2014).

Fra oppvekst og barndom ser vi at deltakerne særlig vektlegger samholdet i samfunnet, spesielt under krigen. Det var nødvendig og vanlig å hjelpe storfamilien økonomisk og dele på det man hadde. Slik lærte de verdien av medmenneskelighet og den sikkerheten som ligger i vissheten om at en selv vil få hjelp om det blir nødvendig. Deltakerne opplevde trange levekår, men også takknemlighet og forbundethet med samfunnet som del av et større fellesskap (Rykkje, 2016; Rykkje et al., 2011). Videre var det vanlig å leve i bondesamfunn og livnære seg av primærnæringene. Deltakerne opplevde en oppvekst med nærhet til dyr og forbundethet til naturen, som en helseressurs (Eriksson, 1984/2018). Mange deltakere forteller om familieliv preget av at de bodde tett, og barna måtte hjelpe til hjemme. De opplevde mestring gjennom opptrening av ferdigheter (Skodvin, 2023). De forteller om tilhørighet til andre mennesker på tvers av generasjoner. Det var alltid noen voksne til stede, og det var også tydelig at de brydde seg om hverandre i gjensidig kjærlighet. Kjærlighet

er en kilde til styrke i forbundethet med andre og bidrar til helhet og helse, forstått som indre harmoni (Gadamer, 1996; Rykkje et al., 2015).

En kritikk av dagens samfunn er at det mangler oppmerksomhet på barns åndelighet og deres utvikling i væren og det å bli et menneske (Sagberg, 2008). Det er særlig gjennom den frie leken at barn kan erfare å være del av noe større enn seg selv i forbundethet med naturen og en høyere makt (Amundsen, 2021; Rykkje et al., 2011). Livssyn og tro på en høyere makt kommer jeg tilbake til. Barns lek knyttes også til opplevelse av vitalitet, livsglede og livsmot (Pahuus, 2019). Deltakerne forteller med begeistring om en barndom som gav grobunn for livslange vennskap, og der de fikk stor grad av frihet til selv å utfolde seg uten voksnes innblanding. Leken er helsefremmende når den bidrar til nysgjerrighet, kreativitet og gir rom for undring og fortolkning av eget liv (Glaser, 2021; Jørgensen & Sele, 2024). Både lek, skole, familie og arbeid bidro til egenutvikling, selvstendighet og selvforståelse; disse helseressursene tok deltakerne med seg videre i livet.

Helse handler om helhet. I menneskets åndelighet er det sentralt å oppleve ro og fred, slik at man kan kjenne forbundethet til sitt indre rom (Rykkje et al., 2011). Åndelighet og indre ro kan styrke unges evne til å håndtere sine livsutfordringer (Borges et al., 2021). Selv om definisjoner av helse og helsestatus i offentlig sammenheng ikke anerkjenner menneskets åndelige dimensjon, har forskere lenge ansett åndelighet som grunnleggende og viktig for ungdom. En større flernasjonale studie viser at unge vurderer forbundethet med andre, naturen og det transcendent som betydningsfullt, men at det er forbundethet til seg selv som er viktigst. Dette innebærer å oppleve mening, hensikt og glede i livet, noe som påvirkes av kontekst og kultur, relasjoner, natur og det transcendent, og er grunnleggende for deres mentale helse (Michaelson et al., 2023).

Det å finne en plattform og forstå hvem en er, ens verdier og hva en ønsker i livet, er del av oppveksten og ungdomstiden. Det er flere deltakere som i sine tilbakeblikk påpeker gleden ved å hjelpe til hjemme, og at hardt arbeid antagelig ikke har vært til skade. Det er også flere som formidler at deres liv har hatt både oppturer og nedture. Gjennom å møte motgang og lidelse i livet kan mennesket vokse (Eriksson, 1997). **Borghild** omtaler «kunsten å gå videre» i livet. Hun tenker evnen til å stå på kanskje er medfødt, men hun nyanserer synspunktet: «Det har vel laget seg sånn fint for meg, jeg får heller si det, at det har ordnet seg etter hvert». Deltakernes refleksjoner viser at deres oppvekst og

livsinnstilling har gitt styrke i møte med livets utfordringer. Dette kan også ses på som resiliens eller motstandskraft. Resiliens er ikke et personlighetstrekk (MacLeod et al., 2016), men en prosess der man kan bedre sin motstandskraft gjennom livet.

Maral et al. (2024) hevder at barn som har positive erfaringer, som engasjement i fritidsaktiviteter, frivillig arbeid i samfunnet, læring av ferdigheter, trygge familier og nabolag, samt støttende omsorgspersoner, har større sjanser for å blomstre i livet. Gode barndomsopplevelser er buffere mot stress og fremmer helse og utvikling. I dagens samfunn påpekes det at unge opplever stress og mental uhelse (Haidt, 2024). Kanskje ligger noe av forklaringen på helseproblemene i at sykdomsfokus individualiserer problemer som egentlig handler om sosiale forhold i samfunnet (Markussen & Røed, 2020). Hva som oppfattes som stress er subjektivt og preges av verdier, sosiale roller og tidligere erfaringer. Derfor må vi se på hvordan unge prioriterer i livet, fordi samme mengde krav og forventninger er uproblematisk for noen og en helserisiko for andre (Bakken et al., 2018).

Ut fra deltakernes fortellinger ser vi at de har verdier basert på fellesskap fra sin barndom. De har også opplevd at sykdom, og til og med død, er en naturlig del av livet, og at det er mulig å gå videre. Dermed ser de ut til i stor grad å ha tilpasset seg de forventningene som ble stilt. De har hatt større aksept for at motgang og lidelse er en del av livet, og har slik ikke blitt rammet av opplevelse av stress på samme måte som dagens unge. De hadde også større nettverk av familie og venner de kunne støtte seg til, og var vant til at man gjensidig hjalp hverandre når det var nødvendig. Å både gi og motta hjelp ble ikke ansett som stigmatiserende, i motsetning til hva det ofte er i nåtiden. Ved å vektlegge helseressurser man har tilgjengelig gjennom egen fysisk arbeidsevne, sosiale relasjoner og mentale kapasiteter, har deltakerne vært rustet til å håndtere datidens krav til å forsørge seg selv.

Synet på barndom og oppdragelse har endret seg i takt med økt velstand og modernitet. I etterkrigstiden gis enkeltmennesket og kunnskap større betydning. Det er en tilsvarende reduksjon i tradisjonelle livsvilkår basert på familietilhørighet, hierarki og sosiale institusjoner som kirken (Nilsen, 2021). Deltakerne vokste opp med en kristen kulturarv i skole og samfunn, konkretisert ved fortellinger knyttet til pugging av salmevers, søndagsskole og konfirmasjon. Siden holdninger fra ungdomsårene følger en videre i livet (Pedersen & Ødegård, 2021), er det naturlig at kristne verdier blir vektlagt

i flere deltakeres fortellinger. Konfirmasjonen har markert en overgang til voksen alder. Denne overgangen er en prosess som reflekterer ungdommens tidlige opplevelser og som former det senere liv (Shanahan, 2000). Fra fortellingene ses det at utdanning og individuelle valg ble vektlagt. Velferdsgoder og generell velstandsutvikling gjorde etter hvert deltakerne mer uavhengige og ga flere valgmuligheter i voksenlivet.

Å ha motstandskraft tenker jeg handler både om å bruke ressurser en har, og å ha en innstilling til livet der en tar imot de mulighetene en får. I historiene fra voksenlivet er det tydelig at det har vært en brytningstid der kvinnene, i større grad enn generasjoner før dem, har kunnet forme sin identitet selv og der mødre kunne være i jobb. Likevel kommer det frem i fortellingene at ansvar for hjem og barn falt på kvinnene (Melby, 2022; Bjerrum Nielsen & Rudberg, 2006). Å være husmor var imidlertid for mange den eneste muligheten, og det var dessuten et ganske krevende arbeid til tider. Uavhengig av om en var hjemmeværende eller i jobb, er det en stolthet hos deltakerne knyttet til arbeid som en dyd, og som meningsbærende og helsefremmende i livet (Ratchford et al., 2023; Romney et al., 2024; VanderWeele, 2017).

Valg i livet kan påvirkes av den enkelte selv, men er begrenset av individuelle, familiære, kulturelle og sosiale forhold i samfunnet. Slik sett speiler livsreisene deltakernes historiske samtid (Elder, 1998). Det er et mangfold av formeninger om hva som var riktige valg når det gjelder jobb, pass av barn, samliv og håndtering av helseutfordringer hos seg selv og hos familiemedlemmer. Betydningen av livsmot stiger særlig frem i beretningene om møter med sykdom og dødsfall, der åndelige helseressurser som indre kraft, gode relasjoner og ytre støtte har hindret motløshet. Pahuus (2019) peker på at i voksnes liv er makt, mulighet, vitalitet, mot og mening kilder til livsmot. Også det å oppnå mål i livet, selvhengivelse og livsglede forbindes med livsmot, og Pahuus viser til at vi kan påvirkes av og hente livsmot i naturen. Dette er i tråd med Haidt (2024), som finner at ærefrykt for naturen er en glemt helseressurs i vestlige sekulære samfunn. Historiene til deltakerne viser til det vakre landskapet, barndomsleken, dyr og planter, fjellturer og friluftaktiviteter. Dette er eksempler på at nærhet til naturen har vært en helseressurs de har hatt stor glede av.

I et livsløp er det vanlig å erfare livsavgjørende åndelige hendelser, der livsmotet også er sentralt. Det kommer frem at sykdom, tap og lidelse, men også skilsmisse eller fødsel, var avgjørende hendelser i livet som medvirket til å se på livet med nye øyne eller gjøre forandringer (Rykkje et al., 2011).

I historiene finner vi at deltakerne gjør valg som å flytte, endre jobb, skille seg eller påta seg store omsorgsoppgaver. De valgene som tas, har nettopp krevd at deltakerne hadde mot til å leve livet i tråd med egne ønsker, men de har også hatt mot til å stå på og møte det livet har krevd av dem. I den grad deltakerne har angret på noe, er det manglende utdanning, men de fleste har imidlertid akseptert hvordan livet ble. De som har barn, beskriver foreldrerollen og familielivet som noe av det mest meningsfulle i livet. Generelt virker deltakerne også opptatt av ekteskapet som en viktig verdi og kilde til mening i livet, og gode samliv har vært en helseressurs og kilde til lykke og tilfredshet (VanderWeele, 2017). Forbundethet med andre (Rykkje et al., 2011), representert ved gode relasjoner og samhold, er sentralt og stiger frem som noe av det viktigste i deltakernes liv, også hos dem som ikke fikk familie eller egne barn. Historiene rommer også fremtidsoptimisme og blick på velstandsutviklingen i samfunnet. Det ses fortellinger om økonomisk romslighet, samt tid og mulighet for fritidsaktiviteter, ferier og reiser. I tilbakeblikkene er det overbevisende beskrivelser der deltakerne er tilfredse og sier de har hatt et «godt liv».

Eldre mennesker ser ofte livet som en sammenhengende helhet. De har en tendens til å fokusere på det positive og være tilfredse med sine livserfaringer (Verstaen et al., 2020; van Rhyn et al., 2022). Å finne *fulfillment* eller oppfyllelse i livet er en blanding av individuelle og sosiale erfaringer. Det å oppleve utvikling og ha meningsfulle interesser, samt oppleve tilknytning til andre, er viktig (Cordella & Poiani, 2021). Historier gir eldre personer mulighet til å konstruere og opprettholde en meningsfull identitet. De gir også mulighet til å balansere motsetninger og vise både sårbarhet og styrker (Voie et al., 2024a).

Et fellestrekk i livshistoriene handler om takknemligheten de har med seg fra barndommen. Herfra har deres evne til omsorg for andre og nestekjærlighet vokst frem. Gjennom livet oppstår større og mindre utfordringer, og særlig alvorlig sykdom kan føre til oppmerksomhet på det som er viktige verdier i livet, slik som fellesskap og ansvar, kjærlighet og takknemlighet (Sand et al., 2010). Omsorgen de selv fikk som barn og ungdom, har deltakerne forsøkt å videreføre i sine egne familier. Ved å formidle sin takk med glede og ikke som en forventning, har opplevelser av godhet gitt næring til sterke relasjonelle bånd. Deltakerne ytrer takknemlighet for at de selv og barna har fått være friske (Voie et al., 2024b), fordi de vet at det ikke kan tas for gitt. Det er tydelig at kontakten mellom generasjonene og gode relasjoner bidrar til

helse, glede og opplevelse av mening i dagliglivet (Can Oz et al., 2022; Rykkje et al., 2023). Takknemlighet ses også i utsagn om å ta imot hjelp, i glede over å kunne stå opp hver dag og å klare seg selv så langt som mulig. Dette ses i **Ingrid** sin holdning til alderdommen: «Hver dag når du våkner så, så har du en ny mulighet». Deltakerne ytrer takknemlighet over et langt og rikt liv, og finner mening i alt som har vært og dagen i dag (Dale et al., 2012; Olaison et al., 2022; Ness et al., 2014a). Denne evnen til å være takknemlig og at de ikke tar ting som en selvfølge, bidrar til gode følelser, sterke mellommenneskelige relasjoner og tilfredshet med livet (Loi & Ng, 2021).

Videre ses det i historiene både lidelse og tap forbundet med dødsfall i familien, og mange har mistet sin ektefelle. Selv om tapene har gitt fortvilelse og sorg, ser det ut til at deltakerne har forsonet seg med lidelsen som en del av livet. Ved å bruke egne helseressurser kan opplevelsen av lidelsen endres, og god helse innebærer at den enkelte selv ser mening og håp i egen livssituasjon (Eriksson, 1984/2018). I deltakernes livslyst ses en kraft til å oppnå forsoning med ens levde liv. Deltakerne evner å leve i nuet, sette pris på daglige vaner og rutiner, og de ønsker å bli sett og motta kjærighet og omtanke (Koskinen et al., 2021). Livshistoriene viser til erfaringer gjennom livet som har gitt dem kraft og livsmot. De har stor grad av takknemlighet og aksept overfor både seg selv og andre, og virker tilfredse med livet som en helhet.

Åndelighet, ensomhet og livssynets betydning

I sykepleie har vi tradisjon for å se på mennesket som et åndelig vesen (McCormack et al., 2023). Internasjonal forskning viser at åndelig helse er assosiert med helsefremmende faktorer og fremmer utvikling og velvære, emosjonell ro, generativitet og miljøbevissthet (Maral et al., 2024). I vårt sekulære land er ordet åndelighet forbundet med religion. Derfor er åndelighet, særlig hos barn, et ikke-artikulert område. Ved folkeskoleloven av 1889 ble kirkens innflytelse i skolen svekket, og allmenndannelse ble sentralt. Likevel ble kristendomsundervisningen beholdt (Urstad, 2010). Kristen innflytelse i skolen har vært omstridt i norsk politikk frem til vår tid. I dag heter faget

KRLE; det handler om ulike verdensreligioner, livssyn, etikk og filosofi, samt kjennskap til kristen kulturarv (Opplæringslova, 1998).

Det skolen mangler, er inkludering av åndelighet som en forståelse for hva det betyr å være menneske. Dette er noe barn kan utforske gjennom undring og stillhet, med en varhet for det som er hellig (Sagberg, 2008; Michaelson et al., 2023). Andre faktorer av betydning er den økte voksenstyrte aktiviteten i barns liv, og at digitale medier har endret våre liv. I tråd med et helhetlig perspektiv på helse ser jeg at Haidt (2024) peker på at mennesket søker mening og kontakt med noe større enn seg selv. Dette mistes når teknologien ikke gir rom for barns frie lek i sosiale fellesskap, kreativitet og åndelige opplevelser. I vestlige land forblir menneskets åndelighet ofte taust.

Min erfaring som forsker på området er at det mangler et språk for det åndelige som ikke assosieres med kristendom, andre religioner eller nyreligiøsitet. Jeg savner ord som kan beskrive hvordan vi mennesker oppfatter åndelige erfaringer i dagliglivet, noe jeg har hatt som tilnærming i forskningen om åndelig omsorg til eldre (Rykkje, 2016). En ytterligere utfordring er at dagens unge som starter i høyere utdanning, mangler et språk for det åndelige. De har heller ikke i sin oppvekst utviklet sitt eget livssyn på samme måte som deltakerne i denne boken forteller om. From (2023) viser til at yngre generasjoner nordmenn oppfatter det som naturlig og vanlig å ikke ha et forhold til religion eller livssyn. Ved å beskrive åndelige ressurser i et historisk lys, kan denne boken åpne opp for en utvidet forståelse av begrepet åndelighet i en norsk kontekst og forståelse på tvers av generasjoner.

Åndelighet kan betraktes som en reise gjennom livet der vi søker etter mening og hensikt med våre livserfaringer (Rykkje et al., 2011). I et helhetlig perspektiv er det viktig å ivareta både kropp, sjel og ånd. Van Rhyn et al. (2022) finner at eldre selv beskriver deres åndelighet som en rik indre verden av undring og nysgjerrighet. De har en tilbøyelighet til å ha godt humør og finner skjønnhet og glede i livet og naturen. De ønsker også å utforske og uttrykke sin kreativitet og livskraft.

Denne boken har søkelyset på åndelige helseressurser gjennom livsløpet. Åndelighet handler om både forbundethet til sitt indre, og dermed håp og mening, men også forbundethet med noe eller noen utover seg selv, slik som andre mennesker og samfunnet, naturen og en høyere makt. Det er en stor utfordring at åndelighet i det norske språket forstås ulikt det internasjonale *spirituality*. Siden åndelighet tradisjonelt var knyttet til kristendom, er det viktig

å forstå dette i en norsk kontekst. Utfordringen i et historisk lys er utviklingen av en individualistisk, privatisert religionsutøvelse der den enkelte ikke deltar i kirkelige aktiviteter, samt en form for subjektiv åndelighet som delvis har sitt fundament i kristendom, men som også er frakoblet kristen lære (Sagberg, 2008).

Synkende tilknytning til kirken og andre trossamfunn bidrar til sekularisering. Men vi må også forholde oss til at yngre er mer individualistiske og liberale i sin religionsutøvelse enn det vi ser hos de eldste eldre (Iversen, 2023; Urstad, 2010). Det har vært store endringer i Norge med skille av stat og kirke. Egen forskning viser at hos mange eldre er de kristne verdiene de lærte i barndommen og i skolen fortsatt betydningsfulle i alderdommen. For eksempel ved at man vektlegger sin «barnetro» (Rykkje et al., 2013). Det er i tråd med annen forskning som viser at elementer fra kristen tro og praksiser, men også den subjektive åndeligheten, øker med alderen (Sagberg, 2008).

Internasjonal forskning tyder på at åndelighet og religion er assosiert med bedre mental helse hos eldre personer (Coelho-Júnior et al., 2022), og lignende funn ses i Norge (Nygaard et al., 2022). I en populasjonsstudie i det svært sekulære Danmark (Stripp et al., 2023) svarte mange at de hadde eksistensielle behov (søken etter mening og hensikt med livet), behov for generativitet (dele personlige erfaringer med og oppmuntre andre), og behov for å søke stillhet og indre fred. Dessuten oppgav en av fem religiøse behov, som det å be for seg selv eller andre og ritualer. Tomkins (2023) mener dette utfordrer synet på at «troen er død» i den moderne verden. Åndelige ressurser er en støtte for pasienter som møter sykdom eller forestående død, og helsevesenet bør inkludere oppmerksomhet på religiøse behov hvis de er til stede.

Å bli gammel kan i stereotype former knyttes til skrøpelighet, tap og ulykkelighet. Som nevnt i første kapittel, er alderisme (Lunde, 2017) og negative oppfatninger om eldre utbredt. Eloranta et al. (2012) finner imidlertid at eldre, til tross for tap og følelsen av å ikke lenger være til nytte, ofte er tilfredse og fornøyde med livet. I livshistoriene finner jeg at deltakerne ofte beskriver gode dagligliv der de lever selvstendig eller med litt hjelp fra andre, og majoriteten uttrykker tilfredshet med livssituasjonen. Et eksempel er **Liv** som sier: «Får ein vera frisk så er det fint å vera gammal, veldig fint». Det er store ulikheter i Eldres helse og funksjon i Norge, men tendensen er at også de eldste eldre fungerer godt i dagliglivet (Strand et al., 2023). Mine funn er samsvarende med øvrig forskning på feltet, der den gode alderdommen innebærer tilpassingsevne til situasjonen. Det å akseptere funksjonstap og at en kan trenge

hjelp er selvsagt en prosess, men som beskrevet i kapittel 4 ser deltakerne ut til å finne styrke i sine åndelige helseressurser.

Pachana og Baumeister (2021) peker på at den største utfordringen hos eldre er å tenke over meningen med livet, og at det kan være vanskelig å opprettholde en følelse av at ens eget liv betyr noe hvis man ikke tror at en selv betyr noe for andre. Å holde kontakten med familien, meningsfulle relasjoner og forbundethet med andre er kilder til glede og tilfredshet hos svært mange deltakere (van Rhyn et al., 2022; Rykkje et al., 2011). Imidlertid er det en rekke deltakere som forteller om funksjonstap og redusert aktivitetsnivå, noe som kan bidra til isolasjon og ensomhet (Hemberg et al., 2019). Det virker som om de som kan bo hjemme, håndterer bedre å være alene, muligens fordi de har ressurser til å opprettholde sosiale kontakter. Samtidig er det flere som påpeker at livet på sykehjem kan være ensomt.

Refleksjoner over fortiden og å se livet i sammenheng kan ha betydning for å oppleve tilhørighet i alderdommen. Derfor er kjennskap til livshistorien viktig slik at helsepersonell kan bidra til helse og forebygge ensomhet (Tomstad et al., 2024). Bokens livsløpsperspektiv påminner oss om at tidligere livshendelser og ulemper ofte akkumuleres i alderdommen, noe som er tydelig i historien til **Oomaar**. Gjennom hans erfaringer får vi et innblikk i et liv som innvandrer, en del av den eldre befolkningen vi har lite kunnskap om (Spilker et al., 2022). Ensomhet handler om å mangle meningsfulle relasjoner (Paque et al., 2018), slik vi ser hos Oomaar. Mange forskere uttrykker bekymring for utbredt ensomhet i den eldre befolkningen fordi det påvirker både helsen og tilfredshet med livet (Petrová Kafková et al., 2023).

Norske studier av eldre knytter lite sosial kontakt med familie og venner til opplevelse av ensomhet, sosial isolasjon, psykiske helseplager og åndelig misfornøydhet (Kalfoss et al., 2022; Slettebø, 2008; Kirkevold et al., 2013). Jeg tenker imidlertid at funnene fra livshistoriene viser at vi må ha et nyansert syn på ensomme eldre. Å ha liten familie gjør en sårbar fordi det blir få andre mennesker å møte, men gode relasjoner er viktigere enn store sosiale nettverk (Tomstad et al., 2024; Kirchhoff et al., 2015). Det kan ha negativ betydning for helsen om eldre ofte blir sittende mye alene i egen bolig (Rykkje, 2016), men mye handler om hvordan den enkelte selv forholder seg til egen situasjon i alderdommen. For eksempel sier **Erna**: «Det gjør meg ingenting å være alene. Eg føler meg ikkje ensom for det». I tråd med studien til Kirkevold et al. (2013) finner jeg at eldre som har

evne til å trives i sitt eget selskap, tåler å være alene og opplever ikke seg selv som ensomme.

En form for ensomhet som dukker opp i litteraturen er knyttet til det eksistensielle. Blant eldre enslige hjemmeboende kan, ifølge Hemberg et al. (2019), savn av møter med andre og meningsfulle sosiale aktiviteter oppleves som eksistensiell lidelse. I motsetning til dette formidler Voie et al. (2024b) at selv om mange eldre er enslige og derfor er mye alene, er det få som sier de føler seg ensomme. Den eksistensielle ensomheten beskrives som en følelse av usigelig tristhet og tomhet med bevissthet om egen dødelighet (Ettema et al., 2010). Det er imidlertid et ganske uklart konsept. Eldre kan erfare eksistensiell ensomhet knyttet til lidelse. For eksempel kan det være å ikke føle seg hjemme, manglende respekt og tap av verdighet, skyldfølelse og at en angrer på noe i livet (Larsson et al., 2023). Blant deltakerne finner jeg i liten grad uttrykk for denne typen ensomhet. Jeg mener livshistoriene viser at de har indre styrke og evne til å møte livets utfordringer inn i alderdommen. Også Viglund et al. (2017) finner at indre styrke er en ressurs som gir motivasjon og kraft til å reise seg og tilpasse seg i møte med motgang, sykdommer og kriser i livet. Indre styrke påvirkes av Eldres totale livssituasjon, der også åndelige ressurser har betydning. Gjennom ønsket ensomhet kan eldre styrke sin forbundethet til seg selv og komme mer i kontakt med egne verdier og eksistensielle livsspørsmål (van Rhyn et al., 2022; Rykkje et al., 2011).

I arbeidet med boken er jeg blitt oppmerksom på et uttrykk for åndelighet som synes taus i vårt samfunn, nemlig menneskers møte med noe hellig; noe «sakralt» som for eksempel kan erfares gjennom ærefrykt for naturen (Haidt, 2024). Dessuten peker Ratchford et al. (2023) på at foreldreskap, ekteskap og arbeid kan ha en hellig eller åndelig betydning i menneskers liv. Martinsen sier vi har mistet forståelsen for hellighet i vårt samfunn ved vår iver etter det vi kan påvise. Da forsvinner undringen og ydmykheten overfor at det finnes noe vi ikke har skapt; en ærbødighet for at noe kan være hellig og at vi har en plass i universet, i skaperverket, og at vi er avhengig av hverandre (Martinsen, 2018). Gjennom forbundethet med noe større enn oss selv er det muligheter i alle menneskers liv til å fortolke noen erfaringer som hellige, uavhengig av om en har et religiøst eller sekulært livssyn. At noe forstås som hellig i livet bidrar til helhet og helse og ivaretagelse av menneskets verdighet (Eriksson, 2007; Gadamer, 1996; Rykkje, 2014).

Opplevelse av hellighet forutsetter forbundethet med sitt indre. Kjærlighet til seg selv fremmer åndelig vekst og mening i livet, noe som bidrar til at den enkelte oppdager og blir i stand til å gripe livets muligheter (Rykkje, 2014). Å finne kjærlighet til seg selv kan imidlertid være en ensom reise fordi menneskets indre søken krever stille øyeblikk, uttrykt som et behov for å være alene (*solitude* på engelsk). Denne formen for ønsket ensomhet og dypere tenkning ses særlig ved høy alder og når livet nærmer seg slutten. Jansson et al. (2023) peker på at *solitude* kan være del av fenomenet eksistensiell ensomhet. Selv om uønsket ensomhet er til stede, har eldre også behov for å være alene. I ensom refleksjon aktualiseres eksistensielle spørsmål, og slik kan eldre utforske egen dødelighet og mulighet for liv etter døden (van Rhyn et al., 2022).

Ifølge Oliveira et al. (2025) brukes *solitude* ulikt i internasjonal forskning. Det kan både knyttes til ensomhet i negativ forstand eller forbindes med en følelsesmessig gevinst ved å være alene. Min forståelse av ønsket ensomhet er når eldre verdsetter å være alene og bruker tiden til å filosofere over livet i nåtid og fortid. Dette bidrar til å styrke kontakten med egne verdier og finne ny mening og glede i livet slik det er nå (Ness et al., 2014a; Nygren et al., 2007; Rykkje et al., 2011). Dette må ikke misforstås, da jeg har full forståelse for at mange eldre føler seg ensomme. I historiene uttrykker flere deltakere som bor på sykehjem savn av sosiale relasjoner. Opplevelse av at livet som beboer er tomt og trist, kjedsomhet og savn av noen å prate med (Slettebø, 2008; Jansson et al., 2023) må tas tak i. Et sykehjem er de eldres siste bosted og skal være så godt som mulig og et sted en trives.

Likevel vil jeg påpeke at det kan være vanskelig, siden opplevelse av trivsel påvirkes av beboerens innstilling til livet, hjemmefølelse, lengsler og savn over det som har vært. I tillegg spiller vilje og evne til aksept og tilpasning til situasjonen på sykehjemmet en rolle (Morland et al., 2024; Rykkje et al., 2023; Søvde et al., 2022). Eldreomsorgen kan imidlertid forbedres slik at brukere og beboere opplever glede i hverdagen, og at hele mennesket blir ivaretatt. Min oppfatning er at det bør være et mål at eldre opplever trygghet og støtte i dagliglivet, men også trygghet i møte med livets slutt. Selv om mange deltakere ikke tenkte på fremtiden og tok en dag av gangen (Voie et al., 2024b; Olaison et al., 2022), var det flere som fortalte om eksistensielle spørsmål knyttet til egen død og etterlivet (Carr & Fang, 2023).

Som jeg påpeker i bokens tittel, er de fleste eldre bevisst på at ingenting, heller ikke livet, varer evig. Innstillingen til alderdom og død preges av

ens livssyn (Rykkje & McSherry, 2021). I likhet med andre studier snakket deltakerne om åndelighet og tro på Gud for å forstå hvordan livet ble. De er takknemlige og betrakter det livet de har fått, og særlig det å være frisk, som en gave (De Juan Pardo et al., 2018). Det er ikke til å komme forbi at religion og tro aktualiseres når døden blir et samtaleemne. Det som er utfordrende, er at religion kan bli møtt med skepsis i samfunnet, slik at både åndelighet og tro møtes med stillhet og ikke blir snakket om i helsevesenet (Rykkje et al., 2013; Wyller, 2015; Nygaard et al., 2022).

Som allerede påpekt, er det mye som tyder på at tro og livssyn fortsatt vil aktualiseres i møte med alvorlig sykdom og død. Derfor må vi tilrettelegge for at eldre får fortsette å utvikle og bruke sine åndelige helseressurser til siste slutt. Kanskje er det ikke et mål i seg selv å akseptere døden (Cordella & Poiani, 2021), men det stiger frem som et sentralt funn at refleksjoner over egen livshistorie kan bidra til et fredfullt møte med fremtidig død (Tvedt, 2005). Som Kjær (2018) viser til, er livshistorier også en måte for helsepersonell til å bli kjent med den eldre personens erfaringer og tanker om egen død. Slik kan historiene skape forståelse på tvers av generasjoner.

Det er mange tegn i tiden som viser at slik forståelse er nødvendig med tanke på endringer i hvordan vi tenker på det gode liv, religion og livssyn, og etiske forhold i samfunnet. Ikke minst gjelder dette den utrolige og rasktvoksende teknologiske utviklingen. Ifølge Bakken (2018) vil fremtidens eldre kanskje selv ville bestemme når livet vil ende. Eller kanskje vil transhumanistisk teknologi vinne frem og hindre at vi blir gamle og dør. Uansett hva framtiden vil bringe, vil jeg igjen rette oppmerksomheten mot hva vi kan lære av Eldres livskunnskaper. Jeg håper boken bidrar til målet mitt om å overbevise yngre generasjoner om hvor fantastisk og givende det er å arbeide med gamle mennesker.

Bruk av livshistorier i utdanning og praksis

For at livshistoriearbeid skal tas i bruk på en systematisk måte, er det behov for kunnskaper og utdanning. Men også tid og ressurser, samt vilje og evne til å prioritere dette i en travel hverdag, er nødvendig (Doran

et al., 2019). Det kan derfor anbefales å ha økt fokus på livshistoriearbeid, særlig i forbindelse med demensomsorgen og i undervisningen av sykepleierstudenter (McKinney, 2017). Behovet for kunnskaper kommer også tydelig frem i en norsk studie om «livsarket», et dokument som ifølge Demensplan 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) skal gi helsepersonell informasjon om pasienter gjennom deres fortelling om seg selv og eget liv. Informasjon om livshistorier aktualiseres særlig når eldre, grunnet sykdom og helsetap, ikke kan formidle selv om preferanser, bakgrunnshistorie og egne interesser.

Det er imidlertid utfordringer knyttet til bruk av livshistorier gjennom standardiserte skjemaer (Hellstrand et al., 2023). Simonhjell og Hellstrand påpeker at denne typen fortelling som blir nedtegnet på livsarket, er en tekst som vil stille krav til fortolkeren i vårt moderne samfunn. Det har skjedd store endringer i samfunnet fra slik det var da de eldre generasjonene vokste opp. Videre skriver forskerne i studien: «Dersom livsarket skal kunne benyttes som et omsorgsverktøy, krever det en reflektert tilgangskompetanse fra både skriver og leser» (Simonhjell & Hellstrand, 2019). Altså må både den som skal hjelpe den eldre med å skrive ned historien, og den som skal lese og bruke historien i sitt arbeid, ha en forkunnskap som omhandler hvordan teksten kan forstås. Denne boken kan nettopp tilføre en slik for-forståelse, gjennom innblikk i menneskers liv i et historisk lys fortalt gjennom deres livsløpserfaringer. Dette kan ses på som et sett med «briller» som kan gi helsepersonell en økt fortolkningsdybde og evne til å forstå den enkeltes historie slik at en kan tilpasse og individualisere omsorgen.

Hellstrand et al. (2023) setter spørsmål ved bruk av livshistorier som krever både helsefaglig kompetanse og forståelse for det instrumentelle og relasjonelle i slik historiefortelling. Dette kan gå på bekostning av ivaretagelsen av den egne fortellingen slik den eldre selv ville ønske å fremstille den. Disse forskerne påpeker at det bør gis mer rom til samtaler og den relasjonelle omsorgen, med personsentrerte og kontekstuelle tilpassede tiltak. Dette står i kontrast til det de beskriver som dagens praksis, der livshistoriedokumentasjon baseres på politiske føringer og retningslinjer i institusjonene. Til tross for at livshistorier kan oppfattes som et instrument, tenker jeg det kan være et hjelpemiddel til å gjøre valg på vegne av beboere som ikke selv kan formidle egne ønsker. Westergård (2021) mener livsfortellinger er en kilde til forståelse for bakgrunnen for reaksjoner og handlinger i nåtiden, særlig når

årsaken ligger langt tilbake i tid. Jeg vil peke på at det mangler kunnskaper om livshistoriers betydning hos helsepersonell.

Jeffries og Hatcher (2018) viser til at samtale med eldre om deres livserfaringer fremmer sykepleierstudenters evne til å bygge relasjoner med den eldre personen. Gjennom historien forstod studentene mer av hva som formet pasientens tanker og følelser om sin sykdom eller helsetilstand. Dette bedret deres evne til å forstå hvordan pasienten valgte å forholde seg til sin livssituasjon. Denne fremgangsmåten fremmet dessuten evnen til å gi individuelt tilpasset omsorg og konfronterte studentene med negative holdninger mot det å arbeide med eldre pasienter (Jeffries & Hatcher, 2018).

Til tross for mange fordeler, er det imidlertid også noen utfordringer ved bruk av livshistoriearbeid i eldreomsorgen. Spørsmål som stilles er om ulike narrative tilnærminger gir den eldre personen en egen stemme på egne premiser, eller om konteksten vil begrense hva som blir fortalt. Hvem er det som skal få fortelle sin versjon når det foreligger ulike synspunkter på hva som er den «rette» historien? Særlig innen demensomsorgen kan det å få frem pasientens historie bli konfliktyllet for personalet (Grøndahl et al., 2017). Det er ulike utfordringer knyttet til innhenting av historiene, både når en gjennomfører samtaler og når fortellingene er skriftlige. Blix (2017) hevder at det er en fare for at narrativ gerontologi kan favorisere noen bestemte typer fortellinger og mennesker, mens andre ikke blir hørt. Vi bør ikke vie vår oppmerksomhet kun til innholdet i fortellingen, men også til selve formatet, settingen og hvordan fortellingene blir innhentet, samt til hvem historien fortelles. Dessuten er det utfordrende å være den som lytter, leser og analyserer historiene som blir fortalt. Den som lytter til livshistorien har et særlig ansvar, siden utfordringen er å forstå «riktig». Lytteren må være ansvarlig og oppmerksom – ikke bare tro at en har forstått, men forsikre seg om dette. Når det ikke er mulig å få forståelsen bekreftet av pasienten, kan personalet reflektere sammen om meningsinnholdet i personens historie.

Innen helsefag er det en særlig utfordring å tolke historien som blir fortalt. Mange eldre er skrøpelige og har ulike funksjonstap som gjør språk og samtaler vanskelig. De Medeiros (2013, s. 151) skriver: «Listening to stories is an important task, one not to be taken lightly». Følgende sitat av Hallberg tenker jeg understreker behovet for forkunnskaper hos helsepersonell (referert i De Medeiros, 2013, s. 150, egen oversettelse):

Det er et tilleggspørsmål som bare delvis løses ved å spørre pasientene om deres egne personlige historier fra et livsløpsperspektiv, og dette er selve fortolkningsproblemet. [...] Det er en risiko for at historien fortolkes mer fra lytterens eget indre perspektiv enn fra et forsøk på å gå inn i den andres livsverden. Denne risikoen er enda større når pasienter på en eller annen måte er begrenset i sin evne til å fortelle historien og portrettere den på en måte som gir klarhet og er lett å fortolke.

Det ligger i det personlige narrativets natur at dets anliggende ikke er å ha korrekte fakta, men at det handler om å formidle noe om seg selv. Livshistorien kan i sin form innebære «usannheter» i den forstand at selve presentasjonen av hendelsesforløp konstrueres av fortelleren for å oppnå et bestemt mål. Men som De Medeiros (2013) påpeker, så er ikke absolutt sannhet fortellingens målsetting. Narrative «sannheter» kan heller forstås i form av historiens konsistens, om detaljene er i samsvar med hverandre, og om historien virker plausibel og troverdig.

Vi bør dessuten være oppmerksom på at det å fortelle sin historie ikke behøver å være bare positivt. Deltakernes fortellinger viser, slik blant annet **Vigdis** ytrer, at livet består av opp- og nedture. Særlig det å videreformidle negative livshendelser og det man ikke har lykkes med i livet, vil kunne innvirke på den eldres psykologiske selvevaluering og selvtilit (Tabuchi & Miura, 2016). Likevel bør vi kunne oppmuntre eldre til å dele også feiltrinn i livet, fordi deres visdom i livet også bygges på nederlag og tap. Slik sett kan både fortelleren og lytteren lære noe mer enn de får gjennom kun formidling av positive erfaringer.

I fortolkningsprosessen må helsepersonell være oppmerksomme på egne holdninger til aldring, fordi det kan innvirke på deres forståelse av den eldres historie. Som tidligere nevnt er alderisme utbredt, noe som ifølge Langmann (2023) også kan føre til en tendens til å overbeskytte eldre. Clark (2015) hevder at kulturelle og sosiale forhold, samt helsepersonells utdanning og erfaringer, kan gi misvisende inntrykk av hva aldring innebærer. Dette kan resultere i feilaktige vurderinger og tiltaksplaner som er ufullstendige, ineffektive og som ikke klarer å løse eldres faktiske behov. I denne sammenhengen kan nettopp narrativer fremstå som overbevisende «mot-historier» til den dominerende forståelsen av alderdommen. Livshistoriearbeid kan gi studenter i gerontologi fornyet forståelse av den eldre generasjonen. Ved å erkjenne livskårene til

gamle personer blir det lettere å forstå forskjellene i eldre menneskers tanker og holdninger i nåtiden (Ferstad & Rykkje, 2023).

Det er pasienten som skal være i sentrum for omsorgen, og narrativer kan bidra til at helsepersonalet motiveres til å finne løsninger sammen med den eldre personen og i tråd med dennes behov (Clark, 2015). Det blir derfor sentralt at helsepersonell har evne til selvrefleksjon. De må også ha kunnskaper og ferdigheter til å få frem livsfortellingen gjennom dialog med pasienten over tid. Fagpersoner bør også være bevisste på hvordan deres egen utdanning og sosialisering påvirker deres perspektiver på den eldre pasientens helsesituasjon og ressurser. Dette er viktig for å unngå at egne oppfatninger utgjør en begrensning i bruk av livsfortellinger.

Betydningen av å kjenne til eldre pasienters livserfaringer

Det forventes i nær fremtid en økt andel som sysselsettes i helse- og omsorgssektoren knyttet til ivaretagelsen av eldre mennesker (Leknes et al., 2019). Den siste tiden har utfordringene blitt ytterligere tilspisset. Haukelien og Aaltvedt (2024) sitt blikk på prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester danner et dystert fremtidsbilde der omsorg for eldre framstår som uattraktivt og umulig grunnet mangel på ressurser og arbeidskraft. Det blir dermed enda viktigere enn før å motarbeide trenden jeg viste til innledningsvis, der sykepleiere og annet helsepersonell ikke ønsker å arbeide i eldreomsorgen.

I denne boken har jeg knyttet livshistorier til forståelse av helsebegrepet. Det har lenge vært en biomedisinsk forståelse av helse og sykdom. Men i den senere tid er det også forskning som viser til at helse og sykdom påvirkes av både økonomiske, sosiale og kulturelle forhold i samfunnet og den enkeltes livsvilkår (Øversveen & Rydland, 2021). I norsk eldreomsorg har medisinsk behandling og overlevelse hatt forrang fremfor sosial omsorg og livskvalitet (Munkejord, 2022; Munkejord et al., 2018). En del av bildet kan også forklares ut fra alderisme og at aldring handler om livets uunngåelige nedoverbakke, en reise mot tap av funksjoner, helse og autonomi, og til syvende og sist – døden. Ådlandsvik (2013) hevder at i den rådende oppfatning av Eldres

plass i samfunnet mangler noe vesentlig, nemlig en bredere forståelse for at vi mennesker har mentale og kreative behov, samt potensiale for vekst og læring. Dette fordi vår søken etter å forstå dette mysteriet som kalles livet ikke kjenner noen aldersgrense. Jeg har presentert en rekke ulike livshistorier og argumentert for hvor viktig det er å få lov til å fortelle. Samtidig har det også betydning for helsepersonell å kjenne til de eldre pasientenes livserfaringer.

Livshistorier handler om levd liv, og om å forme sin egen identitet. Når man har levd lenge, vil ens livserindringer handle om å formidle hvem en har vært og hva som har bidratt til ens identitet i dag (De Medeiros, 2013). Identifikasjon er en pågående prosess som fortsetter gjennom hele livet. I historien finnes et fantasifulle rom med mulighet for å eksperimentere med identiteter (Blix et al., 2013). Historien en person forteller om sitt liv er et spørsmål om valg, noe som betyr at livshistorier ikke er faste (Blix, 2016). Dette innebærer at fortelleren må gis et rom til å kontrollere både hvordan historien formes og hvordan den bør fortolkes. Spørsmålet De Medeiros betimelig spør oss er: «Hvem sin historie er det?». I boken er historiene hentet via intervjuer, men det er også mulig å ha flere kortere samtaler for å bli kjent med den enkelte pasient. I tillegg kan det å fortelle om seg selv være et hyggelig avbrekk i hverdagen, for som flere deltakere enes om, så er det godt å ha noen å *preike* med. Livshistorien gir et variert bilde på hvem en er, og gir innsikt i den yngre personen som lever på innsiden av den eldre personen (Bakken, 2018). Et eksempel er **Wenche** som ytrer: «Inni meg føler jeg meg ikke så gammel». Som lyttere til livshistorier kan vi også leve oss inn i og bli deltakere i fortellingene. Vi kan lære noe av å både lytte til og gjenfortelle fra minner fra levde liv (Tabuchi & Miura, 2016; Surgue, 2013).

Det å fortelle om egne livserfaringer vil være individuelt for hver enkelt. Noen mennesker er pratsomme og forteller villig, mens andre er mer tilbakeholdne og deler sjeldnere av sin historie. Helsepersonell som tar seg tid til, og får anledning til, å lytte til Eldres historier, vil kunne lære noe av de som vokste opp i en annen tid enn vår. Samtidig vil en som helsepersonell kunne bli bedre kjent med personen og se *hele* mennesket og ikke bare en pasient (Cooney & O'Shea, 2019; Hewitt & Day, 2018), og dermed forstå personen bedre. Dette kan skape en grobunn for en personlig og tilpasset omsorg, som kan fremme den eldre personens verdighet, helse og livsglede. Å få lov til å fortelle kan bidra til at en kan «glemme» nåtiden og både funksjonstap og smerter for en liten stund, fordi det å gjenoppleve minner kan gi glede ved erindringer omkring

gode opplevelser. Det gjør godt å få dele tanker og følelser med en annen, både det gode og de mer smertefulle livshendelsene. Dessverre er det ofte travelt i dagens helsevesen, og en tar seg gjerne ikke tid til å bli godt kjent med den enkelte beboer eller bruker. Som utgangspunkt for respektfull behandling og omsorg, hevder Kjær (2018) at fortellinger fortjener oppmerksomhet hos helsepersonell som vil fornemme hvem den eldre er, har vært og gjerne vil være. Mæhre (2019) peker på at fortellingene åpner opp for at livserfaringene kan komme til syne slik at vi kan hjelpe den andre på en måte som styrker livsmotet og lindrer lidelse. Dessuten kan helsepersonell som har fått øynene opp for betydningen av å kjenne til deler av livshistorien, få et nytt syn på det å «være gammel» (Ferstad & Rykkje, 2023).

Kjennskap til Eldres liv og historie kan øke personalets evne til forståelse og medfølelse, og er viktig for å tilpasse omsorgen (Hupkens et al., 2019). Fortellinger om levd liv har evne til å engasjere og påvirke oss, ikke gjennom argumenter, men gjennom at vi kan kjenne oss igjen i andres menneskelige erfaringer (Hovland, 2011). I en studie utført av Bakken et al. (2009) om livshistoriearbeid i et norsk sykehjem uttaler en sykepleier at hun ikke alltid tenker over at pasienten har hatt et tidligere liv (egen oversettelse): «Du tenker ikke så mye på det ... Det er lett å glemme at de har hatt et liv og er like mye et menneske som meg selv». Livshistorier brukes i dag innen demensomsorgen, men ofte i begrenset og varierende grad. Det er vist at livshistoriearbeid kan være et godt hjelpemiddel for å bedre omsorgen for eldre, og særlig for personer med demens (Thompson, 2011). Jeg mener imidlertid at livshistorier, det å fortelle sin egen historie, er vel så viktig for mennesker uten kognitiv svikt. I alderdommen oppleves mange tap av ulike slag, og livet kan endres stort. En slik endring kan være det å flytte til et sykehjem, og da kan det å holde fast ved sin egen historie om livet, og det som har vært, bidra til å ivareta egen identitet og verdighet. Særlig i institusjoner kan nye beboere være ukjente for personalet (Metcalf, 2016), og da kan det å få kjennskap til personens livshistorie være en tilfredsstillende og berikende opplevelse for alle involverte, både den eldre selv, pårørende og helsepersonell.

For helsepersonell som bruker livshistorier i sitt arbeid, kan dette fremme bruk av kreative tilnærminger i omsorgen. En kan i større grad gjøre bruk av den eldre personens styrker og egne ressurser (Jones & Drummond, 2016). Å lytte til pasientens egen fortelling vil, ifølge Clark (2015), kunne styrke den

individuelle tilpasningen og omsorgens kvalitet. Narrativer blir brukt innen medisin, sykepleie og sosialomsorgen for å få en unik innsikt i eldre pasienters opplevelse av sin helsesituasjon. For å unngå at det oppstår ulike tolkninger preget av profesjonenes forståelseshorisont, er det nødvendig å samarbeide tverrfaglig og få en felles forståelse av behovet for helsehjelp (Clark, 2015).

Bokens ønske om å videreformidle fra de eldres livserfaringer tenker jeg vil bidra til at helsepersonell som velger å bruke livshistorier i sitt arbeid, bedre kan forstå perspektivet til de eldre personene selv. De varierte historiene som presenteres i funnene bidrar til en bred forståelse hos den som leser. Ikke bare kan en gjenkjenne noe i sitt eget liv, men en kan også bedre forstå sammenhenger mellom livsvilkår og betydningen av signifikante livserfaringer ut fra fortellerens eget perspektiv (Thorsen, 2005). Jeg tar med et sitat fra en av deltakerne for å illustrere hvordan tilbakeblikk på livet kan bidra til innsikt både for den som forteller og for oss som lytter. I livet til **Anna** har det vært mange tøffe opplevelser, og hun peker på betydningen av barndommen:

Eg trur faktisk at da va nåke eg hadde med meg heimante i frå, ikkje godta alt, ver deg sjølv, ta vare på deg sjølv. For da blei eg som liten, ganske tidleg lært opp til, at du må huska å ta vare på deg sjølv for da e ingen andre so gjere da. Og da har følgd meg heile veien oppigjennom, eg har måtta passa på meg sjølv (latter). [...] Livet går vidare, da e ikkje noko anna å sei om da. Eg har alltid, heilt frå motgongen begynt har eg tenkt at, reis deg opp og gå vidare, utan da kjem du ikkje nokon vei ... Da e eit ordtak so seie at ved motgang blir du sterk, og da kan godt henda at da e sånn, eg veit ikkje. Eg har ikkje gjort noko anna enn å vore meg sjølv, men heila tio har eg vore oppteken av da der: Kom deg ut, ikkje set heima.

Hennes refleksjoner gir oss innblikk i bakgrunnen for at hun setter pris på alderdommen og at hun har funnet livsmot til å møte utfordringer gjennom livsløpet. Beretninger om eget liv er dessuten en verdifull kilde til kunnskap om fortiden, en kilde som gir et annet bilde av historien enn slik den beskrives i offisielle sammenhenger (Danielsen, 2013). Derfor kan bokens funn også bidra som et supplement som bidrar til forståelse av vår nære fortid hos yngre generasjoner av studenter og helsepersonell. Livshistoriearbeid kan

bidra til å se den andre personen med et nytt blikk og med «hjertets øyne», slik Martinsen (2000) så billedlig beskriver god omsorg.

Selv om jeg er klar over travelheten og personalmangelen i helsetjenestene, har jeg klokketro på at både dagens og fremtidens helsepersonell ønsker å yte omsorg for hele mennesket. Kanskje kan jeg bidra til at dere blir de som Tønnessen og Nortvedt (2024) etterspør i kommunale tjenester; de som skal «trøste hjertene når sorg og savn kommer» og som makter å gi rom for omsorg tilpasset den enkeltes ønsker og behov?